

Research Paper

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety and Mental Health in Women With HIV in Abadan City, Iran



*Zeynab Mirzaeidoostan¹, Yadollah Zargar², Arash Zandi Payam³

1. MA., Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2. PhD. in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
3. MA., Lecturer, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.



Citation 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 (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(1):2-13. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.2>



Received: 16 Jul 2018
Accepted: 09 Oct 2018
Available Online: 01 Apr 2019

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety, Mental health, HIV

ABSTRACT

Objectives The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan City, Iran.

Methods This study has a quasi-experimental design with pre-test and post-test and control group. A sample of 30 patients referring to Abadan Behavioral Disease Counseling Center in 2015, were randomly assigned to either experimental (n=15) or control group (n=15). The experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment treatment in two 90-minute sessions per week. The study data were collected using Templar death anxiety scale and Goldberg general health questionnaire in 3 time points; before the intervention, immediately after the intervention, and one and a half months later as the follow-up. The obtained data were analyzed by analysis of covariance in SPSS V. 16.

Results The results of covariance analysis showed that acceptance and commitment treatment reduced death anxiety ($P < 0.001$) and increased mental health ($P < 0.001$) in the experimental group compared with the control group at the post-test and follow-up period.

Conclusion Acceptance and commitment therapy can be effective in reducing death anxiety and improving the mental health of patients with HIV. Therefore, acceptance and commitment treatment as a complementary therapy along with therapeutic treatments in these patients is recommended to improve the psychological symptoms.

Extended Abstract

1. Introduction

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is caused by the infection with HIV (The Human Immunodeficiency Virus). This virus is one of the deadliest known viruses in the present era and a serious threat to the health and economics of societies in terms of its high cost of treatment [1]. AIDS is currently the fourth cause of

human mortality. According to 2014 United Nations statistics, around 500 people in Iran have been infected with AIDS every 3 months from the beginning of 2009 to the end of 2013 [2].

Death anxiety is a complex concept that cannot be easily explained and generally refers to the fear of own death and others. In other words, death anxiety involves the prediction of death and fear of the dying. This type of anxiety can be considered as one of the most important psychological diagnosis in AIDS patients. Mental health

* Corresponding Author:

Zeynab Mirzaeidoostan, MA.

Address: Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Tel: +98 (916) 6334173

E-mail: z.mirzaeidoostan@gmail

has defined a state of complete physical, psychological, and social wellbeing (not just a lack of disease, weakness, or disability) that enables a person to function consistently, despite adverse conditions and negative consequences, and keep his or her mental health. AIDS is a disease that affects not only the physical health but also the mental health of the patients due to social problems, misjudgments, and tags that result in many challenges in the patient's daily activities and interests [6].

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is the third wave of behavioral therapy that involves the development of cognitive behavioral therapy. The main purpose of this treatment is to create psychological flexibility, that is, the ability to make practical choices among the various options that are more appropriate, rather than to act solely to avoid disturbing thoughts, emotions, memories, or desires [7]. The advantages of this treatment are using some strategies, such as creative frustration, self-awareness, and behavioral commitment that increase pain tolerance, reduce negative thoughts and feelings, and improve quality of life so that the motivation for treatment increases [9].

Several studies examined the role of ACT on the improvement of generalized anxiety disorder. The results showed that the creation and development of "commitment" and "acceptance" among clients, especially those with generalized anxiety disorder, reduce avoidance, tension, and depression, and avoid life without problems in these people [10-12]. Considering the urgent need for effective treatment and improvement of the psychological symptoms of these patients, the importance and necessity of the present study is manifested that targets the death anxiety and mental health of these patients. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan City, Iran.

2. Method

The present study has a quasi-experimental design with pre-test and post-test with a control group. A sample of 30 patients referring to Abadan Behavioral Disease Counseling Center in 2015, were randomly assigned to either experimental (n=15) or control group (n=15). The experimental group received 8 sessions of ACT in two 90-minute sessions per week. The study data were collected using Templar death anxiety scale (1970) and Goldberg general health questionnaire (1972) in 3 time points: before the intervention, immediately after the intervention, and one and a half months later as the follow-up.

The inclusion criteria were being female, being 20 to 40 years old, getting a high score in the death anxiety scale and general health questionnaire (high score in this questionnaire indicates low mental health level), giving informed consent to participate in the research, having knowledge about the research goals, not planning for travel. The exclusion criteria included the occurrence of severe physical illnesses, severe neurological disorders or the presence of psychotic symptoms during the study, previous participation in the same intervention and more than two sessions absence from the program. The obtained data were analyzed by Analysis of Covariance (ANCOVA) in SPSS V. 16.

3. Results

The results of ANCOVA showed a significant difference between the experimental group and the control group in terms of dependent variables at the level of $P < 0.001$. Accordingly, there is a significant difference between the two groups at least in one of the dependent variables (death anxiety and general health) (Table 1). To analyze this difference, ANOVA analysis was carried out in the context of MANOVA and the results showed that ACT reduced death

Table 1. ANCOVA tests results (between-subjects effects)

Variable	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Partial Eta	Observed Power	Sig.
Death anxiety	Group	2465.333	1	2465.333	62.762	0.69	1	<0.001
	Error	10998.667	28	392.810				
	Total	76722	30	2557.4				
Mental health	Group	4813.333	1	4813.333	167.517	0.86	1	<0.001
	Error	804.533	28	28.733				
	Total	14220	30	47.33				

anxiety ($P < 0.001$) and increased mental health ($P < 0.001$) in the experimental group compared with the control group at the post-test and follow-up period. In fact, this treatment is effective on general anxiety and general health of the subjects. The effect on the general health was 0.86 and 0.69 for death anxiety, i.e., 86% of the general health variance and 69% of the variance of death anxiety are due to ACT intervention.

