

Comparison of the Effectiveness of Two Models of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy on Psychological Well-being and Quality of Life of Individuals with Human Immunodeficiency Viruses

Rezaei Sh¹, Khalatbari J*², Kalhorniagolkar M³, Tajeri B³

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

2. Department of Psychology, Islamic Azad University of Tonekabon, Tonekabon, Iran

3. Department of Psychology, Islamic Azad University of Karaj, Karaj, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989121777634, E-Mail: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

Received: Sep 4, 2020 Accepted: Dec 15, 2020

ABSTRACT

Background & aim: Human immunodeficiency virus (HIV) is one of the biggest challenges in human life that requires a variety of psychological support. The aim of this research was to compare the effect of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion focused therapy (CFT) on psychological well-being and quality of life in individuals diagnosed with HIV.

Methods: This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population included all HIV positive patients referred to Tehran center of behavioral disorders between October and February 2018, among which 45 patients were selected by convenience sampling method and randomly assigned into three groups (two experimental groups and one control group, n=15). One of the experimental groups underwent ACT for 8 session of 120 minutes and another received CFT for 8 sessions of 120 minutes. The control group received no intervention. To collect data, Ryff Psychological well-being (1989) and Ware & Sherbourne (1992) quality of life scales were used. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics (analysis of covariance).

Results: The results showed that both acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy had effects on psychological well-being and quality of life in patients with HIV ($p < 0.05$), however, the effect of compassion focused therapy was more noticeable on the psychological dimension of quality of life ($p < 0.05$). Regarding other variables, no significant difference was found between two treatments.

Conclusion: Both acceptance and commitment therapy models and compassion-focused therapy can increase the psychological well-being and quality of life of people with HIV. Therefore, it is recommended to behavioral disease centers to use this protocol to increase the psychological well-being and quality of life of patients with HIV.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-focused Therapy, Psychological Well-Being, Quality of Life, HIV

مقایسه اثربخشی مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی

شیوا رضائی^۱، جواد خلعتبری^{۲*}، مریم کلهرنیاگلکار^۳، بیوک تاجری^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

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

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

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۱۷۷۷۶۳۴ ایمیل: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ویروس نقص ایمنی (HIV)، یکی از بزرگترین چالش‌های زندگی انسان است که مبتلایان به آن، نیازمند حمایت جسمی و روانی می‌باشند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی صورت گرفت.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی و از طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. از بین تمامی مبتلایان به HIV⁺ که در بازه زمانی مهر تا بهمن ۱۳۹۷ به مرکز بیماری‌های رفتاری تهران مراجعه کرده بودند، تعداد 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) جایگزین شدند. 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 قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) و کیفیت زندگی (ویبر و شربون، ۱۹۹۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی بدن تأثیر داشته است ($p < .05$)، اما درمان متمرکز بر شفقت در بعد روانی کیفیت زندگی، تأثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشت ($p < .05$). در خصوص سایر متغیرها، تفاوت معناداری بین این دو روش درمانی یافت نشد.

نتیجه‌گیری: هر دو مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت می‌توانند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی شوند. بر این اساس به مراکز بیماری‌های رفتاری پیشنهاد می‌شود از روش‌های فوق برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی بدن، استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، HIV⁺

پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۲۵

دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۴

مقدمه

ویروس نقص ایمنی^۱، ویروسی است که با اختلال در سیستم ایمنی، دفاع بدن در برابر عوامل عفونی و برخی سرطان‌ها را ضعیف می‌کند و با پیشرفت ویروس در بدن، به مرحله پیشرفته‌تری وارد می‌شود که به آن ایدز می‌گویند (۱). اپیدمی جهانی ایدز، یکی از بزرگترین چالش‌ها در زندگی انسان است که بر رشد اجتماعی و اقتصادی اثر سوء داشته و به نظر می‌رسد تاکنون ۳۰ میلیون نفر در دنیا به علت این بیماری جان خود را از دست داده‌اند (۲) و تخمین زده می‌شود در مجموع حدود ۳۴ میلیون مبتلا در جهان زندگی می‌کنند (۳). ایران نیز از این اپیدمی به دور نیست، به طوری که داده‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، ۳۶۵۷۱ نفر مبتلا را نشان می‌دهد (۴) که ۴۶/۲ درصد آنها را دامنه سنی بین ۳۴-۲۵ سال تشکیل می‌دهند (۵)، اما خوشبختانه امروزه با آموزش‌های داده شده از سرعت رشد پرشتاب آن کاسته شده است، با این حال در ایران نیز همچون سایر کشورها، این موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد ابتلا است (۶). مبتلایان به ویروس نقص ایمنی، آسیب‌پذیر می‌شوند و به انواع حمایت‌های روانی از جانب خانواده نیاز پیدا می‌کنند. زیرا این افراد نگران هستند خانواده و دوستانشان آنها را ترک کنند لذا آنها از درد، ضعف و تغییر شکل بدنشان، زجر می‌کشند (۷). افزون بر این، بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی عمدتاً احساس بی‌آبرویی می‌کنند به طوری که جوان‌ترها ممکن است تمایلی به برقراری رابطه‌های نزدیک مانند ازدواج از خود نشان ندهند و به طور کلی مبتلایان به این ویروس انواعی از مشکلات روان‌شناختی را از خود نشان دهند (۸).

ابتلا به این ویروس با نرخ پایین بهزیستی روان‌شناختی، همراه است و یافته‌ها نشان می‌دهند مبتلایان به ویروس نقص ایمنی، نرخ پایینی از بهزیستی

روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (۹). این موضوع درحالی است که برخی روان‌شناسان مثبت‌گرا به جای تعریف سلامت روانی، از واژه بهزیستی روان‌شناختی استفاده می‌کنند (۱۰). این مفهوم به تلاش افراد برای شکوفاکردن توانایی‌های بالقوه‌شان اشاره می‌کند (۱۱) که مواردی چون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط را شامل می‌شود (۱۲). طبق مدل ریف، بهزیستی روان‌شناختی تلاشی برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه فرد است و طبق این دیدگاه، بهزیستی به معنی تلاش برای پیشرفتی در جهت دستیابی به استعدادها و توانایی‌های فرد می‌باشد (۱۱). همچنین دیگر یافته‌ها بیان می‌دارند، بالا بودن مولفه‌های روان‌شناسی مثبت مانند بهزیستی روان‌شناختی، می‌تواند با کیفیت زندگی بالای آنها در ارتباط باشد (۱۳، ۱۴). یافته‌ها بیان می‌دارند، ابتلا به ویروس نقص ایمنی و کیفیت زندگی پایین نیز، با یکدیگر در ارتباط هستند (۱۵)، به طوری که مبتلایان به این ویروس، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. کیفیت زندگی به معنی درک و تفسیری است که هرکس نسبت به زندگی خود دارد و از طریق آن دنیای خود را تعبیر می‌کند (۱۶) و سازمان بهداشت جهانی^۲ آن را ترکیبی از عوامل جسمانی و روان‌شناختی معرفی می‌کند، لذا کیفیت زندگی به ابعاد وسیعی از رفاه فیزیکی، روانی و اجتماعی توجه می‌کند و معتقد است در ارزیابی سلامت باید این مولفه‌ها مدنظر قرار گیرند (۱۷). بر این اساس، امروزه پژوهشگران برخی از شیوه‌های نوین درمانی از جمله پذیرش و تعهد درمانی (۱۸، ۱۹) و درمان متمرکز بر شفقت (۲۰، ۲۱) را بر این متغیرها مورد آزمون قرار داده‌اند و برخی یافته‌ها حاکی از آن است که این دو درمان می‌توانند بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی، اثربخش باشند (۲۱، ۶).

