

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به بیماری ایدز

مریم شریفیان قاضی جهانی^۱، مرتضی اکبریپور^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۹

خلاصه

مقدمه: علاوه بر مشکلات جسمانی، باید به مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز نیز توجه شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به بیماری ایدز صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان مبتلا به بیماری ایدز شهر تبریز که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های درمانی این شهر مراجعه کرده بودند تشکیل دادند. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی، در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته درمان اختصاصی را دریافت کردند. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و نمره نشانگان افت روحیه در گروه‌های درمان و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی، کیفیت زندگی بیماران را در پس‌آزمون افزایش، و نشانگان افت روحیه را کاهش دادند ($p < 0/001$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان ماندگار بود ($p < 0/001$). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی احتمالاً سبب افزایش پذیرش بیماری و در نتیجه مقابله بهتر با آن شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز را افزایش، و نشانگان افت روحیه را کاهش داده است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادرمانی، کیفیت زندگی، نشانگان افت روحیه، ایدز، زنان

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، آذربایجان شرقی، ایران.

۲- مدرس، گروه روان‌شناسی، دانشگاه نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Hadiakbarinejhad@yahoo.com، تلفن: ۰۹۳۶۹۹۴۳۴۳۸

مقدمه

بیماری ایدز (AIDS) نوعی بیماری ویروسی است که به دلیل اختلال در دستگاه ایمنی بدن بروز می‌کند [۱]. بر حسب گزارش سازمان بهداشت جهانی [۲] در سال ۲۰۱۸، تا آخر سال ۲۰۱۷ حدود ۳۶/۹ میلیون نفر در دنیا مبتلا به ایدز بوده‌اند که ۱/۸ میلیون نفر تنها در سال ۲۰۱۷ به این بیماری مبتلا شده‌اند. آمار مرگ و میر این بیماری در سال ۲۰۱۷ حدود ۹۴۰ هزار نفر بوده است. بیماری ایدز، مبتلایان را از لحاظ جسمانی، اجتماعی و روان‌شناختی درگیر می‌کند [۳]. اغلب بیماران مبتلا به ایدز با مشکلات متعددی چون افسردگی [۴]، اضطراب [۵]، کیفیت پایین زندگی [۶] و نشانگان افت روحیه [۷] روبرو هستند.

کیفیت زندگی (quality of life) ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود و در واقع احساسی است که شخص بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد [۸]. کیفیت مطلوب زندگی، شرایطی است که فرد در آن از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند. مطالعات بیانگر این است که بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد [۹]. مطالعه Nikoo Seresht و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به ایدز از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند [۱۰]. مؤلفه دیگری که بیماران مبتلا به ایدز درگیر آن هستند، نشانگان افت روحیه (demoralization syndrome) است.

Frank و Frank در سال ۱۹۹۱ برای اولین بار مفهوم نشانگان افت روحیه را در زمینه درمان روان‌شناختی بیماران روان‌پریش استفاده کردند و مضامینی چون منزوی، مأیوس، بیگانه، مطرود و عزت‌نفس پایین را در تعریف آن به کار بردند [۱۱]. در سال‌های بعد این مفهوم را به معنی اضطراب، فقدان اطمینان و احساس تسلط، یأس، درماندگی، احساس انزوا و ناتوانی در مقابله با یک رویداد پرفشار، ناامیدی و احساس کم‌ارزشی فردی لحاظ کردند [۱۲]. مشخصه اصلی نشانگان افت روحیه احساس بی‌کفایتی ذهنی و درماندگی است. فرد دچار نشانگان افت روحیه، اگرچه ممکن است بتواند از زمان حال

لذت ببرد اما به دلیل سردرگمی، عملاً احساس درماندگی، بی‌کفایتی و بازاریاری کرده و دچار بی‌لذتی پیش‌گرایانه (anticipatory anhedonia) شده و آینده در نظرش بی‌ارزش خواهد آمد [۱۳].

علاوه بر مشکلات جسمانی، اجتماعی و روان‌شناختی [۳] بیماران مبتلا به ایدز، که به آن‌ها اشاره شد، آن‌ها درگیر مراجعات مکرر به پزشک و هزینه‌های زیاد درمان و دارو و عوارض ناشی از آن هستند. این امر بر کیفیت زندگی تأثیر گذاشته و تغییرات شغلی و فشارهای اقتصادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند که بر سلامت روان این بیماران تأثیر به‌سزایی دارد [۱۴]. از این‌رو، علاوه بر پرداختن به مشکلات جسمانی این بیماران، باید به مشکلات روان‌شناختی آنان توجه ویژه‌ای نمود. یکی از بهترین راهکارها استفاده از مداخلات روان‌شناختی است که می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance & commitment therapy) و معنادرمانی (logotherapy) اشاره کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد [۱۵]. با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود [۱۶]. پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی [۱۷]، خود تخریبی و افسردگی [۱۸] و کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی [۱۹] بیماران مبتلا به ایدز مؤثر است.

