



Comparison the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on resiliency and psychological well-being Individuals Diagnosed with HIV

Shiva Rezaei Ph.D Student

Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

Javad Khalatbari. Ph.D

Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Biuok Tajeri. Ph.D

Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Maryam Kalthornia Golkar. Ph.D

Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

The aim of this research was to compare the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on resiliency and psychological well-being of Individuals diagnosed with HIV. The method of this research was semi-experimental and included with pretest- posttest study with two experimental and one control groups. The statistical population included all the referrers to Tehran center of behavioral disorders in the period of Oct 2017 to Feb 2018 diagnosed with HIV positive. Afterward, 45 subjects selected voluntarily and randomly divided into 3 groups. One of the experimental groups underwent ACT for 8 Session of 120 minutes and another received 8 sessions of 120 minutes of CFT. The control group did not receive any intervention. To evaluate the participants, Connor and Davidson Resiliency (2003) and Ryff (1989) Psychological well-being scale were used. In order to analyze the data, descriptive statistics, and for deduce, Covariance analysis and Sidak follow-up tests were used. The results showed that both therapies positively affected the tolerance and psychological well-being of those suffering from HIV positive ($p < 0.05$). However, the effect on the tolerance variable of ACT was more noticeable, an effect that was not observed with such intensity in CFT ($p < 0.05$).

Keywords: acceptance and commitment therapy, compassion focuses therapy, resiliency, psychological well-being, HIV positive.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV

شیوا رضائی

گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبئی، امارات متحده عربی

جواد خلعتبری*

گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

بیوک تاجری

گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

مریم کلهر نیا گلکار

گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV صورت گرفت. این پژوهش نیمه‌آزمایشی و از جمله طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مبتلایان به HIV+ بود که در بازه زمانی مهر تا بهمن ۱۳۹۷ به مرکز بیماری‌های رفتاری تهران مراجعه کرده بودند. از جامعه مذکور ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر کدام ۱۵ نفر) جای گرفتند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای پذیرش و تعهد و گروه دیگر تحت ۸ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت (CFT) قرار گرفتند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای سنجش داوطلبان از پرسشنامه تاب‌آوری (Connor & Davidson (2003) و بهزیستی روان‌شناختی (Ryff (1989) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و برای استنباط آنها از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی سیداک استفاده گردید. یافته‌ها حاکی از آن بود که هر دو درمان می‌توانند بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV+ تأثیر بگذارند ($P < 0/05$)؛ با این حال در متغیر تاب‌آوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری داشته است که چنین تفاوتی در بهزیستی روان‌شناختی مشاهده نشد ($P < 0/05$).

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی،

تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی، HIV+.

مقدمه

شرایط نامطلوب واکنش بهتری نشان دهند تا بهزیستی روان‌شناختی خود را حفظ کنند (Arrivillaga, Arroyave & Salcedo, 2014). این امر بدان معناست که بهزیستی روان‌شناختی تلاشی برای کمال در تحقق توانایی‌های بالقوه فرد است که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، و تسلط بر محیط است (Pasandideh & Zare, 2016). به عبارت دیگر، بهزیستی روان‌شناختی به مفهومی اشاره دارد که به جای تمرکز بر بیماری و ضعف‌های انسان، بر توانایی‌ها و داشته‌های افراد تمرکز می‌کند (Compton, 2001) و این موضوع درست برخلاف روان‌شناسی گذشته است که بر هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی توجه داشت (Chapman & Dammeyer, 2017)؛ این امر با رضایت از زندگی و تعامل کارآمد و مؤثر با جهان در ارتباط است (Karademas, 2007). این امر بدان معناست که ابتلا به بیماری‌های مزمنی مثل HIV، بیماری‌های قلبی و دیگر مشکلات مزمن، علاوه بر سطح پایینی از تاب‌آوری، با سطح پایینی از بهزیستی روان‌شناختی نیز در ارتباطند (Mohammadkhani, Haddadi Kuhsar, Soleymani, Kordestani & Eatemadi & Seyd Ali Naghei, 2017; Ghamari, 2018). از این رو امروزه طیف زیادی از مداخلات روان‌شناختی بر متغیرهای تاب‌آوری (Seyyedjafari, Motamedi, Mehradsadr, Olamaie & Kopaei & Hashemian, 2017) و بهزیستی روان‌شناختی (Hosein Abadi, Taghvaeenia & Delavarizadeh, 2017; Pourshahryari & Zandipour, 2017) صورت می‌گیرد و تمام این مطالعات ارزشمندند؛ اما با توجه به مشکلات روان‌شناختی‌ای که در زندگی مبتلایان به HIV وجود دارد (Skinta et al, 2015) نیاز به مطالعه روش‌های جدیدتر و مقایسه میزان اثربخشی آنها بر این دو متغیر در بین افراد دارای بیماری‌های مزمنی مثل HIV احساس می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) دو نوع از این مداخلات درمانی جدیدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی برخواسته از رفتار درمانگری موج سوم رفتار درمانی است که با استفاده از شش

نشانه‌های نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز (AIDS)، یک بیماری مزمن با مرگ و میر بالا و کاملاً متفاوت از سایر بیماری‌ها است که این بیماری عفونی بوده و عامل ایجاد آن ویروس HIV با شیوه انتقال از طریق تماس خون و منی است (Skinta, Lezama, Wells & Dilley, 2015). این بیماری یک چالش مهم بهداشتی است که با سرعت در حال گسترش است (Suyanti, Keliat & Daulima, 2018) و یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افرادی که با بیماری‌های مزمنی مثل HIV+ دست و پنجه نرم می‌کنند سطح بالایی از مشکلات روان‌شناختی و نقص در عملکرد را نشان می‌دهند (Keung Wong, Kwok & Kwan, 2007). مضاف بر این، عدم دانش کافی مشاوران و روان‌شناسان درباره این ویروس نیز می‌تواند با مشکلات روان‌شناختی مبتلایان به HIV در ارتباط باشد و در این شرایط مبتلایان به هنگام جلسات مشاوره ترس از ننگ (stigma) را نیز تجربه می‌کنند (Joe, Heard, Yurcisin, 2019). این موضوع در حالی است که ابتلا به HIV+ با تاب‌آوری (Betancourt, Meyers-Ohki, Stulac, Elizabeth Barrera, Mushashi et al, 2011) و بهزیستی روان‌شناختی (Xu, Yan, Duan, Wang, Rou et al, 2009) پایین نیز در ارتباط است.