4. Discussion

Acceptance and commitment therapy can be effective in reducing death anxiety and improving the mental health of the patients with HIV. Therefore, ACT as a complementary therapy along with therapeutic treatments in these patients is recommended to improve the psychological symptoms. Indeed, the considerable client satisfaction with this treatment is noticeable.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Shahid Chamran University of Ahwaz has confirmed this research (Ethics Code: 240). All ethical principles were considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages; they were also assured about the confidentiality of their information; Moreover, They were allowed to leave the study whenever they wish, and if desired, the results of the research would be available to them.

Funding

This research was extracted from the MSc. thesis of the first author, in Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran.

Authors contributions

Conceptualization: All authors; Methodology: Zeynab Mirzaeidoostan; Validation: All authors; Analysis: All authors; Investigation: Zeynab Mirzaeidoostan; Sources: Zeynab Mirzaeidoostan; Preparation, writing-review & editing: Zeynab Mirzaeidoostan; Project administration: All authors.

Conflict of interest

The author declared no conflict of interest.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به HIV شهر آبادان

* زینب میرزایی‌دوستان^۱، یداله زرگر^۲، آرش زندی پیام^۳

۱- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
 ۲- دکترای روانشناسی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
 ۳- کارشناسی ارشد، مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

حکده

تاریخ دریافت: ۲۵ تیر ۱۳۹۷
 تاریخ پذیرش: ۱۷ مهر ۱۳۹۷
 تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۳۹۸

اهداف این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به HIV شهر آبادان انجام شد.

مواد و روش‌ها طرح این پژوهش، شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر آبادان در سال ۱۳۹۴ بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر)، قرار گرفتند. گروه آزمایش هشت جلسه درمان پذیرش و تعهد را به صورت دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته دریافت کرد. اطلاعات با استفاده از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر و پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ در سه مرحله قبل از مداخله، پایان مداخله و پیگیری یک ماه و نیمه جمع‌آوری شدند. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب مرگ ($P < 0/001$) و افزایش سلامت روان ($P < 0/001$) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد.

نتیجه‌گیری به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به HIV مؤثر باشد. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های دارویی در این بیماران، برای بهبود علائم روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

درمان پذیرش و تعهد، اضطراب، سلامت روان، HIV

مقدمه

و دختران علاوه بر دلایل زیست‌شناختی به علت عوامل اقتصادی و اجتماعی فرهنگی نسبت به این بیماری آسیب‌پذیرترند. این گروه ۲ تا ۴ برابر مردان مستعد ابتلا به ایدز هستند و تقریباً بیش از ۵۰ درصد از موارد ابتلا، از این گروه هستند.

رابطه جنسی عمده‌ترین راه انتقال این بیماری در دنیاست؛ به گونه‌ای که ۸۵ درصد موارد ابتلا از این راه است. در ایران بیشترین راه انتقال شامل تزریق مشترک مواد مخدر و روابط جنسی است [۱]. ایدز بیماری‌ای است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برجسب اجتماعی، نه تنها از جنبه جسمانی، بلکه از بُعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر می‌کند و به بروز مشکلات فراوان در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران منجر می‌شود [۳، ۴]. این بیماران گستره وسیعی از مشکلات روان‌شناختی بالینی مانند اضطراب، افسردگی، اعتیاد

ایدز یا سندرم ایمنی اکتسابی^۱ در اثر آلوده‌شدن فرد به ویروس نقص ایمنی بدن^۲ به وجود می‌آید. این ویروس از مهلک‌ترین ویروس‌های شناخته‌شده در این عصر است و به لحاظ کشندگی زیاد و هزینه مراقبتی فراوان تهدیدی جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع است [۱]. ایدز در حال حاضر چهارمین علت مرگ‌ومیر انسان است. بر اساس آمار سازمان ملل که در سال ۱۳۹۳ منتشر شد، به طور میانگین از ابتدای سال ۱۳۸۸ تا انتهای سال ۱۳۹۲ هر سه ماه، ۵۰۰ نفر در ایران به ایدز مبتلا شده‌اند. وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی ایران آمار مبتلایان به ویروس ایدز را تا پایان سال ۱۳۹۳، ۱۲۴ هزار و ۲۰۴ نفر برآورد کرده‌اند [۲].

1. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)
2. Human Immunodeficiency Virus (HIV)

* نویسنده مسئول:

زینب میرزایی‌دوستان

نشانی: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۶۳۳۴۱۷۳ (۹۱۶) ۹۸+

پست الکترونیکی: z.mirzaeidoostan@gmail

ناشی از درمان و دیگر روش‌هایی که فرد برای تأمین هزینه‌های درمان از آن‌ها بهره می‌گیرد، به طور بارزی بر سلامت روان بیمار مبتلا تأثیر مهمی دارد [۶].