Viktor Frankl در سال ۱۹۲۶ در یک سخنرانی، برای اولین بار از اصطلاح معنادرمانی استفاده کرد. او دو سطح از معناجویی را مطرح می‌کند. سطح اول، معنای حاضر یا معنا در زمان حال است و سطح دوم، «فرامعنا» (meta-meaning) نام دارد که هر شخصی به دنبال زندگی خود است [۲۰]. معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به چالش و فعالیت فرامی‌خواند و بیان می‌کند که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست، بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار است. اگر رنج شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل شود [۲۱]. از این‌رو، معنایابی در زندگی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه‌های مختلف بیماران داشته باشد [۲۲]. پژوهش‌ها حاکی از این است که معنادرمانی بر امیدواری [۲۳]، سلامت معنوی و کیفیت زندگی [۲۴]، افکار اضطرابی [۲۵]، سازگاری [۲۶]، امید به زندگی و افکار خودکشی [۲۷] و نشانگان افت روحیه [۲۸] بیماران ایدز مؤثر است.

به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی می‌توانند بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به بیماری ایدز تأثیر بگذارند. با این حال در خصوص مقایسه میزان اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته است. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی را بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به بیماری ایدز مقایسه کند.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به ایدز شهر تبریز بودند که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های درمانی این شهر مراجعه کرده بودند. برای نمونه‌گیری، از روش غیر احتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین کلینیک‌ها و

بیماران، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه در بین ۷۷ بیمار توزیع شد که ۴۴ نفر در پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۳۵ سال، مجرد بودن، ابتلا به بیماری ایدز بیش از ۴ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از ایدز، استفاده از داروهای روان‌پزشکی (چون بنزودیازپین و پروتریپتیلین)، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. بر اساس مطالعه Javadian Saraf و Emami [۲۹]، $\sigma=1/13$ ، $d^2=3/124$ ، $\alpha=0/05$ و $\text{Power}=0/80$ در نظر گرفته شد. در مطالعه مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی، و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. بر اساس معادله، حجم نمونه ۹/۱۱ به دست آمد که برای هر گروه ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1397.150) بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شدند شامل سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ایدز بود.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36

شامل ۳۶ سؤال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای (ضعیف (۱) تا عالی (۵)) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامت می‌سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش شده برای آن‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب

این ابعاد است [۳۰]. حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیش‌تر است. این پرسش‌نامه سؤالاتی چون "به طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. مقیاس‌های گونه فارسی این پرسش‌نامه به جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را بدست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه را توجیه می‌نمود. این پرسش‌نامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است [۳۰].

پرسشنامه نشانگان افت روحیه: این ابزار ۲۴ سؤال چهارگزینه‌ای از نوع درجه‌بندی پاسخ لیکرت (هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب (۴) و همیشه (۵)) دارد؛ و شامل ۵ خرده مقیاس فقدان معنا، ملامت، دلسردی، درماندگی و احساس شکست می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ است. نمره بالا نشان‌دهنده افت روحیه بیش‌تر است. این پرسشنامه سؤالاتی چون "آیا در این اواخر احساس درماندگی کرده‌اید" دارد. ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شده است [۳۱]. نمره بالاتر از ۳۰، به معنی رنج بردن از نشانگان افت روحیه است. در پژوهشی [۷] ضریب روایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶

محاسبه کرده‌اند.

پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayes و Lillis [۱۵] دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از آموزش معنادرمانی به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Breitbart [۳۲] برخوردار شدند (جدول ۲). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط دو کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و یک متخصص با درجه دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. جلسات صبح‌ها از ساعت ۱۰ تا ۱۳ برگزار می‌شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند.