تاریخچه مطالعه تاب‌آوری به دهه ۵۰ میلادی بر می‌گردد، زمانی که محققان با افرادی روبه رو شدند که در معرض انواعی از حوادث ناگوار قرار می‌گرفتند و با این حال تا حد زیادی عملکردهای خود را حفظ می‌کردند (Frantz, Hansen, Squires & Machalicek, 2018). تاب‌آوری در واقع توانایی سازگاری با عوامل تنش‌زا در مواجهه با مصیبت‌هاست (Haglund, Nestadt, Rigles, 2017; Cooper, Southwick & Charney, 2007) که به صورت یک مهارت قابل یادگیری است (Rutter, 2008) و سازوکارهای آن ارتباط بین درد و پیامدهای آن را تعدیل می‌کند (Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher & Bernard, 2008)؛ به عبارت دیگر، افراد تاب‌آور و سرسخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010). توانایی بیشتری در حل مشکلات داشته باشند (Betancourt et al, 2011) و به

همانطور که ذکر شد، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در طیف گسترده‌ای از مشکلات بالینی و غیر بالینی اثربخشند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش‌ها از اثربخشی این دو شیوه درمانی بر تاب‌آوری (Virginia, O'Hayer & Sama, 2018; Seyedjafari et al, 2017)، کیفیت زندگی (Luoma & Platt, 2015)، و بهزیستی روان‌شناختی (Mirzaei, 2018) افراد دارای بیماری‌های مزمن حمایت می‌کنند. با این حال جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد تا کنون مطالعه‌ای در مورد مقایسه این دو درمان در متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV صورت نگرفته است؛ بنابراین هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV است. فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از: (۱) بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV تفاوت وجود دارد. (۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV اثربخش است. (۳) درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV اثربخش است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش کاربردی و از جمله طرح‌های نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مبتلایان به HIV بود که در بازه زمانی مهر تا بهمن ۱۳۹۷ به مرکز بیماری‌های رفتاری تهران مراجعه کردند. از جامعه مذکور ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه دیگر تحت ۸ جلسه درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت (CFT) قرار گرفتند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات هر سه گروه

مؤلفه بنیادی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به ارمغان می‌آورد و جزء درمان‌های مبتنی بر توجه‌آگاهی (mindfulness) طبقه‌بندی می‌شود (Dousti, Ghodrati & Ebrahimi, 2019). این مدل بیشتر از آنکه به دنبال کاهش نشانه‌ها باشد، به دنبال ارتقای کیفیت زندگی و اجتناب نکردن افراد از تجارب درونی‌شان است (Hayes, 2004) که بر این اساس یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد رویارویی با افکار و هیجان‌های ناخوشایند به جای اجتناب از آنها، از شدت آزاردهندگی آنها می‌کاهد (Mohagheghi, Dousti & Jafari, 2016; Dousti, Gholami & Torabian, 2016; Dousti, Mohagheghi & Jafari, 2015). فرض اصلی در این درمان این است که بخش زیادی از پریشانی‌های روان‌شناختی اعم از احساس غم، اضطراب، ترس، خشم، جزء بهنجاری از تجربه انسان بودن است (Hayes & Strosahl, 2004)؛ بنابراین به جای تلاش مستقیم برای کاهش هیجانات و افکار آزارنده بر افزایش کارآمدی رفتار در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). با این حال با وجود حمایت‌های تجربی فراوان از کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طیف وسیعی از کارآزمایی‌های بالینی (Murrell & Wilson, 2002; Orsillo & Batten, 2005; Dousti, Hosseininia, Dousti & Dousti, 2021)، درمان متمرکز بر شفقت نیز یکی از درمان‌هایی است که امروزه توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است.

هرچند مؤلفه‌های درمان متمرکز بر شفقت در ابتدا توسط نَف مطرح شد و او آنها را توجه‌آگاهی، مهربانی با خود (Self-Kindness) و داشتن حس اشتراک با انسانیت (Sense of common humanity)، معرفی کرد (Neff, 2003) اما این گیلبرت بود که از این سازه‌ها در جلسات درمان استفاده کرد و CFT را مطرح ساخت (Gilbert, 2009). شفقت به خود یعنی ما هنگام مواجهه با سختی‌ها یا نارسایی‌های ادراک شده از خود مراقبت کنیم (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007) و این امر از ما در برابر فشارهای وارد شده مراقبت می‌کند که یافته‌ها از همبستگی این موضوع با بهزیستی روان‌شناختی حمایت می‌کنند (Ghadampour & Mansouri, 2018) و

رابطه‌ی نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.

پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی (psychological well-being scale): پرسشنامه‌ی Ryff (1989) یک مقیاس خودگزارشی است که بهزیستی روان‌شناختی افراد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال است که به ترتیب کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره آن ۹۰ است. شیوه‌ی نمره‌گذاری این ابزار لیکرت بود که شامل گزینه‌های به شدت مخالف = ۱ تا به شدت موافق = ۶ است. در مطالعه‌ی Ryff & Keyes (1995) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ و روایی ۰/۸۴ به دست آمد. این مقیاس در ایران توسط Bayani, Mohammad Koochekya & Bayani (2008) هنجاریابی شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ به دست آمد (Bayani et al, 2008). همچنین پایایی این ابزار در این پژوهش ۰/۸۳ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه چنینند: (۱) به طور کلی احساس می‌کنم مسئول شرایطی که در آن زندگی می‌کنم هستم و (۲) وقتی به کارهایی که در گذشته انجام داده‌ام یا در آینده امید به انجام آن دارم فکر می‌کنم احساس خوبی به من دست می‌دهد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد و برای استنباط آنها به دلیل تفاوت نمرات پیش‌آزمون‌ها و خنثی کردن آنها، از روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی سیداک و برای بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) استفاده شد. مداخلات صورت گرفته در جدول ۱ و ۲، به صورت هفتگی طی ۸ جلسه و در هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه صورت گرفته است. الگوی استفاده شده در مداخله ACT برگرفته از الگوی Skinta et al (2015) در مداخله با افراد مبتلا به HIV است. همچنین الگوی استفاده شده در مداخله CFT برگرفته از الگوی Neff & Germer (2013) است.