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، یک درمان رفتاری موج سوم است که از گسترش درمان‌شناختی رفتاری شکل گرفته است و به اختصار ACT خوانده می‌شود [۷]. هدف اصلی این درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی تنها برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود [۸].

در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و در برابر آن، اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عمل برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالت روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا کند (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی‌بودن) است که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد است تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح آن‌ها را مشخص و به اهداف رفتاری خاص (روش‌شناسی ارزش‌ها) تبدیل کند. درنهایت، ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه است؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی.

این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما) و هراس‌ها باشد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است. تأکید زیادی می‌شود که این درمان ACT خوانده شود نه A, C, T، چون در اصل یک رفتاردرمانی است و موضوع آن عمل است، آن هم نه هر عملی، بلکه عملی که اولاً ارزش‌محور باشد و به مراجع کمک کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او بخواهد از این ارزش‌ها برای هدایت و تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ثانیاً مبتنی بر ذهن آگاهی باشد؛ یعنی عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌گیرد و گشوده‌بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود [۷].

3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

و خودکشی را تجربه می‌کنند. در سال‌های اولیه بیماری، مبتلایان باید با پیش‌بینی مرگ زود هنگام خود مقابله کنند. کشمکش با قطعیت مرگ در این مرحله از زندگی مشکل است و ترس از مرگ به عنوان نگرانی وجودی چالش خاصی را پیش روی آن‌ها قرار می‌دهد [۵].

اضطراب مرگ مفهومی پیچیده است که به‌سادگی قابل توضیح نیست و به طور کلی شامل مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است. به بیان دیگر اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن افراد مهم زندگی است. این نوع اضطراب می‌تواند به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ایدز مطرح باشد. نتایج تحقیقاتی که اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و بیماران مبتلا به ایدز و خانواده‌های آن‌ها را بررسی کردند، نشان داد هنگام ابتلا به یک بیماری بدنی، به‌ویژه بیماری‌های خاص همچون سرطان، ایدز، صرع و غیره، اضطراب مرگ به یکی از مشکلات مهم افراد تبدیل می‌شود [۶].

سلامت روان را حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی (نه فقط نبود بیماری، ضعف یا ناتوانی) تعریف کرده‌اند که از نشانه‌های آن برخوردار از منابع درون‌فردی است که فرد را قادر می‌کند تا با وجود شرایط ناگوار و پیامدهای منفی، رشد سازگارانه خود را ادامه دهد و سلامت روان خود را حفظ کند. ایدز بیماری‌ای است که به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه تنها از جنبه جسمانی، بلکه از بُعد سلامت روانی نیز وضعیت بیماران را متأثر می‌کند و به بروز مشکلات فراوان در فعالیت‌های مفید و علایق بیماران منجر می‌شود. این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتمادبه‌نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود.

عملکرد روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح می‌سازد. تمامی این مشکلات به علاوه مراجعات مکرر به پزشک و هزینه‌های زیاد درمان و عوارض دارویی باعث کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به ایدز می‌شود. علاوه بر این، بسیاری از این بیماران با مشکلات بی‌شماری، از جمله ننگ و بدنامی، فقر، افسردگی، سوء مصرف مواد و ناامیدی ناشی از مرگ قریب‌الوقوع مقابله می‌کنند که می‌تواند از طریق برهم‌زدن جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی، سلامت و کیفیت زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار دهد. مسئله عمده‌ای که درباره مبتلایان به ایدز وجود دارد، طردشدن آن‌ها از اجتماع و تبعیض است که به نحوی تکامل فردی آن‌ها را که ارتباط مستقیم با سلامت روانی دارد تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در این ارتباط می‌توان فشارهای متحمل‌شده در اثر بیماری، میزان تطابق و سازگاری با این فشارها در شرایط متفاوت را نام برد. تغییرات شغلی، فشارهای اقتصادی

درمان‌های اثربخش در راستای بهبود علائم روان‌شناختی این بیماران، اهمیت و ضرورت این پژوهش که اضطراب مرگ و سلامت روان این بیماران را هدف قرار می‌دهد، آشکار می‌شود.

روش

این طرح پژوهشی از نوع مطالعات شبه‌تجربی بود که از طرح گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری مطالعه‌شده در این پژوهش زنان مبتلا به HIV شهر آبادان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. به این صورت که ابتدا از همه زنان مبتلا به HIV مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های رفتاری شهر آبادان دعوت شد که پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و مقیاس اضطراب مرگ تمپلر را پاسخ دهند.

سپس از میان آن‌ها ۳۳ نفر از افرادی که سطح سلامت عمومی پایین و اضطراب مرگ زیادی داشتند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. این افراد از بین بیماران مبتلا به ایدز انتخاب شد که در بیمارستان امام شهر آبادان پرونده داشتند و تحت درمان بودند. معیار انتخاب، اطلاعات مندرج در پرونده بیماران و در موارد لزوم صحبت با متخصصان این بیماری در بیمارستان امام شهر آبادان بود. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد، با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها، همه ۳۳ نفری که نمره اضطراب مرگ بیشتری گرفتند و سطح سلامت عمومی پایینی داشتند، انتخاب شدند. قبل از شروع پژوهش، یک نفر به علت مسافرت، یک نفر به علت مشکلات شخصی و یک نفر به علت بیماری از شرکت در آزمایش انصراف دادند. برای جلوگیری از ریزش بیشتر نمونه، محقق با ۳۰ نفر آزمودنی به صورت جداگانه مصاحبه کرد و با توضیح دقیق اهداف پژوهش و اطمینان‌بخشی درباره محرمانه‌بودن اطلاعات حاصل از پژوهش رضایت خاطر آزمودنی‌ها را جلب کرد.