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد

جدول ۱- محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

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

جدول ۲- محتوای جلسات و پروتکل معنادرمانی

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

یافته‌ها

انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها مقایسه شده است. از این نظر، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۲۹/۸۰±۳/۰۳ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به بیماری ایدز ۴/۸۷±۰/۷۷ سال بود. در جدول ۳، میانگین و

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

گروه	متغیر	انحراف معیار ± میانگین	p
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنادرمانی	سن	۲۹/۶۰±۳/۲۰	۰/۳۳۸
		۲۸/۹۰±۳/۰۷	
		۳۰/۹۰±۲/۷۶	
		۲۹/۸۰±۳/۰۳	
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنادرمانی	مدت زمان ابتلا به بیماری ایدز	۴/۸۰±۰/۷۸	۰/۸۲۲
		۵/۰۰±۰/۸۱	
		۴/۸۰±۰/۷۸	
		۴/۸۷±۰/۷۷	

آزمون: تحلیل واریانس یک‌راهه، \Rightarrow اختلاف معنی‌دار $p < ۰/۵۰$

آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد مقدار کرویت موخلی (۰/۵۸۰) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده شده (۰/۲۶۵) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۱۰) متغیر نشانگان افت روحیه در سطح خطای داده شده (۰/۴۵۰) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۴ نشان می‌دهد بین نمرات متغیر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین نمرات کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه گروه‌های آزمایش

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، متغیرهای کیفیت زندگی ($F=۲/۳۸۰$) و نشانگان افت روحیه ($F=۲/۲۰۱$) به ترتیب در سطح ۰/۲۷۸ و ۰/۱۴۳ معنی‌دار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به معنی‌دار نبودن مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵، واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش

در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0/001$). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ایدز بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است ($p < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/001$); نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار است

($p < 0/001$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد معنی‌داری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات کیفیت زندگی گروه‌های درمانی بیش‌تر و نمرات نشانگان افت روحیه کم‌تر از نمره گروه کنترل است، ولی نمره کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی متفاوت از هم نیست. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی در افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانگان افت روحیه برتری نسبت به هم ندارند.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به ایدز تبریز در سال ۱۳۹۸

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی
کیفیت زندگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۹/۹۰ \pm ۴/۷۷	۵۱/۰۰ \pm ۵/۳۱	۵۱/۱۰ \pm ۴/۹۹	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$
	معنادرمانی	۳۸/۴۰ \pm ۴/۵۷	۵۰/۱۰ \pm ۴/۵۰	۵۰/۱۰ \pm ۴/۳۸	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$
سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	کنترل	۴۰/۷۰ \pm ۴/۱۱	۴۷/۲۰ \pm ۳/۸۵	۴۰/۹۰ \pm ۴/۷۲	$p > 0/919$	$p > 0/919$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$p = 0/518$	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$	-	-
نشانگان افت روحیه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۴/۸۰ \pm ۶/۶۴	۳۶/۲۰ \pm ۴/۴۴	۳۶/۴۰ \pm ۴/۳۷	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$
	معنادرمانی	۴۵/۰۰ \pm ۶/۶۵	۳۶/۶۰ \pm ۷/۰۹	۳۶/۷۰ \pm ۷/۰۸	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$
سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	کنترل	۴۵/۷۰ \pm ۵/۶۵	۴۶/۱۰ \pm ۵/۶۸	۴۶/۳۹ \pm ۵/۶۵	$p > 0/1878$	$p > 0/1878$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	$p = 0/946$	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $p < 0/05$ * اختلاف معنی‌دار

جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ایدز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ایدز در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم

نیست، و تأثیر هر دو درمان بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ایدز یکسان است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت

روحیه بیماران مبتلا به ایدز بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ایدز تأثیر دارند، اما تأثیر این دو درمان در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه ارتقا یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود.

در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ایدز می‌توان به نتایج پژوهش‌های Faezipour و همکاران [۱۷]، Suyanti و همکاران [۱۸] و Rodriguez [۱۹] اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ایدز اثربخش است که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز را از طریق عواملی چون پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند کاهش آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی بهبود می‌بخشد. بیمار مبتلا به ایدز نیازمند راهبردهایی است تا بتواند قدرت سازگاری و توان مقابله خود را حفظ نماید، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست خورده، آسیب‌دیده و یا بدون امید تصور نکنند تا زندگی دارای معنا و ارزش شود. همچنین به این بیماران کمک می‌کند تا درد را به‌عنوان جزئی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن [۳۳]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیراتی که بر

تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد می‌گذارد، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی در فرد می‌شود؛ پذیرش شرایط، بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد [۳۴].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را نسبت به خواسته‌های خویش متعهد می‌سازد و به عبارتی فرد خود را متعهد می‌سازد که همواره سطح خواسته‌های زندگی خویش را افزایش دهد که این امر زمینه‌ساز امیدواری و افزایش روحیه می‌باشد. این درمان، میزان تنش‌ها و استرس‌های ناشی از زندگی را در بیماران کاهش داده و به نوبه خود، روحیه و سرزندگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. زیرا پذیرش مشکلات و مسائل زندگی و قبول آن‌ها و توجه به راه‌حل‌های آنان باعث کاهش فشارهای روانی می‌شود و هر چه فشارهای روانی کم‌تر شود، روحیه نیز بیش‌تر خواهد شد. این درمان به بیماران این امکان را می‌دهد که به تنهایی و بدون واسطه قرار دادن دیگران، مشکلات زندگی خویش را کاهش دهند. در حقیقت این درمان می‌آموزد که خود فرد مسئول مشکلات و مسائل پیش آمده در زندگی است و نباید دیگران را درگیر این مسائل نماید و بنابراین همین امر می‌تواند امیدواری و روحیه را بالا ببرد [۳۴].

درباره معنادرمانی هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ایدز اثربخش است. پژوهش‌های Bakhshi و همکاران [۲۳]، Mohamadi و Rahimzadeh Tehrani [۲۴]، Naderi Baldaji و همکاران [۲۵]، Ewomaoghene [۲۶]، Kamae و همکاران [۲۷] و Farmani-Shahreza و همکاران [۲۸] نشان دادند که این درمان بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ایدز تأثیر دارد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی نمود.

معنادرمانی با انسان و دنیای او سر و کار دارد، و به فرد این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا

تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً کیفیت زندگی آنان افزایش پیدا کرده و نشانگان افت روحیه در آنان کاهش یافت. نمونه پژوهش حاضر را زنان مجرد ۲۵-۳۵ ساله مبتلا به ایدز شهر تبریز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به زنان مبتلا به ایدز جوان تر و مسن تر، و زنان متأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار هستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، احتمالاً سبب افزایش پذیرش بیماری و در نتیجه مقابله بهتر با آن شده و متعاقباً کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز را افزایش داده و موجب کاهش نشانگان افت روحیه در آنان شده است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها توصیه می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به ایدز استفاده شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

گردآوری داده‌ها و نگارش مقاله بر عهده مریم شریفیان قاضی جهانی بود. هادی اسمخانی اکبری نژاد تجزیه و تحلیل داده‌ها و اصلاحات مقاله، و مرتضی اکبرپور شناسایی نمونه متشکل از افراد ایدز را بر عهده داشت و پیش‌آزمون و پس‌آزمون را اجرا کرد.

ماندن در انزوا، انتخاب آزادانه، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌ای از زندگی که با مرگ نزدیک است مواجه شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم معنادرمانی، فرد مسئولیت‌پذیری بیش‌تری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند. احساس شادکامی و انگیزه در کنار مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران باعث می‌شود تا افراد به تغییر در رفتار خود نسبت به دیگران و ارتباط با محیط پیرامون‌شان بپردازند و از این طریق جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی آن‌ها پس از درک معنا و هدف خود در زندگی‌شان بیش‌تر می‌شود [۳۵].

طبق یک اصل مهم در معنادرمانی، هدف زندگی گریز از درد و رنج و لذت بردن نیست، بلکه معنابخشی زندگی است. به همین دلیل انسان‌ها رنجی را هم که معنایی برای آن پیدا می‌کنند با میل می‌پذیرند. افت روحیه به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های ناامیدی، زمانی در بیماران ایجاد می‌شود که آن‌ها، زندگی خود را تمام‌شده تلقی می‌کنند و به این نتیجه می‌رسند که دیگر از دست کسی کاری ساخته نیست، به خصوص خودش هیچ کاری برای خود نمی‌تواند انجام دهد و خود را در رسیدن به اهداف و آرزوهایش ناتوان می‌بیند [۳۵]. در این راستا، معنادرمانی، چارچوبی مفهومی فراهم می‌سازد که طی آن افراد معنای زندگی خویش را به چالش می‌کشند، ارزش‌های کهنه و قدیمی را کنار می‌گذارند و هماهنگ با نحوه وجودشان، نظام ارزشی را به وجود می‌آورند. در این شرایط، رنج کشیدن آن‌ها با موضعی که فرد هنگام روبرو شدن با آن می‌گیرد، به موفقیت تبدیل شده [۳۵] و انگیزه و روحیه آن‌ها افزایش پیدا می‌کند.