مجدداً مورد سنجش قرار گرفتند و نتایج مداخلات با یکدیگر مقایسه شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل ابتلا به HIV، دامنه سنی حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ سال، تحصیلات بالاتر از دیپلم، وضعیت تأهل مجرد و در نظر نگرفتن جنسیت بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه در مداخلات گروهی و یا عدم تمایل به همکاری در پژوهش بود. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به آزمودنی‌ها توضیحاتی درباره‌ی طرح پژوهش داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی تاب‌آوری (resiliency scale): پرسشنامه‌ی Conner & Davidson (2003) دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است. شیوه‌ی نمره‌گذاری این ابزار لیکرت بود که شامل گزینه‌های کاملاً نادرست = ۱ تا همیشه درست = ۵ است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه‌ی سؤالات را با هم جمع می‌کنید. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نقطه‌ی برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است؛ به عبارتی نمره‌ی بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. در مطالعه‌ی Conner & Davidson (2003) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ و روایی ۰/۸۱ به دست آمد. این مقیاس در ایران توسط Mohammadi (2005) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و Mohammadi (2005) نیز، ضریب پایایی ۰/۸۹ و روایی ۰/۸۱ را گزارش کرده است. همچنین پایایی این ابزار در این پژوهش ۰/۷۹ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه چنینند: (۱) وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم و (۲) حداقل یک نفر هست که

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | شرح جلسات مداخله با ACT |
|-------|---|
| اول | این جلسه به بررسی اصول ابتدایی ACT و برخی از تعلیمات و ساختار درمان گروهی می‌پردازد. تمرکز اصلی در این جلسه نشان دادن این موضوع است که استراتژی‌های کنترلی، خود بخشی از فرآیند مشکلند. در واقع کنترل حالات درونی (خجالت، ترس از شرم و ...) راه‌حل غیرمفیدی است و فرآیند ناامیدی خلاق نشان می‌دهد: ادامه رفتارهای گذشته، منجر به راه‌حل‌های ناکارآمد گذشته خواهد شد. |
| دوم | این جلسه اصول ACT و فرآیند مرکزی توجه‌آگاهی و پذیرش را بررسی و معرفی می‌کند. شرکت‌کنندگان تعدادی از تمرین‌های توجه‌آگاهی را انجام می‌دهند. در ادامه آنها برای مشاهده و ثبت آنچه که وجود دارد (ترس‌ها، افکار و احساسات خود در همان لحظه) تشویق می‌شوند. گفتگوی گروهی نیز به بررسی نحوه پنهان کردن افکار و احساسات اعضا در مورد افشا، اکتشاف یا اجتناب از صحبت درباره HIV شان طی تعاملات روزمره می‌پردازد. |
| سوم | این جلسه اهمیت گسلش (یعنی جدا کردن فرد از افکارش) را بررسی می‌کند. این کار شامل تغییر در زاویه دید و مهارت رفتاری و شناسایی افکار و احساسات درونی در زمان رخ دادن رویدادهای درونی فرد می‌شود. در ACT، به این موضوع با عنوان تغییر از «خود-به عنوان-محتوا» ("خود" دقیقاً مجموعه‌ای از رویدادهایی است که در ذهن من رخ می‌دهند و داستان‌هایی که در مورد خودم دارم) به «خود-به عنوان-زمینه» (در این لحظه، در این زمان، در این شرایط، ذهن من این فکر را ارائه می‌کند و من به صورت زمینه‌ای هستم که دارای این افکار و احساسات است) اشاره می‌شود. این جلسه شامل تمرین‌هایی با هدف نشان دادن نحوه ارتباط خودکار معنا به محتوا و برجسب‌های شفاهی زده شده توسط ذهن است که سعی داریم این چسبندگی‌ها را سست کنیم. |
| چهارم | این جلسه به بررسی اصل خود-به عنوان-زمینه در مقابله خود-به عنوان-محتوا می‌پردازد. این انعکاس تمرکز اصلی ACT بر کاهش ترکیب شناختی است. این موضوع زمانی است که هویت فرد با افکارش (افکاری مرتبط با HIV، مریض بودن، خجالت، یا موجودی سمی بودن) پیوند می‌خورد. در این جلسه به بررسی رفتارهای ارزشمند مورد بررسی توسط شرکت‌کنندگان، نحوه کارکرد پذیرش و توجه‌آگاهی برای هریک از مراجعان طی هفته گذشته و موانع ایجادشده در مسیر می‌پردازد. |
| پنجم | این جلسه به بررسی اهمیت تعهد می‌پردازد؛ یعنی بازگشت به رفتارهای ارزشمندی که اهمیت تعهد را نشان می‌دهد. در واقع تعهد به افراد آموزش می‌دهد که بدون تلاش برای کنترل یا متوقف کردن ترس از شرم و افکار مرتبط با HIV، به سمت ارزش‌های خود حرکت کنند. این جلسه شامل برخی آموزش‌های روان‌شناختی درباره نحوه کار کردن ذهن انسان به هنگام تجربه رویدادهای درونی ناخوشایند است. |
| ششم | این جلسه به بحث درباره آمادگی و لجبازی پرداخته می‌شود. به اعضا توضیح داده می‌شود آمادگی عبارت است از درک این موضوع که شما بخشی از جهانید. آمادگی ایفای نقش شماسست (بهترین شکلی که در این نقطه از زمان با آنچه در اختیار دارید، می‌توانید باشید). آمادگی به معنای تعهد به ایفای نقشتان در فرایند کیهانی است و به جهان اجازه دهید هر آنچه هست باشد، فارغ از هر اتفاقی که رخ می‌دهد. آمادگی، احساس فعال بودن تمام‌عیار در زندگی‌تان است. لجبازی یعنی قطع ارتباط با ذهن آگاه شما و خلاف آمادگی است. اگر آمادگی یعنی درک اینکه شما بخشی از زندگی هستید، لجبازی یعنی رد کردن حقیقت، امتناع از نقش داشتن در فرایند کیهانی یا انصراف از امید. لجبازی یعنی نه گفتن به زندگی، نه گفتن به حقیقت، و نه گفتن به آنچه هست. اگر لجبازی را تجربه کردید، ذهن خود را به پذیرش رادیکالی برگردانید. |
| هفتم | این جلسه با تمرکز بر توجه‌آگاهی و شفقت پیش می‌رود. جلسه خود را با یک تمرین پنج دقیقه‌ای توجه‌آگاهی آغاز کنید، سپس جلسه گذشته را مرور کنید. سپس به اعضا گفته می‌شود تصور کنید درست در لحظه‌ای که دنیا به شما پشت کرده است و بدترین شرایط را تجربه می‌کنید، به سراغ صمیمی‌ترین دوستان می‌روید و با او درد دل می‌کنید. او با لحنی تند با شما صحبت می‌کند یا علاقه‌ای به شنیدن حرف‌های شما ندارد. می‌گوید چقدر تو غر می‌زنی و دیگران وضعیتی بدتر از تو دارند. چه احساسی به شما دست می‌دهد؟ حال تصور کنید که دوستان با آغوشی باز پذیرای شماست، شما را در آغوش می‌گیرد و می‌گوید در این مسیر کنارتان هست و کمکتان خواهد کرد. حالا چه احساسی را تجربه می‌کنید؟ احتمالاً در حالت دوم شرایط خوشایندتری را تجربه خواهید کرد. واقعیت این است که ما می‌توانیم نقش همین فرد را برای خودمان بازی کنیم زیرا مهم‌ترین فرد زندگی هرکس، خودش است. |
| هشتم | جلسه هشتم کوتاه است و فرصت تفکر در مورد جلسه‌های پیشین، اطلاعات، درس‌های ارائه‌شده و گفتگو یا برنامه‌ریزی تغییرات برای آینده را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌دهد. شرکت‌کنندگان برای ارزشیابی کارآمدی مهارت‌های متفاوت آموخته‌شده تشویق می‌شوند. آنها تغییراتی را در نظر می‌گیرند که می‌تواند به بهترین شکل زندگی را در جهتی ارزشمند هدایت کند. |

