

تأثیر گروه‌درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی*
 فرشاد محسن‌زاده^۱، حسین یاراحمدی^۲، کیانوش زهراکار^۳، علیرضا سلیمانی^۴

Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment therapy on quality of life in HIV patient

Farshad Mohsenzadeh¹, Hosein Yarahmadi², Kianoosh Zaharakar³, Alireza Soleimani⁴

چکیده

زمینه: ارزیابی‌ها حاکی از سطوح پایین کیفیت زندگی در مبتلایان به اچ‌آی‌وی است. آیا درمان پذیرش و تعهد می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی این بیماران شود؟ **هدف:** هدف این پژوهش بررسی تأثیر گروه‌درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی بود. **روش:** روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری شامل ۴۲ مرد مبتلا به اچ‌آی‌وی در استان البرز در بهار ۹۸ می‌شد که داوطلب شرکت در طرح بودند. با روش نمونه‌گیری تصادفی ۲۰ بیمار انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه مداخله شرکت کردند. جلسات مبتنی بر بسته درمانی اینبرگ (۲۰۱۶) بود. پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌گیل (کوهن و همکاران، ۱۹۹۵) در دو گروه اجرا گردید. از تحلیل واریانس مختلط برای بررسی نتایج استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان می‌دهد که اثر گروه‌درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی ($p=0/029$) معنادار بوده است. نتایج در خرده مقیاس‌های جسمانی ($p=0/024$) و روانشناختی ($p=0/007$) معنادار بود. اما در خرده مقیاس‌های نگرش کلی ($p=0/12$)، وجودی ($p=0/067$) و حمایت ($p=0/055$) معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** در نتیجه، استفاده از گروه‌درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می‌تواند سبب ارتقاء سطح کیفیت زندگی در مبتلایان به اچ‌آی‌وی شود. **واژه کلیدی‌ها:** اچ‌آی‌وی، درمان پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی

Background: Evaluations indicate low levels of quality of life in people with HIV. Can Acceptance and Commitment Therapy improve quality of life for these patients? **Aims:** The aim of the present study was to investigate the effect of group therapy based on Acceptance and Commitment Therapy on enhancing quality of life in people with HIV. **Method:** The research method was experimental with pretest -posttest with control group and follow up design. The statistical population included 42 men with HIV in Alborz province who were volunteered to participate in this project in spring 98. Twenty patients were selected by random sampling and were divided into intervention and control groups ($n=10$ each). The intervention group participated in 12 weekly intervention sessions. The sessions were based on the Einberg (2016) Package. The McGill Quality of Life Questionnaire (Cohen et al, 1995) was administered in two groups. Mixed ANOVA was performed to evaluate the results. **Results:** The results showed that the effect of group therapy based on Acceptance and Commitment Therapy on increasing quality of life ($p= 0/029$) was significant. The results were also significant in the physical ($p= 0/024$) and psychological ($p= 0/007$) subscales. But in the subscales of general attitude ($p= 0/12$), existential ($p= 0/067$) and support ($p= 0/055$) was not significant. **Conclusions:** As a result, using group therapy based on Acceptance and Commitment Therapy can improve the quality of life in people with HIV. **Key words:** HIV, Acceptance and commitment therapy, Quality of life

Corresponding Author: Yarahmadi.h64@gmail.com

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده دوم است.

^۱ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۱ Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

^۲ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Ph D Student in Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding author)

^۳ دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ Associate Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

^۴ استادیار، گروه بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Infectious Disease, Alborz University of Medical Science, Alborz, Iran

مقدمه

انتظارات، استانداردها و دغدغه‌ها^۱ تعریف می‌کند. کیفیت زندگی دارای ابعاد گوناگون بوده و با عوامل مختلفی در ارتباط است. ویلسون و کلری (۱۹۹۵) ۵ بعد برای کیفیت زندگی شناسایی کردند. این ابعاد شامل بعد جسمانی، وضعیت نشانه‌ها، وضعیت کارکردی، ادراک سلامت کلی، و کیفیت زندگی کلی است. اغلب ارزیابی‌ها در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی حاکی از سطح پایین کیفیت زندگی در این افراد بود (نیکولاس، کرکسی، کورلس و کمپاین، ۲۰۰۵؛ منگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ هولزمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ ماینرز و همکاران، ۲۰۱۴؛ نیاماتی و همکاران، ۲۰۱۷)، درحالی‌که برخی پژوهش‌ها کیفیت زندگی مشابه با سایر جمعیت‌های بیمار و جمعیت عادی گزارش می‌کنند (الاگونجو، اگوندیپ، الاگونجو و ادیمی، ۲۰۱۳؛ گئورگ، برگین، کلارک، کورتنی و کود، ۲۰۱۶) که این تفاوت حاصل عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و یا تغییر در نگرش بیمار، تعدیل معیارها و بازتعریف کیفیت زندگی است (لی و راپکین، ۲۰۰۹). برخی پژوهش‌ها گزارش می‌دهند که وضعیت پزشکی و جسمانی پیش‌بینی مناسبی از کیفیت زندگی ارائه نمی‌دهد و بر لزوم توجه به ابعاد روانشناختی و اجتماعی تأکید دارند (ماینرز و همکاران، ۲۰۱۴؛ توماس، ۲۰۱۷).

همانگونه که مطالعات فوق نشان می‌دهند این بیماران دچار مشکلات روانشناختی بوده و از نظر کیفیت زندگی در سطح پایینی هستند. درحالی‌که کیفیت زندگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر رفتارها و نگرش این بیماران برای سازگاری بهتر با وضعیت خود است. بنابراین اجرای مداخلات متناسب برای این جامعه با هدف ارتقاء کیفیت زندگی آنها از اهمیت برخوردار است. اجرای مداخلات متمرکز بر مسائل روانی سبب ارتقاء کیفیت زندگی شده (لیندایانی، کوهن، وانگ و کو، ۲۰۱۷) و مطالعات نشان‌دهنده کارآیی مداخلات گروهی کوچک در بهبود و ارتقاء روان‌درستی و کیفیت زندگی این بیماران است (کلی و همکاران، ۱۹۹۳). اما اغلب مداخلات موجود در ادبیات پژوهشی شامل پیشگیری نخستین با هدف محدود کردن شیوع بیماری بوده و مدل‌های اندکی برای هدایت مداخلات ارتقاء دهنده کیفیت زندگی این جامعه وجود دارد که چنین کمبودی قابل توجه است (هکمن، ۲۰۰۳).