¹ Human Immunodeficiency Viruses

² World Health Organization

متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انجام شد.

روش کار

این پژوهش از جمله طرح‌های نیمه تجربی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مبتلایان به ویروس نقص ایمنی بود که در بازه زمانی مهر تا بهمن ۱۳۹۷ به مرکز بیماری‌های رفتاری تهران مراجعه کردند. از جامعه مذکور، تعداد ۴۵ نفر با فرمول تعیین حجم نمونه توان آزمون ($\beta - 1$) و شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. برای این منظور، اعداد ۱ تا ۴۵ روی برگه‌های کاغذی نوشته و درون جعبه انداخته شد، سپس هر آزمودنی یک عدد را به شکل تصادفی از جعبه انتخاب کرد و هر ۱۵ عدد به یک گروه تخصیص داده شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل رضایت آگاهانه، ابتلا به ویروس نقص ایمنی، دامنه سنی حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ سال، تحصیلات بالاتر از دیپلم و وضعیت تاهل مجرد بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه در مداخلات گروهی و یا عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به آزمودنی‌ها توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه خود را برای ورود به پژوهش اعلام کردند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بود. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی، یک مقیاس خودگزارشی با ۱۸ سوال است که کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۹۰ می‌باشد. این ابزار به صورت لیکرت نمره‌دهی می‌شود که شامل گزینه‌های به‌شدت مخالف=۱ تا به‌شدت موافق=۶ است (۲۸). در یک مطالعه، آلفای

پذیرش و تعهد درمانی^۱، از جمله درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی می‌باشد (۲۲) که به جای تشخیص‌های بالینی، به دنبال غنی و ارزشمند زندگی کردن افراد است (۲۳). این درمان با استفاده از شش مولفه بنیادین، افراد را به سمت یک زندگی غنی و ارزش‌مدار هدایت می‌کند و به آنها کمک می‌کند تا رابطه‌ای متفاوت با افکار و احساساتشان برقرار نمایند (۲۴). از سوی دیگر، درمان متمرکز بر شفقت^۲ عنوان می‌کند ذهن تکامل یافته ما می‌تواند منبعی برای انواعی از آسیب‌های روانی باشد و ما را با سیلی از خودانتقادگری‌ها و خودقضاوتی‌ها روبرو کند (۲۵). لذا شفقت به افراد کمک می‌کند تا ارتباطی متفاوت با خویش برقرار کنند و به هنگام تجربه سختی‌ها به جای سرزنش خویش، پذیرای خود باشند (۲۶). درمان متمرکز بر شفقت با سه مولفه توجه آگاهی، مهربانی با خود و داشتن حس اشتراک با انسانیت، به افراد کمک می‌کند تا هنگام تجربه سختی از خود مراقبت کنند (۲۷).

در حالی که اثربخشی این دو درمان در چندین مطالعه روی بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار گرفته است (۶، ۲۱-۱۸) و دیگر پژوهش‌ها حکایت از کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی پایین مبتلایان به ویروس نقص ایمنی بدن را دارند (۹، ۱۵)، اما جستجوی پژوهشگر نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص مقایسه این دو درمان در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی صورت نگرفته و هنوز به روشنی مشخص نیست که کدام یک از این دو درمان، می‌تواند مداخله اثربخش‌تری برای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به این ویروس باشند. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان

¹ Acceptance and Commitment Therapy

² Compassion Focused Therapy

کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ و روایی آن ۰/۸۴/ به دست آمد (۲۹). این مقیاس در ایران هنجاریابی شده و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی، ۰/۸۲/ به دست آمده است (۳۰). پایایی ابزار در این پژوهش، ۰/۸۳/ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی یک پرسشنامه خودگزارشی است که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استفاده می‌شود. این ابزار دارای ۳۶ عبارت است که در ۸ حیطه (عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی) و دو حوزه کلی بعد جسمانی و بعد روانی، کیفیت زندگی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۳۱). شیوه نمره‌گذاری این ابزار در یک طیف لیکرت سه درجه از اصلاً مشکل ندارم=۳ تا کاملاً مشکل دارم=۱ می‌باشد که نمره بالاتر در هر یک از این دو حوزه کلی به منزله کیفیت زندگی بهتر است. در یک مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ ابزار ۰/۸۸/ به دست آمد (۳۲). این ابزار در ایران نیز هنجاریابی و آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۵/ به روش بازآزمایی دو هفته‌ای گزارش شده است (۳۳). آلفای کل کرونباخ این ابزار در مطالعه حاضر برای بعد جسمانی ۰/۸۳/ و برای بعد روانی ۰/۸۷/ به دست آمد.

شیوه اجرا بدین شکل بود که داوطلبین به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. پس از جایگزینی گروه‌ها، از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد. 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 کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بلافاصله پس از پایان مداخلات هر سه گروه مجدداً مورد سنجش (پس‌آزمون) قرار گرفتند و نتایج مداخلات با یکدیگر مقایسه شد. مداخلات صورت گرفته در جدول ۱ و ۲، به صورت هفتگی طی ۸ جلسه و در هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه صورت گرفت. الگوی استفاده شده در مداخله ACT بر گرفته از الگوی اسکینتا و ولز^۱ (۲۰۱۳) (۸) و مداخله CFT بر گرفته از الگوی نف و گرمر^۲ (۲۰۱۳) بود (۳۴).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی سیداک) استفاده شد.

¹ Skinta & Wells
² Neff & Germer

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسات مداخله با ACT
اول	تمرکز اصلی در این جلسه نشان داد که استراتژی‌های کنترلی، خود بخشی از فرآیند مشکل هستند و راه حل غیرمفیدی می‌باشند. 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. گفتگوی گروهی نیز به بررسی نحوه پنهان کردن افکار و احساسات اعضا در مورد افشا، اکتشاف یا اجتناب از صحبت درباره بیماریشان طی تعاملات روزمره می‌پردازد.
سوم	این جلسه اهمیت گسلش (یعنی جدا کردن فرد از افکارش) را بررسی می‌کند. این جلسه شامل تمرین‌هایی با هدف نشان دادن نحوه ارتباط خودکار معنا به محتوا و برچسب‌های شفاهی زده شده توسط ذهن است.
چهارم	این جلسه به بررسی اصل خود- به عنوان- زمینه در مقابله خود- به عنوان- محتوا می‌پردازد. در این جلسه به بررسی رفتارهای ارزشمند مورد بررسی توسط شرکت‌کنندگان، نحوه کارکرد پذیرش و توجه‌آگاهی برای هر یک از مراجعین طی هفته گذشته و موانع ایجادشده در مسیر، می‌پردازد.

پنجم	این جلسه به بررسی اهمیت تعهد می‌پردازد. 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.
ششم	این جلسه به بحث درباره آمادگی و لجبازی می‌پردازد. به اعضا توضیح داده می‌شود آمادگی عبارت است از درک این موضوع که شما بخشی از جهان هستید. آمادگی، احساس فعال بودن تمام‌عیار در زندگی است. اما لجبازی یعنی قطع ارتباط با ذهن آگاه شما و خلاف آمادگی است. لجبازی یعنی نه گفتن به زندگی، نه گفتن به حقیقت، و نه گفتن به آنچه که هست. اگر لجبازی را تجربه کردید، ذهن خود را به پذیرش برگردانید.
هفتم	این جلسه با تمرکز بر توجه آگاهی و شفقت پیش می‌رود. جلسه خود را با یک تمرین پنج دقیقه‌ای توجه آگاهی آغاز کنید، سپس جلسه گذشته را مرور کنید.
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.

