

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Logotherapy on the Psychological Well-being and Death Anxiety of Women with AIDS

Hadi Smkhani Akbarinejad^{1*} , Pariya Faroughi¹ 

1 Department of Psychology,
University College of Nabi
Akram, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author:

Hadi Smkhani Akbarinejad; Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.

Email:
Hadiakbarinejad@yahoo.com

Received: 09 Dec, 2020
Accepted: 13 Feb, 2021

Abstract

Background and Objectives: In addition to addressing the physical problems of patients with AIDS, special attention should be paid to their psychological problems, and one of the best ways is to use psychological interventions. This study aimed to compare the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and logotherapy (LT) on psychological well-being and death anxiety in patients with AIDS.

Methods: This semi-experimental study was performed based on a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The study population consisted of all women with AIDS in Tabriz who referred to medical clinics in Tabriz in 2019. In total, 30 women were selected using the purposive sampling method who were randomly divided into three groups. Members of both experimental groups received their treatment in eight 1.5-h sessions. The findings were analyzed through repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc test.

Results: In the pre-test stage, the mean values of psychological well-being and death anxiety of the ACT group were 45.8 ± 6.6 and 10.1 ± 2.2 , respectively. Furthermore, in the LT group, the mean values of psychological well-being and death anxiety were 44.0 ± 5.1 and 9.9 ± 2.2 , respectively. Moreover, in the control group, the mean values of psychological well-being and death anxiety were 43.3 ± 6.4 and 10.2 ± 2.3 , respectively. Based on the results, in the post-test stage, the ACT and LT increased the psychological well-being and reduced the death anxiety in AIDS patients, compared to the control group ($P < 0.001$). In the follow-up phase, the effects of ACT and LT on psychological well-being and death anxiety persisted ($P < 0.001$). The results also showed that the effects of ACT and LT on psychological well-being and death anxiety during the post-test and follow-up stages were not different ($P > 0.05$).

Conclusion: The ACT and LT are likely to lead the AIDS patients to the acceptance of the disease and conscious exposure to the death anxiety. Therefore, it can help them to better cope with the disease and also increased their psychological well-being.

Keywords: Acceptance and commitment therapy; Acquired immunodeficiency syndrome; Anxiety; Death; Logotherapy; Psychological well-being; Women.

DOI: 10.29252/qums.14.11.48

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ایدز

هادی اسمخانی اکبری نژاد*^۱ ID، پریا فاروقی^۱ ID

چکیده

^۱گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی نبی اکرم(ص)، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

هادی اسمخانی اکبری نژاد؛ گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی نبی اکرم(ص)، تبریز، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:
hadiakbarnejhad@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵

زمینه و هدف: علاوه بر پرداختن به مشکلات جسمانی بیماران مبتلا به ایدز، باید به مشکلات روان‌شناختی آن‌ها توجه ویژه نمود. یکی از بهترین راه‌کارها در این راستا، استفاده از مداخلات روان‌شناختی است. در این ارتباط، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری ایدز انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به بیماری ایدز شهر تبریز که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های درمانی این شهر مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. ۳۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی درمان مختص گروه خود را در هشت جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهزیستی روان‌شناختی $45/8 \pm 6/6$ و برای اضطراب مرگ $10/1 \pm 2/28$ ؛ در گروه معنادرمانی برای بهزیستی روان‌شناختی $44/0 \pm 5/1$ و برای اضطراب مرگ $9/9 \pm 2/2$ ؛ در گروه کنترل برای بهزیستی روان‌شناختی $42/3 \pm 6/4$ و برای اضطراب مرگ $10/2 \pm 2/3$ بود. درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی در مقایسه با گروه کنترل، بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز را در پس‌آزمون افزایش داد؛ اما اضطراب مرگ کاهش یافت ($P < 0/001$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ ماندگار بود ($P < 0/001$). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری ایدز در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با اضطراب مرگ گشته و در نتیجه باعث مقابله بهتر با بیماری و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز شده است.