درمان پذیرش و تعهد (اکت)^۳ یکی از درمان‌هایی است که

اچ‌آی‌وی حروف اختصاری ویروس نقص ایمنی انسانی^۱ است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، بیمار اچ‌آی‌وی به شخصی گفته می‌شود که مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی شده است، فارغ از مرحله بیماری (که شامل مرحله ۴ بیماری یا همان ایدز نیز می‌شود) و این ابتلا از طریق آزمایشگاه براساس معیارهای آن کشور مورد تأیید قرار گرفته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). براساس برآوردها در سال ۲۰۱۷ حدود ۳۶/۹ میلیون نفر در سرتاسر جهان با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند. در همین سال حدود ۱/۸ میلیون فرد جدید به این بیماری مبتلا شده‌اند (برنامه مشترک ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی / ایدز^۲، ۲۰۱۸). تعداد کل مبتلایان در سال ۲۰۱۷ در ایران ۵۹۵۳۱ نفر اعلام شده که از این میان ۴۳۹۶۴ نفر مرد و ۱۵۵۶۸ نفر زن (نسبت ۳ به ۱) بودند. تعداد موارد جدید ابتلا به اچ‌آی‌وی در همین سال در ایران ۴۶۶۱ نفر اعلام شده که از این میان ۳۴۵۰ نفر مرد و ۱۲۱۱ نفر زن بوده‌اند (وزارت بهداشت، ۲۰۱۷). با ظهور درمان ضد ویروس این بیماران زندگی طولانی‌تری دارند. با اینحال زندگی کردن با اچ‌آی‌وی همچنان سرشار از کشاکش است. بسیاری از این افراد با مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب (کروس و همکاران، ۲۰۰۰)، افسردگی (پترسون، هاناس، هنکوک، باهانا و گاوندر، ۲۰۱۴)، انگ به خود (سویانتی، کلیات و دولیما، ۲۰۱۸)، رفتارهای پرخطر (گروندسکی، ۲۰۱۶)، فقدان (سیکما و همکاران، ۲۰۰۶)، و مصرف مواد (ویمبرلی، انگستورم، لاید و مک‌کی، ۲۰۱۸) دست به گریبان هستند و غالباً امید زیادی برای زندگی و آینده ندارند (کاتکلیف و زینک، ۲۰۱۱). با درنظر گرفتن میزان شیوع بیماری در سطح جهانی و شیوع بالای آشننگی‌های روانی در این جامعه اجرای مداخلات روانشناختی و یافتن مداخلات اثربخش در میان آن‌ها ضروری بنظر می‌رسد.

مطالعات در مورد کیفیت زندگی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی اطلاعات مهمی درباره اثرات قابل توجه و ویرانگر بیماری بر کیفیت زندگی فرد مبتلا فراهم می‌کند (کمپاین، ۲۰۰۱). سازمان بهداشت جهانی (استیونس، گوئررو، گرین و جیسون، ۲۰۱۸) کیفیت زندگی را به عنوان "برداشت فرد از جایگاه خود در زندگی در بافتار فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف،

3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

1. Human immunodeficiency virus (HIV)

2. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

بر کیفیت زندگی بیماران اچ‌آی‌وی انجام شده است و در ایران پژوهشی در این زمینه یافت نشد.

همانطور که اشاره شد بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به جمعیت عادی و سایر بیماران هستند. درمان پذیرش و تعهد بصورت نظری اثربخشی خود را در کار با جمعیت‌های بیمار مزمن و حاد نشان داده است. اما این تأثیر و تعیین میزان آن نیازمند بررسی دقیق آزمایشی است. بنابراین در پژوهش حاضر به این سؤال پرداخته خواهد شد که آیا درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی تأثیرگذار است؟ فرضیه پژوهش عبارت بود از:

گروه‌درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش اجرا از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود.

جامعه آماری شامل کلیه بیماران مرد مبتلا به اچ‌آی‌وی استان البرز می‌شود که تا بهار ۹۸ در باشگاه‌های مثبت ثبت شده، دارای شرایط شمول در طرح بوده و داوطلب شرکت در این طرح بودند. تعداد جامعه ۴۲ تن بود که از این میان ۲۰ تن با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ تن) و گواه (۱۰ تن) قرار گرفتند. معیارهای شمول در طرح به این قرار بود:

۱. سن بالای ۱۸ و کمتر از ۵۵ سال، ۲. تمایل به شرکت در پژوهش،
۳. داشتن وضعیت جسمانی مساعد برای شرکت در جلسات گروهی،
۴. طول مدت تشخیص بیش از ۱ سال، ۵. عدم مشکل در صحبت کردن یا شنیدن، ۶. نداشتن ایده خودکشی، ۷. عدم مصرف مواد غیرقانونی، و ۸. تعداد CD4 بالاتر از ۲۰۰ زیرا با کاهش این سلول‌های که نوعی از گلبول‌های سفید در دستگاه ایمنی بدن هستند، بیمار نیازمند استفاده از داروهای خاص خواهد بود و این داروها بر عملکردهای شناختی فرد تأثیر قابل توجهی خواهند داشت).