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

| جلسه | شرح جلسات مداخله با CFT |
|-------|---|
| اول | در جلسه اول شرکت‌کنندگان به یکدیگر معرفی می‌شوند و هدف گروه به آنها اعلام می‌شود. به اعضا کمک می‌شود تا هنگام تجربه سختی‌ها، تفاوت رفتارشان با خودشان و رفتارشان با کسی که او را دوست دارند را تشخیص دهند. حال سه عنصر اصلی شفقت به اعضا آموزش داده می‌شود و طی آن اعضا به خود یادآوری می‌کنند، این یک تجربه دردناک است (توجه‌آگاهی)، رنج کشیدن بخشی از زندگی است (اصول مشترک بشری) و من باید با خود مهربان باشم (مهربانی با خود). این عبارت‌ها به فرد کمک می‌کند تا کمتر احساس انزوا نماید. اعضا یاد می‌گیرند از خود بپرسند، من به چه چیزی نیاز دارم و به این ترتیب اعتماد بیشتری به خود پیدا کنند. حال از آنها خواسته می‌شود تا انگشتشان را در نقطه‌ای از بدنشان که احساس آرامش بیشتری دارند فشار دهند و توجه‌آگاهی را تمرین کنند. ایده‌آل‌ترین حالت این است که طی این جلسه اعضا متوجه شوند که دیگر اعضا نیز از موضوع مشترکی رنج می‌برند. |
| دوم | در این جلسه ابتدا به اعضا آموزش داده می‌شود که ذهن انسان به طور طبیعی به مسائل گذشته و آینده می‌پردازد و در این جلسه ما یاد می‌گیریم که چطور ذهن خود را بر یک نقطه مانند تنفسمان متمرکز نماییم. در ادامه به اعضا آموزش داده می‌شود که شما نفس می‌کشید، پس زنده‌اید، قلب دارید، پس احساس دارید و درد می‌کشید به این معنی که انسانید با همه هیجان‌های انسانی. |
| سوم | در این جلسه تمرین مهربانی و مهرورزیدن به اعضا آموزش داده می‌شود. این تمرین شامل عباراتی چون من احساس امنیت می‌کنم و با خود مهربان هستم است. به اعضا یادآوری کنید زمانی که این عبارات را استفاده می‌کنند، ممکن است ذهنشان به آنها بگوید که چقدر در زندگی احساس ناامنی کرده‌اند. در ادامه به اعضا کمک کنید تا مهربانی را درونی‌سازی کنند تا زخم‌هایشان شروع به بهبود نمایند. |
| چهارم | در این جلسه تمرکز اصلی بر این است که چطور از تکرار صرف عبارت‌های مهرورزی فراتر رویم و به صورت طبیعی شفقت به خود را تمرین کنیم. قصد ما این است که درمانجویان به یک زبان شفیق دست پیدا کنند. زبان شفیق عباراتی چون می‌توانم خودم را ببخشم و خودم و دیگران را دوست دارم بیان می‌کند. تمرین‌های جدیدتر شامل لذت بردن از طبیعت، قدم زدن با احساس و غذا خوردن با مزه و آگاهی جسمی است.. |
| پنجم | در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی زندگی هر فرد که به زندگی او معنا می‌بخشد پرداخته می‌شود. اگر بدانیم واقعا چه چیزی برایمان مهم است، می‌توانیم با خود مهربان باشیم. این جلسه همچنین به ما کمک می‌کند که در صورت عدم تطابق زندگی مان با ارزش‌هایمان، چطور شفقت به خود را حفظ کنیم. |
| ششم | این جلسه به نحوه مدیریت احساسات و عواطف دشوار می‌پردازد. احساسات دارای اجزای فیزیکی و عاطفی، یعنی افکار و واکنش‌های جسمی‌اند. مدیریت عواطف دشوار از طریق دنبال کردن افکار، سخت‌تر از مدیریت آنها از طریق کشف عناصر آرام فیزیکی در بدن است. وقتی ما جایگاه عواطف را در بدن خود پیدا کنیم، عواطف دشوار در بدن ما تغییر می‌کنند. طی این مرحله می‌خواهیم روی عواطف دشوار نامگذاری کنیم، سپس با یک رویکرد مهربان جایگاه آنها را در بدن خود بیابیم. حال می‌خواهیم شفقت فیزیکی و روانی نسبت به خود داشته باشیم. این تمرین می‌تواند به هنگام احساس شرمندگی نیز مؤثر واقع شود، به طوری که جایگاه شرمندگی را در بدن خود مشخص کنیم و شروع به آرام کردن خود نماییم. |
| هفتم | این جلسه به تغییر روابط می‌پردازد و بیان می‌کند، تمام رابطه‌ها شامل درد می‌شوند. شفقت به خود می‌تواند اولین قدم در کاهش دردها و افزایش قدرت بخشش به خود و دیگران باشد. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که برای دردهایی که در شرایط دشوار زندگی تحمل کرده‌اند، از جملات و عبارات شفقت‌آمیزتری استفاده کنند. |
| هشتم | این جلسه به قبول و پذیرش زندگی می‌پردازد و تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد. با تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود، می‌توانیم تعصبات ذاتی خود را کم کنیم و بیشتر از زندگی لذت ببریم. |