بدین ترتیب نمونه‌های نهایی پژوهش که تجزیه و تحلیل روی آن‌ها انجام شد، متشکل از ۳۰ نفر بودند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل). برای انجام پژوهش پس از گرفتن معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه شهید چمران اهواز به معاونت بهداشت و درمان شهر آبادان و همچنین هماهنگی با معاونت پژوهشی دانشگاه جندی‌شاپور و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آبادان، پس از گرفتن مجوز و تأییدیه شروع کار، هشت جلسه مداخله پذیرش و تعهد به صورت دو جلسه در هفته در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری روی گروه آزمایش اجرا شد.

گروه کنترل نیز به‌موازات گروه آزمایش تحت نظارت دقیق قرار داشتند. نحوه انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و اجرای پرسش‌نامه‌ها در این گروه درست مانند گروه آزمایش بود، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکلی که برای گروه آزمایش اجرا شد، برای

برتری این درمان، استفاده از برخی راهبردها، مانند ناامیدی خلاق، آگاهی فعال از خود و تعهد رفتاری است که سبب افزایش بیشتر تحمل درد، کاهش افکار و احساسات منفی و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود، تا انگیزه برای درمان افزایش یابد. با افزایش انگیزه درمان، مراقبت فرد بیشتر می‌شود و در نتیجه کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد [۹].

پژوهش‌های مختلفی نقش درمان پذیرش و تعهد بر بهبود اختلال اضطراب فراگیر را بررسی کردند. نتایج نشان داد این ایجاد و پرورش تعهد و پذیرش در مراجعان، به‌ویژه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باعث کاهش اجتناب، تنش و افسردگی و دوری از زندگی بدون مشکل در این افراد می‌شود [۱۲-۱۰]. همچنین تحقیقات مختلف اثربخشی این درمان، بهبود اختلالات افسردگی، هراس اجتماعی و فوبی را نشان داده‌اند [۱۵-۱۳]. همچنین در تحقیق دیگری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود تنیدگی و ارتقای سلامت در میان زنان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی از جمله آسیب نخاعی، اسکروز چندگانه بررسی شد و نتایج نشان داد این درمان در کاهش تنیدگی مؤثر است [۱۶].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم به علت تأکید بر چرخه‌های کارکردی و در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان نسبت به دیگر درمان‌هاست. فردی که مبتلا به HIV است می‌تواند افکار زیادی چون «اگر دیگران وضعیت HIV مرا بدانند، مرا طرد می‌کنند»، داشته باشد. این افکار می‌توانند در غیاب تجربه واقعی این اتفاقات رخ دهند و فرد را درگیر انکار یا دلیل‌تراشی برای کاهش تجربه شرم (چون اجتناب از روابط صمیمی برای کاهش احتمال افکار مرتبط با وضعیت HIV) کنند.

این افکار همچنین می‌توانند به رفتارهای اجتنابی منجر شود که باعث کاهش تجربه روابط مؤثر می‌شود، در این حالت درمان ACT فرد را قادر می‌کند با پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند، پریشانی هیجانی را مستقیماً هدف قرار دهد. در واقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عملکرد فرد را بهبود می‌بخشد تا پریشانی فرد را کم کند. اجتناب از احساسات ناخوشایند (اجتناب تجربه‌ای) رنج روان‌شناختی را دوام می‌بخشد. آمادگی برای تجربه کردن احساسات ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از آن‌ها که به عنوان پذیرش به آن اشاره شده است و تشویق به آن فرایندی کلیدی در ACT است [۶].

ماهیت مرگبار و درمان‌ناپذیر بیماری ایدز زمینه‌ساز اضطراب‌های مختلفی چون اضطراب مرگ و پایین آمدن سلامت روان در این بیماران می‌شود که هزینه‌های مادی و معنوی بسیاری برای این افراد و جامعه در پی دارد. با توجه به نیاز مبرم

دارد. فرم ۲۸ سؤالی این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. پرسش‌نامه سلامت عمومی شامل چهار مقیاس علائم بدنی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. دُر تاج و همکاران ضریب اعتبار این پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۵۰ و ۰/۸۵ گزارش کردند [۱۱].

هرچه نمرات فرد در چهار مؤلفه این آزمون کمتر باشد، سلامت روان بیشتر است. در پژوهشی دیگر به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت عمومی، روایی ابزار با روش روایی ملاکی و پیش‌بین، از طریق همبستگی با تشخیص روان‌پزشک ۰/۷۸ به دست آمد. در واقع، آزمون با قدرت زیادی می‌تواند بیمار و سالم را تمییز دهد. روایی سازه آزمون از طریق همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها معنی‌دار و دال بر روایی سازه آزمون است [۱۶].