گروه‌درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد شامل ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی بود. بسته درمانی در قالب ۳ فاز اصلی ناامیدی‌سازنده، تمایل و گسلش شناختی، و ارزش‌ها و عمل‌متعهدانه

ادبیات پژوهشی در کار با جمعیت مبتلایان به بیماری مزمن و حاد به آن توجه دارد. پایه‌های اصلی این رویکرد یعنی ذهن‌آگاهی^۱ و پذیرش تأثیر خود را بر روان‌درستی اثبات کرده‌اند. افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در حال کشمکش با ابعاد بیماری خود از افکار، هیجانات و فعالیت‌هایی اجتناب می‌کنند که این امر سبب مختل شدن حرکت آنها به سمت اهداف و زندگی مطابق با ارزش‌هایشان می‌شود (دلانی و ابرین، ۲۰۱۲). بنابر نتایج پژوهش‌ها، استفاده از فرآیندهای ذهن-آگاهی با کاستن از اجتناب تجربی می‌تواند سبب بهبود روان‌درستی و کیفیت زندگی (گونزالز، سولومون، زولنسکی و میلر، ۲۰۰۹) و احساس مثبت، امید، و خوش‌بینی شود (مالینوفسکی و لیم، ۲۰۱۵). همچنین میان پذیرش با سازگاری، کیفیت زندگی و روان‌درستی بالاتر در مبتلایان به اچ‌آی‌وی ارتباط وجود دارد (دلانی و ابرین، ۲۰۱۲). پذیرش نقطه مقابل ناامیدی است، و با شکل‌های سازگارانه‌تر امید در بیماران در ارتباط است (ساش، کولو، پسین، روزنفیلد و بریتبارت، ۲۰۱۲). اگرچه پذیرش دارای مزایای بالقوه زیادی برای افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی است، اما دستیابی به آن ممکن است برای این جمعیت دشوار باشد (دلانی و ابرین، ۲۰۱۲).

درمان پذیرش و تعهد اثربخشی خود بر بهبود کیفیت زندگی را در کار با زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی (جوزفسون، ۲۰۱۲)، بیماران ام‌اس (شاکرنژاد و همکاران، ۱۳۹۶)، بیماران دیالیزی (دهقانی، ۱۳۹۵)، بیماران مبتلا به صرع (لاندرگن، دال، یاردی و ملین، ۲۰۰۸؛ دوهارست، نواکا و رابر، ۲۰۱۵) مبتلا به فیبروم (ویکسل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لوسیانو و همکاران، ۲۰۱۴)، سرطان (گراهاما، ۲۰۱۶) و دچار درد مزمن (هربرت و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویهوف، اوسکام، شرورز و بولمیجر، ۲۰۱۱) نشان داده و نتایج فراتحلیل‌ها نیز از تأثیر روی آوردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش بر کیفیت زندگی خبر می‌دهند (ای‌تی‌جک و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین بررسی کیفی اثر مداخله رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی نشان می‌دهد که این درمان در کشاکش با روش تفکر مرسوم آنها درباره بیماری و رابطه با زندگی کلی مؤثر است (مویترا، هربرت و فورمن، ۲۰۱۱). درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به ویژه برای بیماری‌های تهدیدکننده زندگی قابل توجه باشد (لو و همکاران، ۲۰۱۶). با این وجود پژوهش‌های بسیار محدودی در مورد تأثیر این روی آورد

^۱. Mindfulness

برخوردار است.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس مختلط با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفت.

در مجموع ۲۰ آزمودنی (۱۰ تن در گروه آزمایش و ۱۰ تن در گروه گواه) در طرح مشارکت داشتند که میانگین سن آنها ۳۶/۶۵ با حداقل سن ۲۷ و حداکثر سن ۴۸ سال است. همچنین میانگین مدت تشخیص بیماری ۵/۸۵ با حداقل ۲ و حداکثر ۱۲ سال بود. از مجموع ۲۰ آزمونی شرکت‌کننده در پژوهش ۶ مورد متأهل، ۵ مورد مجرد، ۷ مورد جداشده و ۲ مورد همسر از دست داده بودند. ۱۰ مورد فاقد فرزند، ۲ مورد دارای یک فرزند، ۸ مورد دارای بیش از یک فرزند بود. ۷ تن از آزمودنی‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم و ۱۳ تن دارای دیپلم بودند. میزان درآمد ۵ مورد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان، ۸ مورد بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان و ۷ مورد بین ۱ تا ۲ میلیون تومان اعلام شد. ۵ مورد از آزمودنی‌ها دارای بیماری جسمانی همبود و ۱۵ مورد فاقد بیماری دیگری بودند. همچنین عامل انتقال بیماری در ۳ مورد از شرکت‌کنندگان تریق مشترک و در ۱۷ مورد رابطه جنسی محافظت نشده اعلام شد.

اجرا شد که هر فاز ۴ جلسه را به خود اختصاص می‌داد. بسته درمان از بسته پیشنهادی الینبرگ (۲۰۱۶) با عنوان گروه درمانگری پذیرش و تعهد برای اضطراب سلامت شدید اخذ شد که با توجه به شرایط بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی تعداد جلسات آن به ۱۲ جلسه افزایش یافته، مناسب‌سازی شده و به تأیید اساتید صاحب صلاحیت رسید.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌گیل دارای ۱۶ بعلاوه یک ماده واحد با هدف اندازه‌گیری کیفیت زندگی کلی است و ۴ بعد جسمانی، روانشناختی، وجودی و حمایت را اندازه‌گیری می‌کند. این ابزار توسط کوهن و همکاران (۱۹۹۵) ارائه و ابزاری مناسب برای بیماران مبتلا به بیماری تهدیدکننده زندگی اعلام شد. کوهن و همکاران (۲۰۱۷) این ابزار را مورد تجدید نظر قرار دادند و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بدست آوردند. محمدخانی و همکاران (۲۰۱۶) ابعاد روانسنجی این پرسشنامه را در ایران مورد بررسی قرار داده و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس جسمانی ۰/۵۸، روانشناختی ۰/۸۵، وجودی ۰/۸۸ و حمایت ۰/۸۰ بدست آوردند. دامنه زمانی بررسی این ابزار ۲ روز می‌باشد. در هر ماده نمره‌گذاری از ۰ تا ۱۰ وجود دارد و پاسخگو بر حسب ماده پاسخ مورد نظر خود را روی این طیف مشخص می‌کند. هرچه میزان نمره کل فرد بالاتر باشد، از کیفیت زندگی بالاتری