یافته‌ها

مجرد و در نظر نگرفتن جنسیت است. جدول ۳ به بررسی

ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل دامنه سنی حداقل ۲۰ و همبستگی متغیرهای پژوهش با سن، جنسیت و میزان و حداکثر ۳۰ سال، تحصیلات بالاتر از دیپلم، وضعیت تأهل تحصیلات آموذنی‌ها می‌پردازد.

جدول ۳: همبستگی متغیرهای پژوهش با سن، جنسیت و میزان تحصیلات

| سن | تحصیلات | جنسیت | تاب‌آوری | بهزیستی روان‌شناختی |
|-------|---------|-------|----------|---------------------|
| ۱ | ۰/۲۸ | -۰/۳۵ | -۰/۳۰ | ۰/۲۱ |
| | ۰/۰۶ | ۰/۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۱۶ |
| ۰/۲۸ | ۱ | -۰/۱۷ | -۰/۳۶ | ۰/۳۲ |
| ۰/۰۶ | | -۰/۲۶ | ۰/۰۱ | ۰/۰۳ |
| -۰/۳۵ | -۰/۱۷ | ۱ | ۰/۳۳ | -۰/۲۶ |
| ۰/۰۱ | -۰/۲۶ | | ۰/۰۲ | ۰/۰۷ |
| -۰/۳۰ | -۰/۳۶ | ۰/۳۳ | ۱ | -۰/۰۸ |
| ۰/۰۴ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | | ۰/۵۶ |
| ۰/۲۱ | ۰/۳۲ | -۰/۲۶ | -۰/۰۸ | ۱ |
| ۰/۱۶ | ۰/۰۳ | ۰/۰۷ | ۰/۵۶ | |

برای بررسی رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همانطور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، رابطه معناداری بین تحصیلات، سن و جنسیت با تاب‌آوری، و تحصیلات با بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد ($P < 0/05$). جدول ۴ به بررسی معناداری کل مدل می‌پردازد.

جدول ۴: بررسی کوواریت متغیرهای پژوهش با سن، جنسیت و تحصیلات

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|---------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|
| تاب‌آوری | سن | ۱۶/۸۰۲ | ۱ | ۱۶/۸۰۲ | ۴/۴۵۹ | ۰/۰۴ |
| | تحصیلات | ۱/۶۹۹ | ۱ | ۱/۶۹۹ | ۵/۸۹۵ | ۰/۰۲ |
| | جنسیت | ۱/۰۷۵ | ۱ | ۱/۰۷۵ | ۴/۹۰۹ | ۰/۰۳ |
| بهزیستی روان‌شناختی | سن | ۶/۲۱۸ | ۱ | ۶/۲۱۸ | ۱/۶۵۰ | ۰/۲۰ |
| | تحصیلات | ۱/۴۰۷ | ۱ | ۱/۴۰۷ | ۴/۸۸۱ | ۰/۰۳ |
| | جنسیت | ۰/۶۶۹ | ۱ | ۰/۶۶۹ | ۳/۰۵۶ | ۰/۰۸ |

جدول ۵: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | ACT | | CFT | | گروه گواه |
|---------------------|---------|------------------|---------|------------------|-----------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| تاب‌آوری | ۵۴/۶۶ | ۳/۹۴ | ۵۰/۵۳ | ۷/۱۷ | پس‌آزمون |
| بهزیستی روان‌شناختی | ۴۶/۰۰ | ۳/۲۵ | ۴۶/۲۰ | ۲/۷۵ | پس‌آزمون |

جدول ۶: تحلیل کوواریانس چند متغیره

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | میزان اثر | توان آماری |
|--------------|--------------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|------------|
| پیش‌آزمون | تاب‌آوری | ۹۳۹/۷۷۴ | ۱ | ۹۳۹/۷۷۴ | ۵۸۳/۱۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۹۷ | ۱ |
| | بهبودی روان‌شناختی | ۳۲۴/۵۲۴ | ۱ | ۳۲۴/۵۲۴ | ۳۸۹/۴۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۴ | ۰/۹۹۰ |
| گروه | تاب‌آوری | ۶۶۵/۶۹۴ | ۲ | ۳۳۲/۸۴۷ | ۲۰۶/۵۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۹۷ | ۱ |
| | بهبودی روان‌شناختی | ۹۲۴/۰۰۹ | ۲ | ۴۶۲/۰۰۵ | ۵۵۴/۳۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۴ | ۰/۹۹۰ |