خلاصه جلسات درمان

جلسه اول تکمیل پرسش‌نامه، معارفه، آشنایی با قوانین گروه، تصریح رابطه درمانی، مرور درمان و اهداف این برنامه، سنجش و مفهوم سازی؛ جلسه دوم بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها و ایجاد ناامیدی خلاق؛ جلسه سوم معرفی کنترل به عنوان مشکل و معرفی تمایل؛ جلسه چهارم معرفی گسلش؛ جلسه پنجم معرفی خود به عنوان زمینه؛ جلسه ششم تمرین ذهن آگاهی؛ جلسه هفتم تصریح ارزش‌ها و جلسه هشتم عمل متعهد [۷]. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS، از روش‌های آماری توصیفی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره) و استنباطی استفاده شد. در بحث آمار استنباطی برای آزمون معنی‌داری تفاوت‌های بین میانگین‌های دو گروه از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها از نظر سطح تحصیلات ۷ نفر زیر دیپلم، ۱۴ نفر دیپلم و ۹ نفر لیسانس داشتند و همگی متأهل بودند. یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره اضطراب مرگ و سلامت عمومی گروه آزمایش و گروه کنترل، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در جدول شماره ۱ آورده شده است.

به منظور بررسی عادی بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به سطح معنی‌داری ($P > 0.05$) متغیرهای اضطراب مرگ و سلامت عمومی، عادی بودن توزیع نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می‌شود. برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیر اضطراب مرگ ($F = 0.29$; $P = 0.58$) و متغیر سلامت عمومی ($F = 0.25$; $P = 0.62$) نشانگر تحقق پیش‌فرض

گروه کنترل در نظر گرفته نشد. البته در پایان تحقیق با توجه به توافق حاصل‌شده با آزمودنی‌های حاضر در گروه کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی افراد حاضر در این گروه اجرا شد که خوشبختانه این افراد از نتایج درمان رضایت نسبی داشتند. پس از اتمام دوره درمانی، بلافاصله از هر دو گروه در تمامی متغیرها آزمون گرفته شد و به منظور پیگیری نیز یک و نیم ماه پس از درمان، آزمودنی‌ها مجدداً ارزیابی شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، بالا بودن میزان اضطراب مرگ، پایین بودن سطح سلامت روان؛ و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به بیماری جسمی و عصب‌شناختی که منجر به ناتوانی بیمار گردد، وجود نشانه‌های روان‌گسستگی، مشارکت قبلی در برنامه مداخله‌ای مشابه و غیبت بیش از دو جلسه. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر و سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شد.

مقیاس اضطراب مرگ^۴

تمپلر پرسش‌نامه اضطراب مرگ را در سال ۱۹۷۰ طراحی کرد. این پرسش‌نامه خوداجرا متشکل از ۱۵ سؤال صحیح غلط است. بیشترین نمره‌ای که فرد در این آزمون می‌تواند کسب کند، ۱۵ و کمترین نمره صفر است. افرادی که نمره زیادی را در این آزمون می‌گیرند سطح زیادی از اضطراب مرگ را دارند. بررسی‌های انجام‌شده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد این مقیاس اعتبار قابل قبولی دارد. تمپلر ضریب بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است و روایی آن را در حد مطلوب گزارش کرده است [۱۷].

کونتلی وینر و پلاچیک اعتبار تنصیف مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۷۶ و همبستگی هر سؤال با نمره کل را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۴ با میانگین ۰/۵۱ برای افراد سالخورده و ۰/۴۴ برای گروه دانشجویان گزارش کرده‌اند [۱۸]. در پژوهش رجیبی و بحرانی ضریب اعتبار دونیمه‌سازی مقیاس اضطراب مرگ بعد از اعمال فرمول تصحیح‌شده اسپیرمن براون، معادل ۰/۶۲ محاسبه شد. همچنین همسانی درونی پرسش‌نامه نیز با کمک محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار این ضرایب برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد [۱۹].

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۵

گلدبرگ این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۷۲ ساخته است و به طور وسیعی برای تشخیص اختلالات خفیف روانی به کار گرفته می‌شود و به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سؤالی وجود

4. Death Anxiety Scale

5. Goldberg General Health Questionnaire

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمترین، بیشترین نمره اضطراب مرگ و سلامت عمومی گروه آزمایش و گروه کنترل، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین ± انحراف معیار
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۷۸ ± ۲/۴۸
		کنترل	۸/۶۷ ± ۲/۷۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۶/۵۶ ± ۲/۵
		کنترل	۱۰/۵۶ ± ۲/۲۹
	پیگیری	آزمایش	۶/۸۹ ± ۲/۰۸
		کنترل	۱۱/۳۳ ± ۲/۳۹
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۵/۴۴ ± ۱۲/۲۶
		کنترل	۶۹/۳۳ ± ۲۰/۶۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۸/۳۳ ± ۷/۷۴
		کنترل	۷۸/۷۸ ± ۱۵/۲۳
	پیگیری	آزمایش	۴۶/۳۳ ± ۸/۶
		کنترل	۷۷/۸۹ ± ۱۵/۲۶

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است میانگین اضطراب مرگ را کاهش و میانگین سلامت عمومی را در مرحله پس‌آزمون افزایش دهد که این تفاوت در گروه آزمایش و کنترل در سطح ($P < 0.001$) معنادار بود. در واقع این درمان بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی آزمودنی‌ها مؤثر است. میزان تأثیر برای سلامت عمومی 0.186 و برای اضطراب مرگ 0.69 بود. یعنی 86 درصد از واریانس سلامت عمومی و 69 درصد واریانس اضطراب مرگ ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

بحث

ایدز از جمله بیماری‌هایی است که به دلیل ایجاد مشکلات اجتماعی، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و ننگ اجتماعی، علاوه بر بُعد سلامت جسمی، سلامت روانی و اجتماعی این بیماران را

تساوی واریانس‌ها بود.