کلیدواژه‌ها: اضطراب؛ ایدز؛ بهزیستی روان‌شناختی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ زنان؛ معنادرمانی، مرگ.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Smkhani Akbarnejhad H, Faroughi P. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Logotherapy on the Psychological Well-being and Death Anxiety of Women with AIDS. Qom Univ Med Sci J 2021;14(11):48-60. [Full Text in Persian]

مقدمه

بیماری ایدز (Aids) به دلیل اختلال در دستگاه ایمنی بدن بروز می‌کند (۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸، تا پایان سال ۲۰۱۷ حدود ۳۶/۹ میلیون نفر در دنیا مبتلا به ایدز بوده‌اند (۲). اکثر مبتلایان به ایدز با مشکلاتی همچون کیفیت پایین زندگی (۳)، بهزیستی روان‌شناختی کم (۴) و افسردگی، ناامیدی و اضطراب مرگ (۵) درگیر می‌باشند.

به اعتقاد Ryff، بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-being) فرایندی است در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه خود (۶). افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردار هستند، دوست دارند در اجتماع نقشی را بر عهده بگیرند، وقت فراغت پرشورتری را برای خود ایجاد می‌کنند، در فعالیت‌های عمومی بیشتری مشارکت می‌نمایند، دارای روحیه مشارکتی بیشتری هستند و عمدتاً دارای هیجانات مثبت می‌باشند (۷).

اضطراب مرگ (Anxiety death) نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد است که هنگام فکر کردن در مورد فرایند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که پس از مرگ اتفاق می‌افتد، رخ می‌دهد (۸). از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به وضوح لمس نکرده است، تمامی افراد به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری به مراتب بیشتر از سایر افراد جامعه می‌باشد (۹).

مبتلایان به ایدز درگیر مراجعات مکرر به پزشک، هزینه‌های زیاد درمان و دارو و عوارض ناشی از آن هستند که این امر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و تغییرات شغلی و فشارهای اقتصادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند (۱۰)؛ بنابراین علاوه بر لزوم پرداختن به مشکلات جسمانی این بیماران می‌بایست به مشکلات روان‌شناختی آن‌ها نیز توجه ویژه‌ای نمود که یکی از بهترین آن‌ها، کاربرد مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance & Commitment therapy) و معنادرمانی (Logotherapy) است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا افراد بتوانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی، از بین گزینه‌های

مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر بوده و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد؛ نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (۱۱). این درمان بر اضطراب مرگ و سلامت روان (۱۰)، افسردگی (۱۲)، خودتخریبی و افسردگی (۱۳)، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی (۱۴) بیماران مبتلا به ایدز اثرگذار است.

معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرامی‌خواند و بیان می‌کند که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست؛ بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار می‌باشد (۱۵). اگر رنج به صورت شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل شود (۱۶). معنادرمانی بر افکار اضطرابی (۱۷)، امید به زندگی و افکار خودکشی (۱۸) بیماران مبتلا به ایدز و همچنین بر اضطراب مرگ، امید به زندگی (۱۹) و سلامت روان بیماران (۲۰) اثرگذار می‌باشد.

امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش می‌باشد. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی بیماران و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی آن‌ها و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را در بر داشته باشد و در عین حال، فرضیه‌های اساسی پژوهشگران را که معتقد هستند این دو درمان بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به ایدز مؤثر می‌باشند، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که کدام‌یک از روش‌های درمانی، روش مناسب‌تری برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ این بیماران است. با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر با هدف آزمایش و مقایسه این دو درمان به عنوان

قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. براساس معادله، حجم نمونه معادل ۹/۱۱ به دست آمد که برای هر گروه ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.Z.REC.1397.150 بود.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی Ryff

این مقیاس را Ryff در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی آن دارای ۱۲۰ پرسش بود؛ اما در بررسی‌های بعدی، فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی آن استفاده شد. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط هستند. در فرم ۸۴ سؤالی، هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. گزینه‌های این پرسشنامه، شش‌گانه بوده و از "کاملاً مخالف (۱)" تا "کاملاً موافق (۶)" نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (۲۲). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب برابر با ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ به دست آمده است (۲۲).