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیر کیفیت زندگی

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش گواه	۱۰	۷۴/۸	۲۸/۵۵۷	۱۱۰/۶	۱۴/۶۲۳
		۷۶/۲	۲۳/۹۷۱	۸۰/۱	۱۸/۷۲۹

زندگی در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری برقرار است ($p > 0.05$). نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس خطای متغیر وابسته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس خطا در میان گروه‌ها برقرار است ($p > 0.05$). نتایج آزمون باکس به منظور بررسی مفروضه همگنی کواریانس‌ها نشان می‌دهد که این مفروضه برقرار نیست ($p < 0.001$). اما با توجه به برابر بودن تعداد آزمودنی‌ها در دو گروه می‌توان از این مفروضه صرف‌نظر کرد. براساس نتایج بدست آمده از آزمون موچلی مفروضه کرویت (یکسانی واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها) برقرار نبود ($P < 0.001$). لذا جهت

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی در سه دوره زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری خلاصه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود بین میانگین ۲ گروه در پیش‌آزمون تفاوت قابل توجهی وجود ندارد. این تفاوت در پس‌آزمون و پیگیری مشهود است.

به منظور تحلیل تفاوت موجود و بررسی معناداری این تفاوت از روش تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. پیش از اجرای آزمون، برقرار بودن مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. آزمون شاپیرو - ویلک نشان می‌دهد که مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر کیفیت

منظور بررسی فرضیه پژوهش، در ادامه ابتدا نتایج آزمون چندمتغیره ارائه خواهد شد.

تعدیل F با استفاده از تصحیح درجه آزادی، و با توجه به مقدار اسپیلون کمتر از ۰/۷۵ از آزمون گرینهوس و کیسر استفاده شد. به

متغیر	عامل	ویلکس لامبدا	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	عامل زمان	۰/۵۴۶	۷/۰۵۶	۲	۱۷	۰/۰۰۶	۰/۴۵۴
	عامل زمان*گروه	۰/۶۰۷	۵/۵۱۱	۲	۱۷	۰/۰۱۴	۰/۳۹۳

نتیجه گرفت که مداخله پژوهش منجر به افزایش معنادار سطح کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است. با توجه به این نتایج، فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود نتایج برای عامل زمان و همچنین تعامل بین زمان و گروه معنادار است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در مجموع سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان

متغیر	منبع	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	درون‌گروهی	عامل زمان	۴۲۳۹/۶۳۳	۲	۲۱۱۹/۸۱۷	۱۰/۷۵۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷۴
		عامل زمان*گروه	۳۳۵۷/۰۳۳	۲	۱۶۷۸/۵۱۷	۸/۵۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۱
	خطا	۷۰۹۶/۶۶۷	۳۶	۱۹۷/۱۳		-	-	
بین‌گروهی	گروه	۴۶۲۸/۸۱۷	۱	۴۶۲۸/۸۱۷	۵/۶۴۶	۰/۰۲۹	۰/۲۳۹	
	خطا	۱۴۷۵۶/۸۳۳	۱۸	۸۱۹/۸۲۴		-	-	

مقیاس‌های متغیر کیفیت زندگی را خلاصه نموده است.

در ادامه به بررسی نتایج مربوط به خرده‌مقیاس‌ها خواهیم پرداخت. در ابتدا جدول ۴ نتایج آزمون چندمتغیره برای خرده

متغیر	عامل	ویلکس لامبدا	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	اندازه اثر
نگرش کلی	عامل زمان	۰/۶۵۹	۴/۳۹۸	۲	۱۷	۰/۰۲۹	۰/۳۴۱
	عامل زمان*گروه	۰/۷۳۶	۳/۰۴۳	۲	۱۷	۰/۰۷۴	۰/۲۶۴
بعد جسمانی	عامل زمان	۰/۶۳	۴/۹۸۴	۲	۱۷	۰/۰۲	۰/۳۷
	عامل زمان*گروه	۰/۷۴۸	۲/۸۶۳	۲	۱۷	۰/۰۸۵	۰/۲۵۲
بعد روانی	عامل زمان	۰/۷۱	۳/۴۷۲	۲	۱۷	۰/۰۵۴	۰/۲۹
	عامل زمان*گروه	۰/۵۹۹	۵/۶۸۱	۲	۱۷	۰/۰۱۳	۰/۴۰۱
بعد وجودی	عامل زمان	۰/۵۵۹	۶/۷۰۲	۲	۱۷	۰/۰۰۷	۰/۴۴۱
	عامل زمان*گروه	۰/۷۴۲	۲/۹۵۴	۲	۱۷	۰/۰۷۹	۰/۲۵۸
بعد حمایت	عامل زمان	۰/۷۰۲	۳/۶۱۳	۲	۱۷	۰/۰۴۹	۰/۲۹۸
	عامل زمان*گروه	۰/۵۹۶	۵/۷۶۳	۲	۱۷	۰/۰۱۲	۰/۴۰۴

آزمون درون‌گروهی - بین‌گروهی خلاصه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که نتایج برای خرده‌مقیاس‌های بعد جسمانی (F=۹/۳۷۷، P=۰/۰۰۷) و بعد روانشناختی (F=۶/۱۰۵، P=۰/۰۲۴) معنادار بود. اما در خرده‌مقیاس‌های نگرش کلی به کیفیت زندگی (F=۳/۸۰۱، P=۰/۰۶۷) بعد وجودی (F=۴/۲۱۱، P=۰/۰۵۵) سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ به دست آمد.