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی آزمودنی‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد و نتایج آن در **جدول شماره ۲** ارائه شده است. همان‌طور که **جدول شماره ۲** نشان می‌دهد، بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0.001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب مرگ و سلامت عمومی) بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، برای بررسی این تفاوت، تحلیل آنکوا در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در **جدول شماره ۳** درج شده است.

با توجه به میانگین‌های ارائه‌شده و با توجه به سطح معنی‌داری

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت عمومی آزمودنی‌ها

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلاهی	۰/۸۷	۹۱/۸۳	۲	۲۷	۱	< 0.001
لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۹۱/۸۳	۲	۲۷	۱	< 0.001
اثر هتلینگ	۶/۸۱	۹۱/۸۳	۲	۲۷	۱	< 0.001
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶/۸۱	۹۱/۸۳	۲	۲۷	۱	< 0.001

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب مرگ و سلامت عمومی در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اضطراب مرگ	گروه	۲۴۶۵/۳۳۳	۱	۲۴۶۵/۳۳۳				
	خطا	۱۰۹۹۸/۶۶۷	۲۸	۳۹۲/۸۱۰	۶۲/۷۶۲	۰/۶۹	۱	<۰/۰۰۱
	کل	۷۶۷۲۲	۳۰	۲۵۵۷/۴				
سلامت عمومی	گروه	۴۸۱۳/۳۳۳	۱	۴۸۱۳/۳۳۳				
	خطا	۸۰۴/۵۳۳	۲۸	۲۸/۷۳۳	۱۶۷/۵۱۷	۰/۸۶	۱	<۰/۰۰۱
	کل	۱۴۲۲۰	۳۰	۴۷/۳۳				

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

اجتماعی و فرهنگی، گیر افتاده‌اند. ترس از مرگ قریب‌الوقوع و ترک خانواده، فرزندان، دوستان و عزیزان، ترس از افشاشدن بیماری پس از مرگ و قضاوت نادرست درباره بیمار و قرار گرفتن خانواده در شرایط نامساعد، این افراد را بیش از پیش با اضطراب مرگ مواجه می‌کند.

«نامید بودم از زندگی، فکر می‌کردم هر لحظه می‌خواهم بمیرم، حتی اگر سرماخوردگی کوچکی می‌گرفتم، می‌گفتم دارم می‌میرم» (بیمار زن ۴۰ساله)؛ «هر روز صبح منتظر بودم بمیرم، صبح‌ها گریه می‌کردم، شب‌ها احساس می‌کردم می‌میرم» (بیمار زن ۳۰ساله) [۶]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به کاهش اضطراب مرگ کمک کرد. با توجه به اصول درمان ACT درگیرشدن با هیجانات، باعث بدترشدن آن‌ها می‌شود. در شرایطی که فرد مبتلا به بیماری ایدز شده است، باید این واقعیت را بپذیرد؛ برای مثال، اگر خاطرات و رویدادهای گذشته یا ابتلا به یک بیماری لاعلاج، مراجع را آشفتگی و پریشان کرده است، او باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده است و احساساتش نسبت به این اتفاق را تغییر دهد.

درواقع به بیمار کمک می‌شود ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر دهد تا آن‌ها را به عنوان علائم مرضی درک نکند و حتی یاد بگیرد که افکار و احساسات را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کند [۲۵]. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد بر آن است به افراد یاد دهد افکار و احساساتشان را تجربه کنند، به جای اینکه تلاش کنند آن‌ها را متوقف کنند. از افراد خواسته می‌شود در مسیر اهداف و ارزش‌هایشان کار و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سلامت روان بیماران مؤثر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های گئورگی و همکاران، هافمن و همکاران، یئون و همکاران، استوار، رحیمی، غفوری و اسمی همسواست [۳۵-۲۹].

متأثر می‌کند و به بروز مشکلات روانی فراوانی برای آنان منجر می‌شود [۲]. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد جلسات هشت‌گانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است از میزان اضطراب مرگ شرکت‌کنندگان در دوره درمانی بکاهد. این یافته، با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های سیانتوری و همکاران، هربرت و همکاران، میشل و همکاران، آنونزیات و همکاران، پورفراهانی، داورانی، زارعی، ابدالی، و علائی همسواست [۲۸-۲۰].

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ‌دادن به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. درمان ACT توانایی مراجعان را برای ایجاد ارتباط با تجربه خودشان در زمان حال و براساس آنچه در همان لحظه امکان‌پذیر است، بهبود می‌بخشد [۸].

این درمان باعث می‌شود بیماران احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند. قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها و کاهش اضطراب می‌شود. درواقع به بیمار آموزش داده می‌شود که هرچه بیشتر در پذیرش و تحمل تجربیات خود توانا تر باشد، به همان میزان می‌تواند مستقل از این تجربیات عمل کند. پذیرش جایگزین مهم برای اجتناب است و به بیمار کمک می‌کند ضمن پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی، نهایت سعی و تلاش خود را برای رسیدن به هدف به کار گیرد [۲۴].