جدول ۷: مقایسه دو به دو گروه‌ها با آزمون تعقیبی سیداک

| متغیر وابسته | گروه (I) | گروه (J) | میانگین تفاوت I-J | سطح معناداری |
|--------------------|--------------|----------|-------------------|--------------|
| تاب‌آوری | پذیرش و تعهد | شفقت | ۴/۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پذیرش و تعهد | کنترل | ۱۱/۲۷ | ۰/۰۰۱ |
| | شفقت | کنترل | ۶/۳۶ | ۰/۰۰۱ |
| بهبودی روان‌شناختی | پذیرش و تعهد | شفقت | -۰/۲۹ | ۰/۷۹ |
| | پذیرش و تعهد | کنترل | ۱۰/۸۰ | ۰/۰۰۱ |
| | شفقت | کنترل | ۱۱/۱ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهبودی روان‌شناختی مبتلایان به HIV بود. نتیجه فرضیه اول نشان داد که درباره تغییر تاب‌آوری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر از درمان متمرکز بر شفقت است؛ اما در مورد بهبودی روان‌شناختی تفاوت معناداری بین این دو درمان مشاهده نمی‌شود (جدول ۶ و ۷). هرچند جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد تا کنون پژوهشی دقیقاً مشابه پژوهش حاضر صورت نگرفته است و نمی‌توان یافته‌های این پژوهش را به طور کامل با آن مقایسه کرد، اما یافته‌های این پژوهش از این حیث که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری و بهبودی روان‌شناختی مبتلایان به HIV شود با یافته‌های (Mirzaei, 2018) همسوست. همچنین این یافته‌ها از این حیث که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری شود، با یافته‌های (Seyedjafari et al, 2017).

یافته‌های جدول ۶ و ۷ حاکی از آن است که فرضیه ۱ پژوهش مبنی بر تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهبودی روان‌شناختی مبتلایان به HIV در خصوص متغیر تاب‌آوری تأیید می‌شود و درمان پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مبتلایان به HIV تأثیر بیشتری داشته است. با این حال، فرضیه ۱ درباره تغییر بهبودی روان‌شناختی تأیید نمی‌شود و بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود ($P < 0/05$). همچنین این یافته‌ها حاکی از آن است که فرضیه ۲ پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و بهبودی روان‌شناختی مبتلایان به HIV و فرضیه ۳ پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهبودی روان‌شناختی مبتلایان به HIV تأیید می‌شوند و هر دو درمان پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهبودی روان‌شناختی مبتلایان به HIV تأثیرگذار است ($P < 0/05$).

پذیرش و تعهد درمانی نیز اساساً درمانی است که مخالف تشخیص‌گذاری‌های بالینی است و تمرکز اساسی آن بالا بردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و غنی‌سازی زندگی کردن افراد است که این اهداف با متغیرهای این پژوهش همخوانی دارد. یکی از فرآیندهای مهم در پذیرش و تعهد درمانی، مؤلفه‌ای به نام توجه‌آگاهی است که به افراد کمک می‌کند تا از تجارب روانی خود آگاه باشند و به صورتی غیرتکانه‌ای و با آگاهی به آنها پاسخ دهند و تمرکز خود را به آنچه در حال حاضر در حال تجربه آن هستند، معطوف کنند. این موضوع به این دلیل که در چنین شرایطی افراد کمتر درگیر محتوای هیجانی خود می‌شوند می‌تواند چگونگی تأثیر این فرایند بر تاب‌آوری را توضیح دهد. همچنین درباره بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی نیز شرایط مشابهی حاکم است چنانچه امروزه به جای واژه سلامت روان از بهزیستی روان‌شناختی استفاده می‌شود و یکی از مفاهیم آن تمرکز بر آنچه که دارید، به جای تمرکز بر ضعف‌هاست که در این پژوهش افکار مربوط به بیماری HIV از جمله این موارد است که افراد را درگیر نگه داشته بود. بجز مؤلفه توجه‌آگاهی که در واقع این مؤلفه ترکیبی از چند فرآیند بنیادین پذیرش و تعهد درمانی است، می‌توان به پذیرش هم اشاره کرد. در واقع پذیرش به معنای عدم مبارزه با افکار، احساسات و هر آنچه که در کنترل مستقیم ما نیست، می‌باشد. این فرایند به افراد کمک کرد به جای تمرکز بر افکار و احساس‌های ناخوشایند حاصل از ابتلا به بیماری HIV بر چگونگی غنی‌سازی زندگی کردن خود تمرکز کنند که این فرآیند توأم با فرایندهای روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه صورت گرفت. طی این فرایندها به افراد کمک شد تا ارزش‌های زندگی خود را شناسایی کنند و متعهدانه در مسیر آنها قدم بگذارند. از سوی دیگر، فرآیند گسلس به این معنای است که افراد بتوانند کمی از باورهای سفت و سخت و خود قضاوت‌گری‌هایشان مربوط به ابتلا به HIV فاصله بگیرند و با نگاهی غیر قضاوت‌گرانه به خود و افکار و احساساتشان نگاه کنند. این امر شاید تبیین مناسبی برای چگونگی تأثیر این فرایند بر متغیرهای تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی باشد.