آزمون درون‌گروهی - بین‌گروهی خلاصه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که نتایج برای خرده‌مقیاس‌های بعد جسمانی (F=۹/۳۷۷، P=۰/۰۰۷) و بعد روانشناختی (F=۶/۱۰۵، P=۰/۰۲۴) معنادار بود. اما در خرده‌مقیاس‌های نگرش کلی به کیفیت زندگی

جدول ۵. آزمون‌های درون گروهی و بین گروهی برای خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی

متغیر	منبع	عامل	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
نگرش کلی	درون گروهی	عامل زمان	۲۱/۷	۱/۱۰۶	۱۹/۶۲۳	۸/۷۷۱	۰/۰۰۶	۰/۳۲۸
		عامل زمان* گروه	۱۰/۴۳۳	۱/۱۰۶	۹/۴۳۵	۴/۲۱۷	۰/۰۵	۰/۱۹
		خطا	۴۴/۵۳۳	۱۹/۹۰۵	۲/۲۳۷	-	-	-
جسمانی	بین گروهی	گروه	۱۴/۰۱۷	۱	۱۴/۰۱۷	۲/۶۵۷	۰/۱۲	۰/۱۲۹
		خطا	۹۴/۹۶۷	۱۸	۵/۲۷۶	-	-	-
		عامل زمان	۲۵۰/۱۳۳	۱/۲۱۴	۲۰۵/۹۹	۷/۲۶	۰/۰۱	۰/۲۸۷
روانی	درون گروهی	عامل زمان* گروه	۱۸۸/۴	۱/۲۱۴	۱۵۵/۱۵۲	۵/۴۶۹	۰/۰۲۳	۰/۲۳۳
		خطا	۶۲۰/۱۳۳	۲۱/۸۵۷	۲۸/۳۷۲	-	-	-
		گروه	۲۹۰/۴	۱	۲۹۰/۴	۶/۱۰۵	۰/۰۲۴	۰/۲۵۳
وجودی	بین گروهی	خطا	۸۵۶/۲۶۷	۱۸	۴۷/۵۷	-	-	-
		عامل زمان	۱۳۴/۴۳۳	۱/۰۲۳	۱۳۱/۳۸۴	۷/۲۳۳	۰/۰۱۴	۰/۲۸۷
		عامل زمان* گروه	۱۵۷/۰۳۳	۱/۰۲۳	۱۵۳/۴۷۲	۸/۴۴۹	۰/۰۰۹	۰/۳۱۹
حمایت	درون گروهی	خطا	۳۳۴/۵۳۳	۱۸/۴۱۸	۱۸/۱۶۴	-	-	-
		گروه	۴۴۸/۲۶۷	۱	۴۴۸/۲۶۷	۹/۳۷۷	۰/۰۰۷	۰/۳۴۳
		خطا	۸۶۰/۴۶۷	۱۸	۴۷/۸۰۴	-	-	-
بین گروهی	درون گروهی	عامل زمان	۵۰۲/۲۳۳	۱/۰۲۶	۴۸۹/۷۳۴	۱۱/۱۴۴	۰/۰۰۳	۰/۳۸۲
		عامل زمان* گروه	۲۶۷/۲۳۳	۱/۰۲۶	۲۶۰/۵۸۲	۵/۹۳	۰/۰۲۵	۰/۲۴۸
		خطا	۸۱۱/۲	۱۸/۴۵۹	۴۳/۹۴۵	-	-	-
بین گروهی	درون گروهی	گروه	۵۱۶/۲۶۷	۱	۵۱۶/۲۶۷	۳/۸۰۱	۰/۰۶۷	۰/۱۷۴
		خطا	۲۴۴۴/۸	۱۸	۱۳۵/۸۲۲	-	-	-
		عامل زمان	۱۹۵/۳	۱/۰۲۹	۱۸۹/۷۹۷	۷/۱۳۹	۰/۰۱۵	۰/۲۸۴
بین گروهی	درون گروهی	عامل زمان* گروه	۲۳۳/۶۳۳	۱/۰۲۹	۲۲۷/۰۵۱	۸/۵۴۱	۰/۰۰۹	۰/۳۲۲
		خطا	۴۹۲/۴	۱۸/۵۲۲	۲۶/۵۸۵	-	-	-
		گروه	۱۶۰/۰۶۷	۱	۱۶۰/۰۶۷	۴/۲۱۱	۰/۰۵۵	۰/۱۹
		خطا	۶۸۴/۲	۱۸	۳۸/۰۱۱	-	-	-

کلیات و دولیما (۲۰۱۸) و جوزفسون (۲۰۱۲) همسو بود.

در تبیین تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی باید اشاره نمود که درمان پذیرش و تعهد دارای راهبردهایی است که می‌تواند بر ابعاد گوناگون زندگی انسان تأثیر بگذارند و سمت و سوی تازه‌ای به زندگی او بدهند. برای مثال، دو وجه مهم درمان پذیرش و تعهد تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه هستند که سبب افزایش آگاهی فرد از خود و نیازهای فعلی می‌شود و این آگاهی به تداوم رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کمک می‌کند. هرچه فرد توجه بیش تری به خود در زمان حال داشته و بیشتر با خود در تماس باشد ارزیابی دقیق تری از وضعیت جسمانی و نیازهای خود در زمان حال خواهد داشت. خودمراقبتی با بهبود وضعیت جسمانی همراه خواهد بود (وایت و میلر، ۲۰۰۷). همچنین یکی از ابعاد چهارگانه

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که گروه درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی تأثیر معنادار دارد. همچنین مشخص شد که این تأثیر ۱ ماه پس از پایان جلسات درمانی نیز تداوم داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به اچ‌آی‌وی مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های فائزی‌پور، قبری‌پناه، سیدعلی نقی، حاجی عبدالهی و ولتاری (۲۰۱۶)، بستامی، گودرزی، دوران، دباغی و بستامی (۱۳۹۵)، فتحی احمدسرائی، نشاط‌دوست، منشئی و نادى (۱۳۹۵)، بهروز، بوالی، حیدری‌زاده و فرهادی (۱۳۹۵)، سویانتي،