اکثر بیماران که در این پژوهش حضور داشتند، زانی بودند که ویروس HIV را از طریق ارتباط جنسی با همسران معتاد مبتلا به HIV دریافت کرده بودند و خود را قربانیانی می‌پنداشتند که ناخواسته در شرایط تغییرناپذیر، ناعادلانه و مضموم از نظر

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست به طور معناداری باعث کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت روان، در مقایسه با گروه کنترل شود. استقبال قابل توجه مراجعان از این شیوه درمانی، تأمل‌برانگیز است. از محدودیت‌های این پژوهش نبود امکان بررسی مردان مبتلا به HIV و محدود بودن نمونه‌های بررسی شده است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی روی گروه‌های بزرگ‌تر و هر دو جنس زنان و مردان اجرا شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

دانشگاه شهید چمران اهواز این پژوهش را تأیید کرده است (کد اخلاق: ۲۴۰). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز گرفته و با کد ۹۴۲۲۸۳۶۲ ثبت شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: تمام نویسندگان؛ روش‌شناسی: زینب میرزایی‌دوستان؛ اعتبارسنجی: تمام نویسندگان؛ تحلیل: تمام نویسندگان؛ تحقیق و بررسی: زینب میرزایی‌دوستان؛ منابع: زینب میرزایی‌دوستان؛ نگارش پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: زینب میرزایی‌دوستان؛ مدیریت پروژه: تمام نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق شواهد پژوهشی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مزمن، به طول مدت دوره این درمان بستگی دارد، هرچه مدت زمان بیشتری بیماران با این درمان درگیر باشند، افسردگی و اضطراب آن‌ها کاهش می‌یابد و بیماری خود را می‌پذیرند که این مسئله انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود کلنجار رفتن با خود را کنار بگذارند و با پذیرش فعال بیماری خود و با بسیج انرژی و توان خویش به جنگ بیماری بروند که این مسئله سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران را ارتقا می‌دهد [۳۱].

از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منبع اولیه وجود مشکلات در مراجع، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اوست. درواقع گزینه‌های محدود برای رفتار، موجب می‌شود فرد احساس گرفتاری و اسارت کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهره‌مندی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی متمرکز است؛ یعنی داشتن گزینه‌های رفتاری دردسترس که این امر زمانی اتفاق می‌افتد که فرد آگاهانه افکار و احساسات پریشان‌کننده خود را می‌پذیرد و رفتاری همسو و سازگار با ارزش‌هایش نشان می‌دهد.

درواقع این اتفاق در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با استفاده از روش‌های گوناگون تجربی، استعاره‌ای و تغییر درجه دوم رخ می‌دهد. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی به هم پیوسته رخ می‌دهد و ادامه می‌یابد که عبارتند از: آمیختگی شناختی، دلبستگی به مفهوم خود، اجتناب تجربه‌ای، قطع ارتباط با لحظه حال، ارزش‌های مبهم و سستی در احترام به ارزش‌ها [۳۵]. درواقع نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به ایدز و ناشی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از گسلس شناختی، تفکیک و جداسازی مفهوم خود، پذیرش تجربه‌ای، تماس ذهن آگاهانه با زمان حال، ارزش‌های واضح و مشخص و عمل و تعهد بر اساس ارزش‌ها، آن را ایجاد می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مستقیم اضطراب بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله ایدز را کاهش نمی‌دهد، ولی با توجه به این مسئله که منشأ رنج روان‌شناختی این بیماران از افکار و احساسات ناکارآمد آن‌ها نشئت می‌گیرد این درمان با کاهش همجوشی با این افکار و احساسات ناکارآمد، می‌تواند باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی این بیماران و در نتیجه باعث افزایش سلامت روان آن‌ها شود. پذیرش به عنوان شاه‌مفهوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران مبتلا کمک می‌کند که به عنوان تماشاگران از بیرون، این اقیانوس موج و طوفانی را فقط نظاره کنند و بدون هیچ‌گونه قضاوت و پیش‌داوری و با پذیرش فعال، نیروهای خود را برای چیره‌شدن بر مشکلات ناشی از بیماری بسیج کنند و بر آن فائق آیند [۷].