(Virginia et al (2018) و Shatté et al (2016) همسوست. از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش از حیث تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر بهزیستی روان‌شناختی با یافته‌های (Neff et al (2007) همسو بوده و از این حیث که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارند با یافته‌های Taghvaeenia & (2017), Delavarizadeh (2017), Hosein Abadi et al (2017) و Biddix et al (2015) همسوست. در تبیین این یافته که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر متغیر تاب‌آوری داشته است می‌توان گفت، یکی از اهداف اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این مفهوم به معنای برگشتن به لحظه حال و انجام دادن اقداماتی منطبق با ارزش‌هایمان با وجود رویدادها و عواطفی ناخوشایند است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به درمانجویان آموزش می‌دهد، انواعی از افکار و احساس‌های ناخوشایند طبیعی‌اند و می‌توانند بخشی از تجربه بهنجار هر انسانی باشند؛ اما این افکار و احساس‌ها نمی‌توانند مانع غنی‌سازی زندگی کردن ما شوند. طی فرآیند اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، محور اساسی بر این است که افراد بتوانند پذیرای تمام افکار و احساس‌های ناخوشایند حاصل از ابتلا به HIV خود شوند، آنها را به عنوان افکاری که وجود دارند بپذیرند و بر چگونگی ارزشمند زندگی کردن خود تمرکز کنند. این موضوعی است که در درمان متمرکز بر شفقت کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. مضاف بر این، نقش دنبال کردن ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پررنگ‌تر از درمان متمرکز بر شفقت است که این امر نیز، شاید تبیینی دیگر از چرایی تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مبتلایان به HIV باشد.

نتیجه فرضیه دوم نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV تأثیر دارد (جدول ۶ و ۷). این یافته از این حیث که درمان پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV تأثیرگذار است، با یافته‌های Mirzaei (2018) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هر دو متغیر مطرح شده از متغیرهای روان‌شناسی مثبت‌گرایند.

تجارب و محدودیت‌های انسانی بپذیرند و تغییراتی در خودصحتی‌های خود انجام دهند. افراد در گروه آموختند که چطور با خود مهربانتر باشند و از خودسرزنی‌های کمتری استفاده کنند. این امر نیز شاید تبیین مناسبی برای چگونگی این تأثیرگذاری بر متغیرهای پژوهش فراهم آورد.

این مطالعه مانند هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌هایی نیز هست؛ از جمله این محدودیت‌ها، نبود دوره پیگیری طولانی است که موجب می‌شود تا دیدگاه روشنی از میزان ماندگاری این دو درمان و یا اینکه در طولانی‌مدت کدام درمان مؤثرتر است وجود نداشته باشد. مضاف بر این، عدم انتخاب آزمودنی‌ها به صورت تصادفی، محدودیت دیگر این پژوهش است. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، این پژوهش را با دوره‌های طولانی‌تر پیگیری انجام دهند تا دیدگاه روشن‌تری نسبت به میزان پایداری این درمان‌ها و مقایسه آنها در طولانی‌مدت به دست آوریم. همچنین به متخصصان سلامت روان خصوصاً افرادی که در حوزه بیماری‌های رفتاری فعالیت می‌کنند، پیشنهاد می‌شود الگوهای مداخله‌ای در این پژوهش را در برنامه‌های درمانی خود مورد استفاده قرار دهند.

منابع

- Arrivillaga, M., Arroyave, BE., Salcedo JP. (2014). Resilience processes in women leading community based organizations providing HIV prevention services. *HIV AIDS Review*, 13(3), 85-9.
- Bayani, A A., Mohammad Koochekya, A., Bayani, A. (2008). Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 14 (2) :146-151. [Persian]
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S., Stulac, S. N., Elizabeth Barrera, A. E., Mushashi, C., & Beardslee, W. R. (2011). Nothing can defeat combined hands (Abashize hamwe ntakibananira): Protective processes and resilience in Rwandan children and families affected by HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 73(5), 693-701.
- Biddix, P., Martin, G., Kilgo, C. (2015). Exploring the Impact of Commuting to Campus on Psychological Well-Being. *New Directions for Student Services*, 150, 35-43.

نتیجه فرضیه سوم نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV تأثیر دارد (جدول ۶ و ۷). هرچند که جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد این پژوهش اولین پژوهشی است که تأثیر درمان متمرکز بر شفقت را بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV بررسی می‌کند و یافته‌ای برای مقایسه وجود ندارد، اما این یافته از حیث تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر بهزیستی روان‌شناختی با یافته‌های Neff et al (2007) همسو بوده و از این حیث که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارند با یافته‌های Taghvaeenia & Delavarizadeh (2017) و Biddix et al (2017)، Hosein Abadi et al (2017) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت نیز مانند پذیرش و تعهددرمانی مخالف تشخیص‌گذاری بالینی است و این متغیرها نیز همانطور که پیشتر توضیح داده شد، از متغیرهای روان‌شناسی مثبت‌گرایی سه اصل اساسی که در این درمان به مبتلایان به HIV آموزش داده شد، شامل توجه‌آگاهی، اصول مشترک بشری و مهربانی با خود است. مکانیزم تأثیرگذاری توجه‌آگاهی بر مبتلایان، درست به همان شکل است که برای پذیرش و تعهد درمانی نیز تبیین شد. در مورد اصل مشترک بشری باید گفت، طی این فرایند به مبتلایان آموزش داده شد که درد بخش جدایی‌ناپذیری از تجربه انسان بودن است. زمانی که افراد یاد گرفتند آنها تنها افرادی در زمین نیستند که درد می‌کشند، راحت‌تر توانستند با مشکل خود کنار بیایند. این موضوع شاید تبیین مناسبی برای چگونگی تأثیر این درمان بر تاب‌آوری باشد. مضاف بر این، افراد زمانی که چنین آگاهی‌ای را پیدا کردند، طی جلسات متعهد شدند که زین پس تمرکز بیشتری بر برنامه‌های اساسی زندگی خود بگذارند و شاید بتوان این موضوع را به نوعی مرتبط با متغیر بهزیستی روان‌شناختی دانست. از سوی دیگر، مؤلفه دیگر در درمان متمرکز بر شفقت، مهربانی با خود است چنانچه مبتلایان به HIV تصویر نامناسبی از خود دارند و به انواع مختلفی احساس شرم و خجالت می‌کنند. طی فرایند مهربانی با خود، آنها یاد گرفتند که خود را به عنوان یک انسان با همه