که انگ یک‌یکی از ویژگی‌های بارز آن است با افزایش تعاملات اجتماعی همراه خواهد بود. افزایش تعاملات اجتماعی و دریافت حمایت‌های اجتماعی بر سطح امید این بیماران مؤثر است (یاداو، ۲۰۱۰). مداخلاتی که به افراد مبتلا در ایجاد پیوندهای اجتماعی نیرومندتر کمک کند می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی این افراد شود. بهبود کیفیت روابط اجتماعی با کیفیت زندگی و پیگیری درمان بهتر ارتباط دارد (ویل، ستار، شرینر و فیلیس، ۲۰۱۵). بنابراین تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش انگ به خود، اتخاذ نگرش غیرقضاوتی، پذیرش احساسات و افکار ناکارآمد و افزایش سطح اعتماد به خود در این بیماران به بهبود عملکرد اجتماعی و دریافت حمایت‌های بیش‌تر منجر خواهد شد.

از سوی دیگر بررسی، ارزیابی و گزینش ارزش‌ها از جمله بخش‌های مهم درمان پذیرش و تعهد به شمار می‌رود. در این رویکرد فرد ترغیب می‌شود تا با یافتن ارزش‌هایی که برآمده از عمق وجود خود باشد، نه صرفاً برآمده از معیارهای اجتماعی یا دیگران، جیتی برای زندگی خود یافته و با توسل به این ارزش‌ها انگیزه لازم برای اقدام کردن را بدست آورد. همچنین هدفگذاری در راستای این ارزش‌ها و تعهد به حرکت به سمت آنها به فرد احساس معناداری در زندگی خواهد داد. این معنایابی و معناخواهی با افزایش سطح امید ارتباط دارد (هدایتی و خضایی، ۲۰۱۴) و امید نیز با کیفیت زندگی ارتباط داشته (استیونس و مکاران، ۲۰۱۸؛ شیخ‌الاسلامی و رضانی، ۱۳۹۸؛ مدحی و نجفی، ۱۳۹۷) و همبستگی معناداری با تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران اچ‌آی‌وی دارد (یاداو، ۲۰۱۰).

بطور کل باید گفت که درمان پذیرش و تعهد با تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات خود، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و پذیرش، کمک به فرد در ارتباط با خود و زمان حال، و حمایت فرد در یافتن ارزش‌ها و اهداف و تعهد به عمل در راستای آنها سبب بهبود کیفیت زندگی وی خواهد شد.

در پایان بطور خلاصه باید اشاره کرد که با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در کار با بیماران اچ‌آی‌وی و نقش آن در کاهش رفتارهای پرخطر، مهار بیماری و پیگیری درمان می‌توان از این رویکرد با توجه به سهولت آموزش آن به متخصصان، تأثیر در مدت کوتاه و ماندگاری تأثیر در مراحل پیگیری برای بهبود کیفیت زندگی

هدفگذاری، مربوط به حوزه سلامت است. بنابراین هدف‌گذاری صحیح و همچنین تعهد نسبت به این اهداف با پیگیری بیشتر درمان و رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه بهبود وضعیت جسمانی همراه خواهد بود. این امر به احساس مهارگری بر وضعیت سلامتی منجر شده می‌تواند سطح کیفیت زندگی فرد را بهبود بخشد.

در نگاهی دیگر باید اشاره کرد که مبتلایان به اچ‌آی‌وی از نشانگان و مشکلات روانشناختی زیادی از جمله اضطراب، انگ و خودقضاوتی منفی رنج می‌برند که این عوامل بر نگرش آنها نسبت به خود، روان‌درستی و در نتیجه کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است. همانطور که در مقدمه اشاره شد درمان پذیرش و تعهد با دو هدف اساسی افزایش انعطاف روانشناختی و تغییر نوع رابطه فرد با افکار خود بر افزایش پذیرش تمرکز دارد. پذیرش افکار و احساسات موجود بجای تلاش برای اجتناب یا مهار آنها می‌تواند موجب بهبود وضعیت روانشناختی فرد و روان‌درستی او شود که این امر به نوبه خود سازگاری بیشتر با بیماری و بهبود کیفیت زندگی را به همراه خواهد داشت. افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و اتخاذ نگرش پذیرا نسبت به افکار و احساسات بر مدیریت بهتر تنیدگی و کاهش تنش روانی بر فرد تأثیرگذار است. انگ به خود که برآمده از انگ ناشی از بیماری است در جمعیت مبتلا به اچ‌آی‌وی شدت بالایی دارد. این انگ با کاهش حرمت خود، اعتماد به خود و امید همراه خواهد بود. از جمله مواردی که در درمان پذیرش و تعهد مورد توجه قرار می‌گیرد شفقت‌ورزی به خود^۱ است. شفقت‌ورزی به خود به معنای پذیرا بودن نسبت به تجارب و احساسات خود، مهربان بودن با خود و دیدگاه غیرقضاوتی داشتن به عدم کمال و کاستی‌های خود است و به افراد کمک می‌کند نگرش غیرقضاوتی نسبت به خود اتخاذ کنند، اهداف مطلوب خود در زندگی را شناسایی نمایند و اعتماد به خود لازم برای رسیدن به آن اهداف را در این افراد افزایش می‌دهد (یانگ، ژانگ و کو، ۲۰۱۶). بنابراین درمان پذیرش و تعهد می‌تواند با کاهش انگ به خود در ارتقاء روان‌درستی و کیفیت زندگی فرد مؤثر باشد. مداخله در راستای رفتارهای بهبود دهنده سلامت و تنیدگی می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی بیمار شود (آپهولد، هولمز، رید، فیتدلی و پارادا، ۲۰۰۷). اتخاذ نگرش غیرقضاوتی نسبت به خود و کاهش نگرانی نسبت به قضاوت‌های دیگران در این بیماری

^۱. Self - Compassion

مدحی، صغری و نجفی، محمود (۱۳۹۷). رابطه رواندرستی معنوی و امید با کیفیت زندگی و شادزیستی در سالمندان. *مجله علوم روانشناختی*،

۱۷(۶۵)، ۷۸-۹۳.