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. سه عنصر اصلی شفقت به اعضا آموزش داده می‌شود و طی آن اعضا به خود یادآوری می‌کنند که این یک تجربه دردناک است (توجه آگاهی)، رنج کشیدن بخشی از زندگی است (اصول مشترک بشری) و من باید با خود مهربان باشم (مهربانی با خود). ایده آل‌ترین 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 طی این جلسه فرد یاد می‌گیرد که چطور ذهن خود را روی یک نقطه مانند تنفس متمرکز نماید.
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، می‌باشد.
چهارم	در این جلسه تمرکز اصلی بر این است که چطور از تکرار صرف عبارات‌های مهرورزی فراتر رویم و به صورت طبیعی، شفقت به خود را تمرین کنیم.
پنجم	در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی زندگی هر فرد که به زندگی او معنا می‌بخشد، پرداخته می‌شود. 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. طی این مرحله روی عواطف دشوار نام گذاری می‌شود، سپس با یک رویکرد مهربان، جایگاه آنها را در بدن خود می‌یابد. در این مرحله، فرد به دنبال یافتن شفقت فیزیکی و روانی نسبت به خود می‌باشد.
هفتم	شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که برای دردهایی که در شرایط دشوار زندگی تحمل کرده‌اند، از جملات و عبارات شفقت‌آمیزی استفاده کنند.
هشتم	این جلسه به قبول و پذیرش زندگی می‌پردازد و تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد.

یافته‌ها

۱۰ زن و ۵ مرد با میانگین سنی ۲۲/۳۲ بود. گروه کنترل شامل ۸ زن و ۷ مرد با میانگین سنی ۲۳/۴۷ بود. جدول ۳ اطلاعات دموگرافیک مربوط به آزمودنی‌های این پژوهش را نشان می‌دهد.

در این پژوهش در مجموع ۴۵ داوطلب در سه گروه وجود داشت. گروه آزمایش تحت درمان با پذیرش و تعهد شامل ۹ زن و ۶ مرد با میانگین سنی ۲۳/۴۳ بودند. گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت شامل

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه تحت درمان ACT	گروه تحت درمان CFT	گروه کنترل	کل	سطح معناداری
میانگین سنی	۲۳/۴۳	۲۲/۳۲	۲۳/۴۷		۰/۰۷۲
انحراف استاندارد	۳/۳۳	۲/۲۸	۳/۴۷		
جنسیت	زن مرد	۹ ۶	۸ ۷	۱۷ ۱۸	۰/۰۵۶
مدرک تحصیلی	کمتر از لیسانس لیسانس بالتر از لیسانس	۵ ۹ ۱	۵ ۸ ۲	۱۶ ۲۶ ۳	۰/۰۶۱

در جدول ۳ به مقایسه گروه‌های این مطالعه بر اساس سن، پراکندگی جنسیت و مدرک تحصیلی پرداخته شد و یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین سه گروه وجود ندارد. جدول شماره ۴ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش را در سه گروه طی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیان

می‌کند. همچنین از آنجا که تفاوت نمرات پیش‌آزمون در سه گروه به وسیله تحلیل کوواریانس در جدول ۵ خنثی شده است، جدول ۴ به بیان نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها پرداخته و صرفاً نمرات پس‌آزمون را توصیف می‌کند.

جدول ۴. میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مرحله	گروه ACT		گروه CFT		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	۴۶/۰۰	۳/۲۵	۴۶/۲۰	۲/۷۵	۳۴/۲۶	۳/۰۵
بعد جسمانی کیفیت زندگی	پس‌آزمون	۵۷/۱۳	۲/۸۹	۵۶/۰۶	۳/۴۱	۴۷/۴۶	۳/۹۰
بعد روانی کیفیت زندگی	پس‌آزمون	۳۶/۰۰	۳/۷۹	۳۷/۸۰	۳/۶۸	۲۷/۷۳	۳/۵۳

به منظور بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، ابتدا با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک به بررسی نرمال بودن داده‌ها پرداخته شد که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیرها بود ($p > 0/05$)، سپس با استفاده از آزمون Box's M به بررسی برابری ماتریکس واریانس‌ها و در نهایت با استفاده از آزمون لوین به بررسی خطای واریانس‌ها پرداخته شد که یافته‌ها نشان داد واریانس‌ها برابر می‌باشند ($p > 0/05$) به این معنی که پراکندگی نزدیک به هم دارند. جدول ۵ با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و جدول ۶ با استفاده از آزمون سیداک به بررسی تاثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته پژوهش می‌پردازد.