پرسشنامه اضطراب مرگ Templer

پرسشنامه ۱۵ سؤالی Templer ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ است که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس، پرسشنامه خودسنجی متشکل از ۱۵ سؤال "بله/خیر" است که پاسخ "بله" نشان‌دهنده وجود اضطراب در فرد می‌باشد. دامنه نمرات این مقیاس از ۰ تا ۱۵ است که نمره بیشتر از ۸ معرف درجه زیادی از اضطراب مرگ می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، روایی همزمان به وسیله

درمان‌های تکمیلی در کنار درمان‌های دارویی برای این نوع از بیماران و با این امید که این اقدامات تکمیلی بتوانند حالات روان‌شناختی و اضطراب مرگ جامعه هدف را بهبود ببخشند، انجام شد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به ایدز شهر تبریز بود که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های درمانی خصوصی این شهر مراجعه کرده بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد؛ به طوری که پس از مراجعه به کلینیک‌های خصوصی شهر تبریز که احتمال مراجعه بیماران مبتلا به ایدز به آن‌ها وجود داشت، با مطرح کردن اهداف کار، از مسئولان کلینیک‌ها و پزشکان درخواست گردید تا هدف از این پژوهش را با بیماران مبتلا به ایدز مطرح کنند. بیمارانی که رضایت داشتند در پژوهش حاضر شرکت کنند، به پژوهشگران معرفی شدند و پس از مصاحبه با آن‌ها جهت آمادگی برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در بین ۷۷ بیمار توزیع گردید که ۴۰ نفر انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره را در این پرسشنامه‌ها کسب نمودند. از میان این افراد، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۳۵ سال، مجرد بودن، ابتلا به بیماری ایدز بیش از چهار سال، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از ایدز، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) و خروج از مطالعه (عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو بار در جلسات درمانی) انتخاب شدند و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم گردیدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. براساس نتایج مطالعه جوادیان و همکاران، $\sigma=1/13$ ، $d^2=3/124$ ، $\text{Power}=0/74$ و $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد (۲۱). در مطالعه مذکور، σ انحراف معیار است که نشان‌دهنده میزان پراکندگی بوده و d بازه اطمینان است که میزان

جدول شماره ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی، رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از احساساتی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (۲۳). Kline و Saggino ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آمده است را به ترتیب معادل ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند (۲۴).

آنالیز آماری

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS 24 استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش نیز از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون (Shapiro-Wilk، آزمون ام‌باکس، آزمون Levene و آزمون کرویت موخلی) نشان داد که تمام آن‌ها برقرار هستند و می‌توان از آنالیز واریانس دوطرفه با

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Hayes و Lillis (۱۴) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از معنادرمانی به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Andreson (۲۵) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس بالینی با درجه استادیاری در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. پس از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین

جدول شماره ۲: محتوای جلسات و پروتکل معنادرمانی

جلسه	هدف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور و فرایند مشاوره
دوم	آشنایی با رویکرد معنادرمانی
سوم	پذیرش مسئولیت فرد نسبت به خود و دیگران
چهارم	یافتن هدف در زندگی
پنجم	بررسی موضوع مرگ و زندگی؛
ششم	غلبه بر یأس و ناامیدی
هفتم	نگرش و احساسات افراد در زندگی
هشتم	خلاصه و پایان جلسات گروهی و اجرای پس‌آزمون

اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده کرد. در این پژوهش سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۲۹/۸±۳/۰ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به بیماری ایدز ۴/۸±۰/۷ سال بود. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهند که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ایدز تفاوت معناداری وجود ندارد.

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، نتایج آزمون Shapiro-Wilk نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح $(P < 0/05)$ معنادار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ($F=2/1$) و اضطراب مرگ ($F=2/1$) به ترتیب در سطح ۰/۳۱۲ و ۰/۱۵۸ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، نتایج آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به اینکه مقدار کرویت موخلی (۰/۴) و مقدار کرویت موخلی (۰/۲۱۵) متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سطح خطای داده شده (۰/۴) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵) متغیر اضطراب مرگ در سطح خطای داده شده (۰/۴۱۹) معنادار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛

بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد ($P < 0/001$). علاوه‌براین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به ایدز پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P < 0/001$). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P < 0/001$). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های درمانی بیشتر و نمرات اضطراب مرگ، کمتر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی متفاوت از یکدیگر نمی‌باشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ایدز زنان تیریز در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۰ نفر)

گروه	متغیر	انحراف معیار± میانگین	سطح معناداری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		۲۹/۶±۳/۲	
معنادرمانی		۲۸/۹±۳/۰	
کنترل	سن	۳۰/۹±۲/۷	۰/۳۳۸
کل		۲۹/۸±۳/۰	
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		۴/۸±۰/۷	
معنادرمانی	مدت زمان ابتلا به بیماری	۵/۰±۰/۸	۰/۸۲۲
کنترل	ایدز	۴/۸±۰/۷	
کل		۴/۸±۰/۷	