این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ایدز متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ایدز مقایسه نکرده است. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانستند به این بیماران کمک کنند تا بیماری و مشکلات ناشی از آن را بهتر بپذیرش کنند. این امر سبب شد

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زنان مبتلا به ایدز شهر

تبریز که در این پژوهش شرکت کردند تقدیر و تشکر نمایند.

تشکر و قدردانی

References

- Munier CM, Andersen CR, Kelleher AD. HIV vaccines: Progress to date. *Drugs* 2011; 71(4):387-414.
- World Health Organization. Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2018:23-24.
- Soares Dutra B, Paula Léo A, Lins-Kusterer L, Luz E, Rodriguez Prieto I, Brites C. Changes Health-Related Quality of Life in HIV-infected Patients Following Initiation of Antiretroviral Therapy: A Longitudinal Study. *Braz J Infect Dis* 2019; 23(4):211-217.
- Castrighini C, Gir E, Neves L, Reis R, Galvão M, Hayashido M. Depression and self-esteem of patients positive for HIV/AIDS in an inland city of Brazil. *Retro Virology* 2010; 7(Suppl 1):P66.
- Pappin M, Edwin WE, Booyesen F. Anxiety and depression amongst patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012; 12(1):244.
- Jose Fuster-RuizdeApodaca M, Laguía A, Safreed-Harmon K, Lazarus J V, Cenoz S, del Amo J. Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health and Quality of Life Outcomes* 2019; 17(144):1208.
- Bahmani B, Farmani Shahreza S, Amin Esmaeili M, Naghiay M, Ghaedniay Jahromi A. Demoralization Syndrome in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2015; 3(1):19-27. [Persian]
- Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. *Health and quality of life outcomes* 2003; 1(1):42.
- Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? *Diabetes Metabolism* 2003; 29(4):6s9-618.
- Nikoo Seresht Z, Rimaz S, Asadi Iari M, Nedjat S, Merghati khoie E, Motevallian S A et al . The Relationship between Quality of Life and Social Capital amongst people living with HIV/AIDS attending the Imam Khomeini Hospital Consultation Center for clients with risky behaviors in Tehran. *Sjsph* 2014; 11(3):17-28. [Persian]
- Frank JD, Frank JB. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. 3rd edition. Baltimore: JHU Press, 1993:138.
- Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Hawkins M, Cocco G, Erbuto D, Lester D, Pompili M. The Role of Demoralization and Hopelessness in Suicide Risk in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Medicina* 2019; 5(200):1-16.
- Farmani Shahreza S, Khani S, Ghaedaniay Jahromi A, Imani S. Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on Fatigue, Demoralization Syndrome and Perceived Stress in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *aumj* 2019;8(2):135-149. [Persian]
- 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. *IJPCP* 2019;25(1):2-13. [Persian]
- Hayes SC, Lillis J. *Acceptance and Commitment Therapy*. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association;2016:134-135.
- Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. *Psychology Journal of School Psychology* 2016;57:41-52.
- Faezipour M, Ghanbaripannah A, Seyedalinaghi SA, Hajiabdolbaghi M, Voltarelli F. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Depression among People Living with HIV/AIDS. *Journal of International Translational Medicine* 2018; 6(3):125-129. [Persian]
- Suyanti TS, Keliat BA, Daulima NHC. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enferm Clin* 2018; 28(1):98-101.
- Rodriguez T. *The Role of Acceptance & Mindfulness in People Living with HIV/AIDS: A Meta-Analysis*. State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of MASTER OF ARTS; 2014:111.