A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A.J., & Emmelkamp, P.M.G. (2015). A Meta-Analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.

Cohen, S.R., Mount, B.M., Strobel, M.G., & Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9, 207-219.

Cohen, S.R., Sawatzky, R., Russell, L.B., Shahidi, J., Heyland, D.K., & Gadermann, A.M. (2017). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. *Palliative Medicine*, 31(2), 120-129.

Cutcliffe, J.R., & Zink, K. (2011). Hope maintenance in people living long-term with HIV/AIDS. *Qualitative Research Journal*, 11(1), 34-50.

Cruess, D.G., Antoni, M.H., Schneiderman, N., Ironson, G., McCabe, P., Fernandez, J.B., Cruess, S.E., Klimas, N., & Kumar, M. (2000). Cognitive-Behavioral stress management increases free testosterone and decreases psychological distress in HIV-seropositive men. *Health Psychology*, 19(1), 12-20.

Delaney, E., & O'Brien, W.H. (2012). The association between acceptance and mental health while living with HIV. *Social Work in Mental Health*, 10, 253-266.

Dewhurst, E., Novakova, B., & Reuber, M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 46, 234-241.

Elinberg, T. (2016). Acceptance & Commitment Group Therapy (ACT-G) for severe health anxiety. *Danish Medical Journal*, 63(10), 1-21.

Faezipour, M., Ghanbaripana, A., Seyedalinaghi, S.A., Hajiabdolbaghi, M., & Voltarelli, F. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on reducing depression among people living with HIV/AIDS. *Journal of International Translational Medicine*, 6(3), 125-129.

George, S., Bergin, C., Clarke, S., Courtney, G., & Codd, M.B. (2016). Health-related quality of life and associated factors in people with HIV: An Irish cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 1-12. DOI 10.1186/s12955-016-0517-4

Gonzalez, A., Solomon, S.E., Zvolensky, M.J., & Miller, C.T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 403-413.

بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی استفاده کرد. علیرغم نتایج پژوهش مبتنی بر تأثیر معنادار درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی، تعمیم این نتیجه به کل این جامعه با محدودیت روبرو است. زیرا از یکسو این پژوهش بر بین بیماران مرد صورت گرفت و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی بین بیماران زن جهت بررسی تأثیر این درمان بر سطح کیفیت زندگی صورت گیرد. از سوی دیگر یکی از ملاک‌های حضور در این پژوهش تعداد CD4 بالاتر از ۲۰۰ بود. بنابراین تعمیم نتایج به سایر بیماران باید با احتیاط همراه باشد و لازم است پژوهش‌های دیگر، این بیماران را نیز شامل شود. همچنین داوطلبانه بودن مشارکت در پژوهش و ویژگی‌های خاص افراد داوطلب مشارکت در طرح‌های پژوهشی را نیز باید مد نظر قرار داد.

منابع

بستامی، مرتضی؛ گودرزی، ناصر؛ دوران، بهناز؛ دباغی، پرویز و بستامی، مصطفی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱۲، ۱۱۹-۱۲۵.

بهروز، بهروز؛ بوالی، فاطمه؛ حیدری‌زاده، نسرین و فرهادی، مهران (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله سلامت و بهداشت*، ۲، ۲۳۶-۲۵۳.

دهقانی، یوسف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۳۱)، ۱-۱۰.

شاکر نژاد، سپیده؛ مؤذن، نسرین؛ حمیدی، معصومه؛ هاشمی، رها؛ بزاززاده، نیلوفر و بدایقی، مظاهر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی، و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱، ۱-۱۱.

شیخ‌الاسلامی، علی و رضوانی، شکوفه (۱۳۹۸). اثربخشی امیددرمانگری گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۵)، ۳۱۷-۳۲۶.

فتحی احمدسرائی، نرگس؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ منشی، غلامرضا و نادری، محمدعلی (۱۳۹۵). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۴، ۳۱-۳۹.