آزمون: تحلیل واریانس یک راهه؛ # اختلاف معنادار $P < 0/05$

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به ایدز تبریز در سال ۱۳۹۸

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار±میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار±میانگین	پیگیری انحراف معیار±میانگین	سطح معناداری تغییرات داخل گروهی	سطح معناداری تغییرات بین گروهی
بهزیستی روان‌شناختی	درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی	۴۵/۸±۶/۶	۵۲/۷±۶/۶	۵۲/۵±۶/۴	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	کنترل	۴۴/۰±۵/۱	۴۳/۰±۶/۱	۴۲/۸±۶/۰	P>۰/۰۸	P<۰/۰۰۱*
	سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	P>۰/۰۶۴۵	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*	-	-
اضطراب مرگ	درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی	۱۰/۱±۲/۲	۷/۴±۱/۹	۷/۴±۱/۸	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	کنترل	۹/۹±۲/۰	۷/۳±۱/۸	۷/۴±۲/۷	P>۰/۰۷	P<۰/۰۰۱*
	سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	P>۰/۰۹۵۴	P<۰/۰۰۳*	P<۰/۰۰۳*	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته؛ *اختلاف معنادار P<۰/۰۵

معنادرمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

با توجه به که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها می‌باشد، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ در مورد متغیر بهزیستی روان‌شناختی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله، تعامل وجود دارد. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر اضطراب مرگ بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت

دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند.

برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P<۰/۰۰۱$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنادار نمی‌باشد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی با کنترل می‌باشد؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی بیشتر و نمرات اضطراب مرگ آن‌ها کمتر از نمره گروه کنترل می‌باشد؛ اما نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ، به نفع هیچ‌یک از درمان‌ها نیست (نمودار ۱).

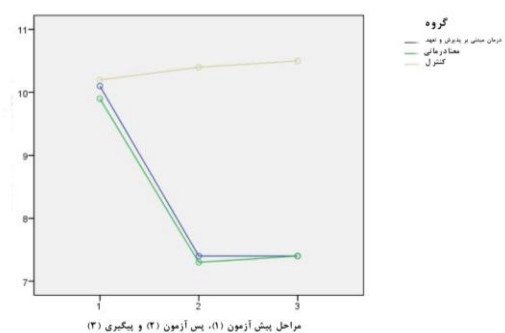
جدول شماره ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه یک	گروه دو	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری	
بهزیستی روان‌شناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	۱/۸	۲/۷	۱/۰۰۰	
	معنادرمانی	کنترل	۲/۵		۱/۰۰۰	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۸		۱/۰۰۰	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۷		۱/۰۰۰	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۵		۱/۰۰۰	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	-۰/۷		۱/۰۰۰	
	پس‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	۰/۹	۲/۶	۱/۰۰۰
	معنادرمانی	کنترل	۹/۷	۰/۰۰۴		
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۹	۱/۰۰۰		
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۱۰/۶	۰/۰۰۲		
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۹/۷	۰/۰۰۴		
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	-۱۰/۶	۰/۰۰۲		
اضطراب مرگ	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	-۱/۰	۲/۶	۱/۰۰۰	
	معنادرمانی	کنترل	۹/۷		۰/۰۰۳	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۰		۱/۰۰۰	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۱۰/۷		۰/۰۰۱	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۹/۷		۰/۰۰۳	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	-۱۰/۷		۰/۰۰۱	
	پیش‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	۰/۲	۰/۹	۱/۰۰۰
		معنادرمانی	کنترل	-۰/۸		۱/۰۰۰
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۲		۱/۰۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	-۰/۲		۱/۰۰۰
		کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۸		۱/۰۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	۰/۳		۱/۰۰۰
پس‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	۰/۱	۰/۹	۱/۰۰۰	
	معنادرمانی	کنترل	-۳/۰		۰/۰۰۹	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۸		۱/۰۰۰	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۱		۰/۰۰۶	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۳		۰/۰۰۹	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	-۳/۱		۰/۰۰۶	
پیش‌آزمون)	معنادرمانی	کنترل	۰/۰	۰/۹	۱/۰۰۰	
	معنادرمانی	کنترل	-۳/۱		۰/۰۰۸	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰		۱/۰۰۰	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۱		۰/۰۰۸	
	کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۱		۰/۰۰۸	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی	۳/۱		۰/۰۰۸	