- Chapman, M., & Dammeyer, J. (2017). The Significance of Deaf Identity for Psychological Well-Being. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(2), 187-194.
- Compton, WC. (2001). Towards a tripartite factor structure of mental health: subjective well-being, personal growth, and religiosity. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 486-500.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale(CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Davydov, DM., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5): 479-95.
- Dousti, P., Ghodrati, G., Ebrahimi, ME. (2019). *Guide of group psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Faragir hegmataneh: Hamedan.
- Dousti, P., Gholami, S., Torabian, S. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Aggression among Students with Internet Addiction. *Journal of Health and Care*. Vol. 18, No. 1. P 63-72. [Persian]
- Dousti, P., Hosseininia, N., Dousti, S., Dousti, P. (2021). Online group therapy based on acceptance and commitment on body dysmorphic and fear of body image in overweight people. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, Vol. 10, No. 4. P 25-32. [Persian]
- Dousti, P., Mohagheghi, H., & Jafari, D. (2015). The effect of Acceptance and Commitment Therapy on the reduction of anxious thoughts in students. *Environment Conservation Journal*, 327-333.
- Frantz, R., Hansen, S., Squires, J., & Machalicek, W. (2018). Families as Partners: Supporting Family Resiliency through Early Intervention. *Infants and Young Children*, 31(1), P3-19.
- Gilbert, P. (2009). Introduction Compassion Focused Therapy. *Advance in psychiatric treatment*. 15(3). P: 199-208.
- Ghadampour, E. Mansouri, L. (2018). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Increasing Optimism and Self-compassion in Female Students with Generalized Anxiety Disorder, *Journal of Psychological Studies*, 14(1). 59-74. [Persian]
- Haglund, M. E., Nestadt, P. S., Cooper, N. S., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to - prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Dev Psychopathol*, 19, 889-920.
- Hayes, S. C. (2004) "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies", *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hosein Abadi, S., Pourshahryari, M., Zandipour, T. (2017). Effectiveness of positive psychology on psychological well-being of mothers of autistic children. *Journal of Exceptional Child Empowerment*. 8(1). 54-60. [Persian]
- Joe, J., Heard, N., & Yurcisin, K. (2019). Entering the Discomfort Zone: Counseling Trainees' Perspectives on Counseling Clients with HIV/AIDS. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 41(1), 1-14.
- Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43, 277-287.
- Keung Wong, D., Kwok, A., Kwan, J. (2007). Cognitive – Behavioral Treatment Groups for People with Chronic Physical Illness in Hong Kong: Reflections on a Culturally Attuned Model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3).
- Kordestani, D., Ghamari, A. (2018). Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular Patients and Normal Peopel. *Journal of Yafte*. 19 (5) :71-80. [Persian]
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Third Wave Behavioural Therapies*, 2, 97-101.
- Mohammadi, M. (2005). Investigating the factors affecting resilience in people at risk of substance

- abuse. PhD Thesis University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran.
- Mohammadkhani, S., Haddadi Kuhsar, A., Soleymani, H., Eatemadi, A., Seyd Ali Naghei, S. (2017). Prediction of resilience from cognitive emotion regulation in individuals with HIV infection. *Journal of Health Psychology*, 6(21). 104-115. [Persian]
- Mohagheghi, H., Dousti, P., Jafari, D. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction, generalized anxiety disorder, social phobia and health anxiety in students. *CLINICAL PSYCHOLOGY STUDIES*, 6(23): p 81-94. [Persian]
- Mirzaei, M. (2018). The effect of acceptance and commitment therapy on resilience and psychological well-being of HIV + patients. Master Thesis. Islamic Azad University of Hamadan Branch. [Persian]
- Murrell, A., Wilson, K. (2002). *Acceptance and Commitment Therapy Adapted for Children Working Version*. University of Mississippi.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. *Self and identity*, 2(2): p 85-101.
- Neff, K., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning & personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95-129.
- Pasandideh, M., Zare, L. (2016). An Analysis of well-being psychiatric aspects of tolerance and sense of humour between patients who suffer from coronary artery disease and healthy individuals. . *Journal of Health Psychology*, 5(20). 88-108. [Persian]
- Rigles, B. (2017). The Relationship between Adverse Childhood Events, Resiliency and Health among Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 187-202.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 716-727.
- Rutter, M. (2008). *Developing concepts in developmental psychopathology in Hudziak JJ, editor. Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Seyyedjafari, J., Motamedi, A., Mehradsadr, M., Olamaie Kopaei, M., Hashemian. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Resilience in Elderlies, *Journal of Aging Psychology*, 3(1). 21-29. [Persian]
- Shatté, A., Perlman, A., Smith, B., Lynch, W. (2016). The Positive Effect of Resilience on Stress and Business Outcomes in Difficult Work Environments. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 59(2).
- Smith, BW., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Skinta, M., Lezama, M., Wells, G., Dilley, J. (2015). Acceptance and Compassion-Based Group Therapy to Reduce HIV Stigma, *Cognitive and Behavioral Practice*, 22 (4), 481-490.
- Suyanti, T., Keliat, B., Daulima, N. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS, *Enfermería Clínica*, 28(1), 98-101.
- Taghvaeenia, A., Delavarizadeh, S. (2017). The Effectiveness of Group Logotherapy on the increase of Psychological Well-Being of The Elderly Retired Women, *Journal of Aging Psychology*, 2(2), 115-124. [Persian]
- Virginia F, Catherine. O'Hayer, Kevin Mitchell. Sama, Ashwin. (2018). Acceptance and Commitment

Therapy with Pancreatic Cancer: An Integrative Model of Palliative Care—A Case Report. *Journal of Pancreatic Cancer*, 4(1).

Xu, T., Yan, Z., Duan, S., Wang, C., Rou, K., & Wu, Z. (2009). Psychosocial Well-Being of Children in HIV/AIDS-Affected Families in Southwest China: A Qualitative Study. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 21-30.