References

- [1] Rabei N, Fasihi Harandi T, Qorbani M. [A survey on the effect of group-discussion on HIV prevention in self-care vulnerable women in Karaj in 2014-2015 (Persian)]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017; 5(2):113-20. [DOI:10.30699/acadpub.jhehp.5.2.113]
- [2] Avanesian E, Naseifard M, Abrahamian H, Anis S. [The size of the social network and probability of occurrence of HIV/AIDS among sexually affected patients in behavioral disease counseling centers (Persian)]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017; 5(2):73-80. [DOI:10.30699/ihepsa.journal.5.2.1]
- [3] Aranda Naranjo B. Quality of life in HIV positive-patient. *Journal Association Nurses*. 2004; 15(5):265-73. [PMID]
- [4] Strasser S, Gibbons S. Development of Hiv-related mental health and psychosocial services for children and adolescents in Zimbia: The case for learning by doing. *Children and Youth Service Review*. 2014; 45:150-7. [DOI:10.1016/j.childyouth.2014.03.032]
- [5] Kent C, Broolet M, Beckett A. Psychiatry and psychology of AIDS. [Ahmadi KH, M Rezazadeh, H Tavangar, Persian Trans.]. Tehran: Rasaneh Takhasosi; 2014.
- [6] Mirzaei Doostan Z. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health among women with HIV of Abadan city (Persian)] [MSc. Thesis]. Ahvaz: Shahid Chamran University of Ahvaz; 2015.
- [7] Izadi R, Abedi MR. [Treatment based on commitment and acceptance (Persian)]. Isfahan: Jungle; 2013.
- [8] Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies, chapter to appear. In O'Donohue WT, Fisher JE, editors. *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Hoboken: Wiley; 2009.
- [9] Páez-Blarrina M, Luciano C, Gutiérrez-Martínez O, Valdivia S, Rodríguez-Valverde M, Ortega J. Coping with pain in the motivational context of values: Comparison between an acceptance-based and a cognitive control-based protocol. *Behavior Modification*. 2008; 32(3):403-22. [DOI:10.1177/014544550730902] [PMID]
- [10] Mozhdehi M, Etemadi A, Falsafi M. [Mediation therapy and the effectiveness of adoption and commitment therapy on reduce the symptoms of anxiety disorder (Persian)]. *Counseling and Psychotherapy Culture Quarterly*. 2011; 7(2):28-33.
- [11] Irvani Sh, Agha Mohammadian Sherbaf HR. [The effectiveness of group acceptance and commitment treatment on generalized anxiety disorder (Persian)]. Paper presented at: 2nd National Conference on Research and Therapy in Clinical Psychology. 12 November 2014; Khorasan Razavi, Iran.
- [12] Rajabi S, Yazdkhahi F. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS association (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 6(1):29-38. [DOI:10.22075/JCP.2017.2152]
- [13] Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013; 11(2):121-8.
- [14] Gharaei-Ardakani S, Azad-Fallah P, Tavallaei A. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain experience in women with chronic pain (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 4(2):39-50.
- [15] Anvari MH. [Acceptance and commitment therapy group on indicators of pain, stress, anxiety, depression, disaster-concept and satisfaction with life in patients with chronic pain (Persian)] [MSc. Thesis]. Isfahan: University of Isfahan; 2012.
- [16] Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Lory S, Abbasi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014; 9(34):57-66.
- [17] Templer D, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*. 1990; 46(6):834-9. [DOI:10.1002/1097-4679(199011)46:6:3.0.CO;2-0]
- [18] Langs R. Unconscious death anxiety and the two modes of psychotherapy. *The Psychoanalytic Review*. 2008; 95(5):791-818. [DOI:10.1521/prev.2008.95.5.791] [PMID]
- [19] Rajabi G, Bahmani M. [Factor analysis of questions about death anxiety scale (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2001; 5(4):331-4.
- [20] Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria Clinica*. 2018; 28(Suppl. 1):94-7. [DOI:10.1016/S1130-8621(18)30045-7]
- [21] Herbert J, Forman E, Joanna L, Gershkovich K, Goetter E, Erica K, et al. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018; 9:88-96. [DOI:10.1016/j.jcbs.2018.07.008]
- [22] Twohig M, Levin M. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017; 40(4):751-70. [DOI:10.1016/j.psc.2017.08.009] [PMID]
- [23] Annunziata AJ, Marx JD, Marx BP. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health*; 2016. [DOI:10.1016/B978-0-12-397045-9.00263-9]
- [24] Pourfarahani M. [Effectiveness of group therapy based on Acceptance and commitment on social anxiety of derelict teenage girls (Persian)] [MSc. Thesis]. Bojnord, North Khorasan: University of Bojnord; 2017.
- [25] Davarani S. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on test anxiety and stress coping styles (Persian)] [MSc. Thesis]. Kerman: Shahid Bahonar University of Kerman; 2017.
- [26] Zarei F. [The effect of acceptance and commitment therapy on women's anxiety during pregnancy (Persian)]. Tehran: Iranian Registry of Clinical Trials, 2017.
- [27] Ebdali A. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on test anxiety and academic achievement in secondary school students (Persian)] [MSc. Thesis]. Kermanshah: Razi University; 2017.
- [28] Aalaei M. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on test anxiety and academic achievement in secondary school students (Persian)] [MSc. Thesis]. Sanandaj: University of Kurdistan; 2017.

- [29] Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2018; 49(3):360-72.
- [30] Hofmann SG. Acceptance and commitment therapy: New wave or Morita therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008; 15(4):280-5. [DOI:10.1111/j.1468-2850.2008.00138.x]
- [31] Yeon Hee K, Hwa Jung K, Seung Do A, Yun Jeong S, So Hee K. Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complementary Therapies in Medicine*. 2013; 21(4):379-87. [DOI:10.1016/j.ctim.2013.06.005] [PMID]
- [32] Ostovar SZ. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on student motivation and quality of life in depressed students (Persian)] [MSc. Thesis]. Guilan: University of Guilan; 2017.
- [33] Rahimi E. [The effect of acceptance and commitment treatment on the anxiety and quality of life of infertile women during treatment (Persian)] [MSc. Thesis]. Arak: Arak University of Medical Sciences; 2017.
- [34] Ghafari S. The effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) Treatment on subjective well-being and quality of life in patients with psoriasis in Isfahan Province [MSc. Thesis]. Tehran: Payame Noor University; 2016.
- [35] Esmi Z. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on mental health, quality of life and self-care behaviors in patients with breast cancer (Persian)] [MSc. Thesis]. Tehran: Alzahra University; 2016.