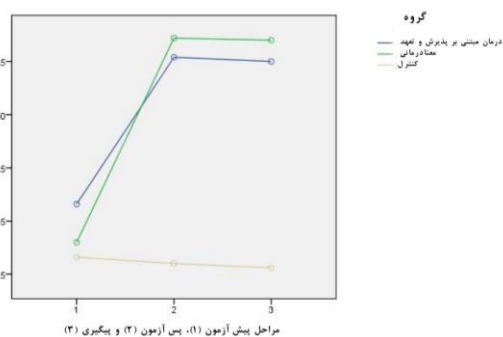
جدول شماره ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بر حسب عضویت گروهی در متغیرهای وابسته

سطح معنی‌داری	انحراف استانداردها	تفاوت میانگین	گروه ۲	گروه ۱	متغیر وابسته	
۱/۰۰۰		۱/۸	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	(پیش‌آزمون)	بهزیستی روان‌شناختی
۱/۰۰۰		۲/۵	کنترل			
۱/۰۰۰	۲/۷	-۱/۸	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی		
۱/۰۰۰		۰/۷	کنترل			
۱/۰۰۰		-۲/۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل		
۱/۰۰۰		-۰/۷	معنادرمانی			
۱/۰۰۰		-۰/۹	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	(پس‌آزمون)	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۰۰۴		۹/۷	کنترل	و تعهد		
۱/۰۰۰	۲/۶	۰/۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی		
۰/۰۰۲		۱۰/۶	کنترل			
۰/۰۰۴		-۹/۷	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل		
۰/۰۰۲		-۱۰/۶	معنادرمانی			
۱/۰۰۰		-۱/۰	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	(پیگیری)	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۰۰۳		۹/۷	کنترل	و تعهد		
۱/۰۰۰	۲/۶	۱/۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی		
۰/۰۰۱		۱۰/۷	کنترل			
۰/۰۰۳		-۹/۷	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل		
۰/۰۰۱		-۱۰/۷	معنادرمانی			
۱/۰۰۰		۰/۲	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	(پیش‌آزمون)	اضطراب مرگ
۱/۰۰۰		-۰/۱	کنترل	و تعهد		
۱/۰۰۰	۰/۹	-۰/۲	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی		
۱/۰۰۰		-۰/۲	کنترل			
۱/۰۰۰		۰/۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل		
۱/۰۰۰		۰/۳	معنادرمانی			
۱/۰۰۰		۰/۱	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	(پس‌آزمون)	اضطراب مرگ
۰/۰۰۹		-۳/۰	کنترل	و تعهد		
۱/۰۰۰	۰/۹	-۰/۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی		
۰/۰۰۶		-۳/۱	کنترل			
۰/۰۰۹		۳/۳	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل		
۰/۰۰۶		-۳/۱	معنادرمانی			
۱/۰۰۰		۰/۰	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	(پیگیری)	اضطراب مرگ
۰/۰۰۸		-۳/۱	کنترل	و تعهد		
۱/۰۰۰	۰/۹	۰/۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنادرمانی		
۰/۰۰۸		-۳/۱	کنترل			
۰/۰۰۸		۳/۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل		
۰/۰۰۸		۳/۱	معنادرمانی			

میانگین نمره اضطراب مرگ گروه‌های آزمایشی و کنترل



میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایشی و کنترل



نمودار شماره ۱: میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادرمانی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ایدز بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ زنان مبتلا به ایدز تأثیر دارند؛ اما تأثیر این دو درمان در پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت نمی‌باشد. یافته‌ها نشان دادند که تغییرات نمره بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنادار است؛ بدین معنا که اثر متقابل بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ ارتقا یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود.

در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ زنان مبتلا به ایدز می‌توان به نتایج مطالعات میرزایی‌دوستان و همکاران (۱۳)، فانزی‌پور و همکاران (۱۶)، Suyanti و همکاران (۱۷) و Rodriguez (۱۸) اشاره کرد. در این مطالعات نشان داده شد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به ایدز اثربخش است که این مهم با نتایج مطالعات مذکور همسو می‌باشد.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیر مستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران‌ای را نسبت به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند (۲۶). انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عواملی همچون مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن، عمل همراه با هوشیاری و در نهایت رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت، وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد، توانایی برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالاتی چون اضطراب افزایش می‌یابد؛ در نتیجه فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری

خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالاتی مانند اضطراب و ترس کنترل نشود؛ بلکه می‌تواند از اطلاعات برخاسته از این حالات استفاده کند، با هیجانات همراه باشد و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی خود را ارتقا دهد (۲۷).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر مراجعان را با چالش مواجه می‌کند تا آنچه را که در حوزه‌های زندگی برایشان مهم است، مشخص کنند؛ این موارد عبارت هستند از: ازدواج و صمیمیت، روابط خانوادگی، روابط دوستی و اجتماعی، حرفه و شغل، رشد و توسعه شخصی و آموزشی، تفریح و اوقات فراغت، مذهب و معنویت، رفتار شهروندی و رفاه جسمی، روانی و بهداشتی (۲۸). در مطالعات مختلف، رابطه منفی بین معنویت و اضطراب مرگ تأیید شده است؛ به این معنا که هرچه فرد اعتقادات معنوی بیشتری داشته باشد، اضطراب مرگ پایین‌تری را تجربه می‌کند (۲۸). بیرون راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی باعث رنج و تشدید ترس در افراد شده و هیچ‌گونه آرامشی را برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (۱۴). این‌گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شوند. این درمان به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و برای این منظور با استفاده از روش‌های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و روش‌های ذهن آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگاران‌ه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری، ناامیدی و پریشانی روانی را بهبود می‌بخشد (۲۸).

درباره اثربخشی معنادرمانی می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ زنان مبتلا به ایدز اثربخش است. نتایج مطالعات نادری و همکاران (۱۷)، کمائی و همکاران (۱۸)، برجعلی و همکاران (۱۹) و صالحی و پیرخانفی (۲۰) حاکی از آن بودند که این درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به ایدز تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات مذکور همسو می‌باشد. شایان ذکر

غلط عمل کرده بودی" را سرمشق رفتار خود قرار دهد، مسئولیت شگرفی را احساس خواهد کرد و اضطراب نیستی و فانی شدن در وی کاهش خواهد یافت (۳۰).

نتایج این پژوهش نشان دادند که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ایدز، با یکدیگر متفاوت نمی‌باشد. در این ارتباط، هیچ پژوهشی به مقایسه و بررسی اثربخشی این دو درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب بیماران مبتلا به ایدز نپرداخته است. درباره عدم تفاوت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ایدز می‌توان بیان نمود که زنان با تجربه بیماری ایدز، علاوه بر تحمل پریشانی و عدم پذیرش شرایط برآمده از بیماری خود، درگیر بی‌معنایی و پوچی می‌شوند که این عوامل سبب بروز مشکلات روان‌شناختی زیادی در آنها می‌گردد که یکی از آنها اضطراب مرگ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به بیماران مبتلا به ایدز به آنها کمک می‌کند تا بیماری و شرایط برآمده از آن را آگاهانه بپذیرند و در قبال آن، اعمال متعهدانه‌ای داشته باشند تا به معنای جدیدی نسبت به وضعیت و بیماری خود برسند. معنادرمانی سبب شده است تا بیماران مبتلا به ایدز در بسیاری از موارد قبول کنند که ابتلا به ایدز لزوماً به معنای مرگ و پایان زندگی نیست. در این درمان ماهیت اثر، دلایل، پیامدها و شیوه‌های مقابله با اضطراب، افسردگی و نگرانی‌های بیماران با آنها مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته و در این زمینه آموزش‌هایی به آنها ارائه شده است. انجام این تکالیف باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ در آنها شده است؛ بنابراین هر دوی این رویکردها در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ایدز به صورت برابر اثربخش بوده‌اند؛ اما هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود. در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی نمودند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرا، جنبه جدیدی را در بر داشته باشد و در عین حال، فرضیه‌های اساسی پژوهشگران را که معتقد بودند این دو درمان بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به ایدز مؤثر هستند، مورد بررسی قرار دهد. در این مطالعه مشخص شد که هیچ‌یک از روش‌های درمانی، روش

است که هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را مورد بحث و بررسی قرار داد.

دریافت معنادرمانی سبب می‌شود تا بیماران مبتلا به ایدز در بسیاری از موارد قبول کنند که ابتلا به ایدز لزوماً به معنای مرگ و پایان زندگی نیست. درمانگر با فنون مختلف متقاعدسازی به آنها کمک می‌کند تا ایدز را به عنوان مسئله‌ای قابل حل در نظر بگیرند. همچنین درباره ماهیت اثر، علل، پیامدها و شیوه‌های مقابله با اضطراب، افسردگی و نگرانی‌های بیماران با آنها بحث و تبادل نظر شده و در این زمینه آموزش‌هایی نیز ارائه می‌شود. انجام این تکالیف باعث بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌شود (۲۹).

در تبیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ می‌توان گفت که هدف معنادرمانی، توانا ساختن بیمار برای کشف معنای منحصر به فرد خود است. معنادرمانی می‌کوشد تا حدود اختیارات و آزادی‌های بیمار را ترسیم کند. معنادرمانی در شکستن چرخه‌های معیوب روان‌آزردگی مؤثر می‌باشد. معناجویی به زندگی مفهوم واقعی می‌بخشد؛ از این رو گذرا بودن و انتقال زندگی از معنای آن نمی‌کاهد و آنچه که اهمیت بسیاری دارد، شیوه نگرش فرد به رنج و همچنین شیوه‌های به دوش کشیدن این رنج می‌باشد؛ به همین دلیل، انسان‌ها درد و رنجی را که معنا و هدفی دارد، با میل تحمل می‌کنند. فرجام‌پذیری و گذرا بودن، نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی انسان است؛ بلکه عامل واقعی با معنا بودن آن نیز به شمار می‌رود. معنادرمانگر می‌کوشد تا به مراجعه‌کنندگان کمک نماید تا در زندگی خود هدف و منظوری را جستجو کند؛ هدف و منظوری که با وجود و هستی او متناسب بوده و برایش معنا داشته باشد. مشاور کمک می‌کند تا مراجعه‌کنندگان به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کنند. در این راستا، به مراجعه‌کنندگان کمک می‌شود تا نه تنها به تجربه هستی پردازند و کوشش پیگیری در بالفعل نمودن ارزش‌ها را از خود نشان دهند؛ بلکه آنها را متعهد به انجام کاری می‌کند که در آن مسئولیتی را بپذیرند و تکلیف معینی را عهده‌دار شوند. اگر فرد بیمار دستورالعمل "همواره چنان رفتار کن که گویی بار دومی است که زندگی می‌کنی و طوری عمل کن که به نظر آوری بار اول که در آن مورد عمل کردی، بسیار

خود احتمالاً سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با اضطراب مرگ شده و در نتیجه باعث مقابله بهتر با بیماری و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز شده است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از سوی دیگر، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ زنان مبتلا به ایدز استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهارات نویسندگان، در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

مناسبی برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ایدز نیست. در انتها باید خاطرنشان ساخت که نمونه پژوهش حاضر را زنان مجرد ۲۵ تا ۳۵ ساله مبتلا به ایدز شهر تبریز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده و تعمیم یافته‌ها به زنان مبتلا به ایدز جوان‌تر و مسن‌تر و همچنین زنان متأهلی که از حمایت همسر و خانواده برخوردار هستند را دشوار می‌سازد. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل می‌باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی با کاربرد فنون و روش‌های خاص

References:

- Munier CM, Andersen CR, Kelleher AD. HIV vaccines: progress to date. *Drugs* 2011;71(4):387-414. DOI: [10.2165/11585400-000000000-00000](https://doi.org/10.2165/11585400-000000000-00000)
- World Health Organization. Findings from the global burden of disease study 2017. Geneva: World Health Organization; 2018. [Link](#)
- Ghodrati S, Habibi AM, Sadeghi FV, Ebrahim BF, Shahabi NZ. Quality of life, everyday functioning, and prospective memory impairments in patients infected with HIV. *Res Psychol Health* 2016;10(3):58-69. (In Persian) [Link](#)
- Srivastava A, Wani MA. Psychological well-being in HIV/AIDS positive and negative. *Int J Indian Psychol* 2015;3:35-41. DOI: [10.25215/0301.504](https://doi.org/10.25215/0301.504)
- Naranjo AB. Quality of life in HIV positive-patient. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2004;15(5):20S-7S. DOI: [10.1177/1055329004269183](https://doi.org/10.1177/1055329004269183)
- Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos One* 2016;11(6):e0158092. DOI: [10.1371/journal.pone.0158092](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092)
- Ryff CD. Articolo target. Psychological well-being and health: past, present and future. *Psicol Della Salute* 2016;20:7-26. DOI: [10.3280/PDS2016-001002](https://doi.org/10.3280/PDS2016-001002)
- Venes D, Taber CW. Taber's cyclopedic medical dictionary. 23th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017. P. 55-6. [Link](#)
- Degi CL. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. *Support Care Cancer* 2009;17(8):1101-7. DOI: [10.1007/s00520-008-0568-0](https://doi.org/10.1007/s00520-008-0568-0)
- Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2019;25(1):2-13. (In Persian) DOI: [10.32598/ijpcp.25.1.2](https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.2)

11. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: a school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *J Sch Psychol* 2016;57:41-52. DOI: [10.1016/j.jsp.2016.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008)
12. Faezipour M, Ghanbaripanah A, Seyedalinalaghi S, Hajiabdolbaghi M, Voltarelli F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression among people living with HIV/AIDS. *J Int Translat Med* 2018;6(3):125-9. DOI: [10.11910/2227-6394.2018.06.03.04](https://doi.org/10.11910/2227-6394.2018.06.03.04)
13. Sri Suyanti T, Anna Keliat B, Catharina Daulima NH. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enferm Clin* 2018;28(Suppl 1):98-101. DOI: [10.1016/S1130-8621\(18\)30046-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30046-9)
14. Rodriguez T. The role of acceptance & mindfulness in people living with HIV/AIDS: a meta-analysis. [Doctoral Dissertation]. Ohio: Bowling Green State University; 2014. [Link](#)
15. Frankel VE. Man search for meaning. Trans: Salehian N, Milani M. 56th ed. Tehran: Rasa; 2019. P. 23-4. (In Persian) [Link](#)
16. Norcross JC, Prochaska JO. A study of eclectic (and integrative) views revisited. Trans: Yahya SM. 56th ed. Tehran: Ravan; 2016. P. 219-20. (In Persian) [Link](#)
17. Naderi Baldaji S, Ahmadi Dastgerdi S, Bakhshi SH, Saedi N. The effect of group counseling with a Logotherapy approach on reducing Anxious thoughts in female patients with AIDS. Second Conference on Science and Technology of Psychology, Educational Sciences and Sociology of Iran, Tehran, Iran; 2019. (In Persian) [Link](#)
18. Kamae A, Weisani M, Sadatizadeh S. Logo therapy effect on life expectancy & suicidal thoughts among women with AIDS, community of values revival. *Indian J Fundam Appl Life Sci* 2014;4(S3):1309-16. [Link](#)
19. Borjali M, Abbasi M, Asadian A, Ayadi N. Effectiveness of group logo therapy on the anxiety of death and life expectancy of patients with stomach cancer. *Jundishapur Sci Med J* 2017;15(6):464-635. (In Persian) [Link](#)
20. Pirkhaefi A, Salehi F. Effectiveness of group logotherapy on promotion mental health of women with breast cancer. *Quart J Health Psychol* 2013;2(8):61-9. (In Persian) [Link](#)
21. Javadian SN, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self-description components of female university students. *Dev Motor Learn* 2009;2:127-45. (In Persian) [Link](#)
22. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;14(2):146-51. (In Persian) [Link](#)
23. Rajabi GR, Bohrani M. Item factor analysis of the death anxiety scale. *J Psychol* 2002;5(4):331-44. (In Persian) [Link](#)
24. Saggino A, Kline P. Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *J Clin Psychol* 1996;52(3):329-33. DOI: [10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199605\)52:3<329::AID-JCLP11>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199605)52:3<329::AID-JCLP11>3.0.CO;2-K)
25. Andreason A. Logo therapy and spirituality, a course in Victor Frankls Logotherapy. Available at: URL: www.workshaper.org.uk; 2007. [Link](#)
26. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Pers Ind Differ* 2010;49(7):815-8. DOI: [10.1016/j.paid.2010.06.012](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.012)
27. Williams M, Penman D. Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world. London: Hachette UK; 201. P. 45-6. [Link](#)
28. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry* 2019;18(2):226-7. DOI: [10.1177/0011000012460836](https://doi.org/10.1177/0011000012460836)
29. Mardani M, Ghafari Z. The Effectiveness of logotherapy on quality of life among MS patients in Shahrekord. *J Ilam Univ Med Sci* 2015;23(5):47-56. (In Persian) [Link](#)
30. Hajiazizi AH, Bahmani B, Mahdi N, Manzari Tavakoli V, Barshan A. Effectiveness of group logotherapy on death anxiety and life expectancy of the elderly living in boarding houses in Kerman. *Iran J Ageing* 2017;12(2):220-31. (In Persian) DOI: [10.21859/sija-1202220](https://doi.org/10.21859/sija-1202220)