20. In P. T. P. Wong (Ed.), Personality and clinical psychology series. The human quest for meaning: Theories, research, and applications 2012:357-382.
21. Frankel, V. Man search for meaning. (Translated by Nehzat Salehian & Mahin Milani). 56en ed. Tehran: Rasa; 2019:23-24. [Persian]
22. Prochaska J, Norcross, J. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. (Translated by Yahya SeyedMohammadi). 56en ed. Tehran: Ravan; 2016: 219-220. [Persian]
23. Bakhshi F, Yektaee T, Hajimiri KH, Inanlou M. The Efficacy of Group-Based Logotherapy on Hope of Life in HIV Patients in North of Iran. Caspian Journal of Health Research 2019; 4(1):16-20. [Persian]
24. Mohamadi Y, Rahimzada Tehrani K. The effectiveness of therapy on spiritual health and quality of life of women with AIDS in Tehran. Health Psychology 2018; 7(1):106-120.
25. Naderi Baldaji S, Ahmadi Dastgerdi S, Bakhshi SH, Saedi N. The effect of group counseling with a Logotherapy approach on reducing anxious thoughts in female patients with AIDS. Second Conference on Science and Technology of Psychology, Educational Sciences and Sociology of Iran, Tehran 2019.
26. Ewomaoghene EE. Effects of Logotherapy & Reassurance on Adjustment of HIV Positive Youths to Stigmatization. A Ph. D Thesis, Presented to The Department of Educational Foundations Univerdity of Nigeria, NSUKKA 2016:98.
27. Kamae A, Weisani M, Sadatizadeh S. Logo Therapy Effect on Life Expectancy & Suicidal Thoughts Among Women with AIDS, Community Of Values Revival. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences 2014; 4(S3):1309-1316.
28. Farmani-Shahreza Sh, Bahmani B, Ghaedniay-Jahromi A, Amin-Esmaeili M, Khanjani S. The Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on the Demoralization Syndrome in Women with HIV. JCP 2016;8(1):11-24. [Persian]
29. Javadian SN, Emami T . The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self-description components of female university students. Harakat 2009; (2):127-45. [Persian]
30. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and Validity of Persian Version of quality of life index. J Mazandaran Univ Med Sci 2014;24(116):75-83 .[Persian]
31. Sarizadeh, Heydarzadeh M, Ghahramanzadeh M. A Survey on Posttraumatic Growth on the Basis of Demoralization Syndrome and Religious Coping Among Cancer Patients Referring to Reza Radiotherapy and Oncology Center in Mashhad in 2018: A Descriptive Study. JRUMS 2019;18(6):557-572. [Persian]
32. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers A J, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning- centered psychotherapy for patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncolog 2012;30(12):1304-9.
33. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. Cognitive and Behavioral Practice 2011;18(4):577-587.
34. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. Cognitive and Behavioral Practice 2013; 20(3):264-281.
35. Sri Suyanti T, Keliat BA, Helena Catharina Daulima N. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. Enfermería Clínica 2018; 28(1):98-108.

Comparison of the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Logotherapy on the Quality of Life & Demoralization Syndrome of Women with AIDS

Sharifiyan Ghazijahani M¹, Akbarpour M¹, Smkhani Akbarinejhad H²

1- MA, Dept of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, East Azarbaijan, Iran.

2- Dept of Psychology, Nabi Akram University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

Email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com, Tel: +98 (09369943438).

Received: 9 March 2020 Accepted: 5 July 2020

Introduction: In addition to addressing the physical problems of patients with AIDS, special attention should be paid to their psychological problems, the best of which is using psychological interventions. Therefore, this study aims to compare the efficacy of acceptance & commitment therapy & logotherapy on quality of life & demoralization syndrome in patients with AIDS.

Materials and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest control group design. The population of this study consisted of all women with AIDS referred to medical clinics in Tabriz in 2019. In total, 30 women were selected by purposive sampling method, who were randomly divided into three groups. Members of both experimental groups received their treatment, respectively, in 8 sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment.

Results: In the pretest, the mean and standard deviation for the quality of life & demoralization syndrome was $39/90 \pm 4/77$ & $44/80 \pm 6/64$ in acceptance & commitment therapy group, $38/40 \pm 4/57$ & $45/00 \pm 6/65$ in the logotherapy group, and $40/70 \pm 4/11$ & $45/70 \pm 5/65$ in the control group, respectively ($p > 0.518$ and $p > 0.946$). The results showed that acceptance & commitment therapy and logotherapy compared to the control group in the posttest led to increased quality of life & reduced demoralization syndrome in AIDS patients ($p < 0.001$). In the follow-up phase, the effect of acceptance & commitment therapy and logotherapy on the quality of life and demoralization syndrome persisted ($p < 0.001$). The results further showed that the effect of acceptance & commitment therapy and logotherapy on the quality of life and demoralization syndrome at posttest and follow up was not different ($p > 0.05$).

Conclusion: Acceptance & commitment therapy and logotherapy are likely to increase acceptance, thus increasing the quality of life in AIDS patients and reducing their demoralization syndrome.

Keywords: Acceptance & Commitment Therapy, Logotherapy, Quality of Life, Demoralization Syndrome, AIDS, Women

Please cite this article as follows:

Sharifiyan Ghazijahani M, Akbarpour M, Smkhani Akbarinejhad H. Comparison of the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Logotherapy on the Quality of Life & Demoralization Syndrome of Women with AIDS. *Community Health journal* 2020; 14 (2): 9-19.

Funding: Personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of the Islamic Azad University of Abhar Branch approved the Research Project. (IR.IAU.Z.REC.1397.150).