- Epidemiology*, 62, 1138-1147.
- Lindayani, L., Chen, Y.C., Wang, J.D., & Ko, N.Y. (2017). Complex problems, care demands, and quality of life among people living with HIV in the antiretroviral era in Indonesia. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 29(2), 300-309.
- Low, J., Serfaty, M., Davis, S., Vickerstaff, V., Gola, A., Omar, R.Z., King, M., Tookman, A., John Austen, J., Turner, K., & Jones, L. (2016). Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT) study protocol for a feasibility randomized controlled trial. *Trials*, 11(77), 1-8.
- Luciano, J.V., Guallar, J.A., Aguado, J., Lopez-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallon, R., Alda, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M., & Garcia-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *PAIN*, 155(4), 693-702.
- Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 13, 102-108.
- Malinowski, P., & Lim, H.J. (2015). Mindfulness at work: Positive affect, hope, and optimism mediate the relationship between dispositional mindfulness, work engagement, and well-being. *Mindfulness*, 6, 1250-1262.
- Meng, Y.J., Li, N.X., Liu, C.J., Chen, J.H., Song, Y.C., & Qian, Z.S. (2008). Quality of life and hostile mentality trend of patients with HIV/AIDS in China. *Public Health*, 122, 404-411.
- Miners, A., Phillips, A., Kreif, N., Rodger, A., Speakman, A., Fisher, M., Anderson, J., Collins, S., Hart, G., Sherr, L., & Lampe, F.C. (2014). Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment a cross-sectional comparison with the general population. *Lancet HIV*, 1(1), 32-40.
- Mohammadkhani, P., Dobson, K.S., Abasi, I., Tamannaefar, M., & Azadmehr, H. (2016). Psychometric Properties of McGill Quality of Life Questionnaire in Recovered Iranian Depressed Patients. *Practice in Clinical Psychology*, 4(1), 3-8.
- Moitra, E., Herbert, J.D., & Forman, E.M. (2011). Acceptance-based behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care*, 23(12), 1660-1667.
- Nicholas, P.K., Kirksey, K.M., Corless, I.B., & Kempainen, J. (2005). Lipodystrophy and quality of life in HIV symptom management
- Adeyemi, J.D. (2013). A multi-dimensional assessment of quality of life among attendees of a West African HIV clinic and its use in tracking outcome. *HIV & AIDS Review*, 12, 63-67.
- Petersen, I., Hanass Hancock, J., Bhana, A., & Govender, K. (2014). A group-based counselling intervention for depression comorbid with HIV/AIDS using a task shifting approach in South Africa A
- Grahama, C.D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58.
- Grodensky, C., Golin, C., Parikh, M.A., Ochtera, R., Kincaid, C., Groves, J., Widman, L., Suchindran, C., McGirt, C., Amola, K., & Bradley-Bull, S. (2016). Does the quality of safetalk motivational interviewing counseling predict sexual behavior outcomes among people living with HIV. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 147-153.
- Heckman, T.G. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22(2), 140-147.
- Hedayati, M., & Khazaei, M. (2014). An Investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 598 – 601.
- Herbert, M.S., Afari, N., Robinson, J.B., Listvinsky, A., Bondi, M.W., & Wetherell, J.L. (2018). Neuropsychological functioning and treatment outcomes in Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *The Journal of Pain*, 19(8), 825-861.
- Holzemer, W.L., Human, S., Arudo, J., Rosa, M.E., Hamilton, M.J., Corless, I., Robinson, L., Nicholas, P.K., Wantland, D.J., Moezzi, S., Willard, S., Kirksey, K., Portillo, C., Sefcik, E., Rivero-Mendez, M., & Maryland, M. (2009). Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(3), 161-168.
- Josefson, L. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy for women affected by HIV, Pain and Sexual abuse: A pilot study in Sierra Leon*. unpublished dissertation, Department of psychology, Uppsala University.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G.R., Kalichman, S.C., Morgan, M.G., Stevenson, L.Y., Koob, J.J., Brasfield, T.L., & Bernstein, B.M. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679-1686.
- Kempainen, J.K. (2001). Predictors of quality of life in AIDS patients. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(1), 61-70.
- Li, Y., & Rapkin, B. (2009). Classification and regression tree uncovered hierarchy of psychosocial determinants underlying quality-of-life response shift in HIV/AIDS. *Journal of Clinical Issues. Applied Nursing Research*, 18, 55– 58.
- Nyamathi, A.M., Ekstrand, M., Yadav, K., Ramakrishna, P., Heylen, E., Carpenter, C., Wall, S., Oleskiewicz, T., Arab, L., & Sinha, S. (2017). Quality of life among women living with HIV in rural India. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(4), 575-586.
- Olagunju, A.T., Ogundipe, O.A., Olagunju, Y.O., &

- for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17, 599-611.
- White, W.L., & Miller, W.R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for change. *Couns*, 8(4), 12-30.
- Wilson, I.B., & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59-65.
- Wimberly, A.S., Engstrom, M., Layde, M., & McKay, J.R. (2018). A randomized trial of yoga for stress and substance use among people living with HIV in reentry. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 94, 97-104.
- World Health Organization. (2007). *WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children*. Retrieved from World Health Organization (WHO). Information website: www.who.int
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS a case study from Nepal. *Quality of Life Research*, 19, 157-166.
- Yang, Y., Zhang, M., & Kou, Y. (2016). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 98, 91-95.
- randomized controlled pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 158, 78-84
- Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, w. (2012). On sinking and swimming in the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice*, 30(2), 121-127.
- Secretariat of the National AIDS Working Group of the Ministry of Health and Medical Education. (2017). *Report on the Monitoring of AIDS in the Islamic Republic of Iran, on the Monitoring of the Declaration of Commitment adopted by the Special Assembly of the United Nations General Assembly on HIV / AIDS*. Retrieved from United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Information website: <http://www.unaids.org/>
- Thomas, R., Burger, R., Harper, A., Kanema, S., Mwenge, L., Vanqa, N., Bell-Mandla, N., Smith, P.C., Floyd, S., Bock, P., Ayles, H., Beyers, N., Donnell, D., Fidler, S., Hayes, R., & Hauck, K. (2017). *Differences in health-related quality of life between HIV-positive and HIV-negative people in Zambia and South Africa: a cross-sectional baseline survey of the HPTN 071 (PopART) trial*. *Lancet Glob Health*, 5, 1133-1141.
- Sikkema, K.J., Hansen, N.B., Ghebremichael, M., Kochman, A., Tarakeshwar, N., Meade, C.S., & Zhang, H. (2006). A Randomized Controlled Trial of a coping group intervention for adults with HIV who Are AIDS bereaved: Longitudinal effects on grief. *Health Psychology*, 25(5), 563-570.
- Stevens, E., Guerrero, M., Green, A., & Jason, L.A. (2018). Relationship of hope, sense of community, and quality of life. *Journal of Community Psychology*, 46(5), 567-574.
- Suyanti, T.S., Keliat, B.A., & Daulima, N.H.C. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enferm Clin*, 28, 98-101.
- UNAIDS. (2018). *report of the global AIDS epidemic*. Retrieved from United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Information website: <http://www.unaids.org/>
- Uphold, C.R., Holmes, W., Reid, K., Findley, K., & Parada, J.P. (2007). Healthy lifestyles and health-related quality of life among men living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(6), 54-66.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2011). *Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain*. *PAIN*, 152, 533-542.
- Webel, A.R., Sattar, A., Schreiner, N., & Philips, J.C. (2015). Social Resources, Health Promotion Behavior, and Quality of Life in Adults Living with HIV. *Applied Nursing Research*, 30, 204-209.
- Wicksell, R.K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., Ingvar, M., & Olsson, G.L. (2013). Acceptance and commitment therapy