یافته‌های جداول ۵ و ۶ حاکی از آن است که فرضیه ۱ پژوهش یعنی «بین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی، تفاوت وجود دارد»، در خصوص بعد روانی متغیر کیفیت زندگی تایید می‌شود ($p < 0/05$) و درمان متمرکز بر شفقت، تاثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بعد روانی کیفیت زندگی دارد، اما این فرضیه در خصوص سایر متغیرها رد می‌شود ($p > 0/05$). بر این اساس می‌توان گفت بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در بعد روانی کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد اما بین اثربخشی

به HIV+ اثر بخش است»، و فرضیه ۳ مبنی بر «درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV+ اثر بخش است» هر دو تایید می‌شوند ($p < 0/05$).

این دو درمان در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و بعد جسمانی کیفیت زندگی، تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین این یافته‌ها حاکی از آن است که فرضیه ۲ پژوهش مبنی بر «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون
گروه	بهزیستی روان‌شناختی	۹۲۴/۰۰۹	۲	۴۶۲/۰۰۵	۵۵۴/۳۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴	۱
	بعد جسمانی کیفیت زندگی	۳۴۱/۲۴۹	۲	۱۷۰/۶۲۵	۷۸/۹۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲	۰/۹۹۰
	بعد روانی کیفیت زندگی	۶۰۲/۱۴۸	۲	۳۰۱/۰۷۴	۲۱۹/۰۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵	۰/۹۹۰
خطا	بهزیستی روان‌شناختی	۳۱/۶۶۸	۳۹	۰/۸۸۳				
	بعد جسمانی کیفیت زندگی	۸۲/۱۴۳	۳۹	۲/۱۶۲				
	بعد روانی کیفیت زندگی	۵۲/۲۲۳	۳۹	۱/۳۷۴				
مجموع	بهزیستی روان‌شناختی	۸۱۷۵۵/۰۰۰	۴۵					
	بعد جسمانی کیفیت زندگی	۱۳۰۴۰۶/۰۰۰	۴۵					
	بعد روانی کیفیت زندگی	۵۲۹۷۷/۰۰۰	۴۵					

جدول ۶. آزمون سیداک برای مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت I-J	انحراف استاندارد	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	ACT	CFT	-۰/۲۹	۰/۳۵	۰/۷۹
	ACT	Control	۱۰/۸۰	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	CFT	Control	۱۱/۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱
بعد جسمانی کیفیت زندگی	ACT	CFT	-۰/۱۶	۰/۵۷	۰/۹۸
	ACT	Control	۶/۵۷	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	CFT	Control	۶/۷۴	۰/۵۷	۰/۰۰۱
بعد روانی کیفیت زندگی	ACT	CFT	-۳/۷۷	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	ACT	Control	۵/۷۳	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	CFT	Control	۹/۵۱	۰/۴۵	۰/۰۰۱

بحث

نشده. هرچند جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد تاکنون پژوهشی دقیقاً مشابه پژوهش حاضر صورت نگرفته است و نمی‌توان یافته‌های این پژوهش را به‌طور کامل با آن مقایسه کرد، اما یافته‌های این پژوهش از این حیث که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی شود با یافته‌های پژوهش میرزایی همسو می‌باشد (۶). از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش از حیث تاثیر

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی بود. نتیجه فرضیه اول نشان داد که در خصوص بعد روانی کیفیت زندگی، درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشت در حالی که تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو درمان در سایر متغیرها مشاهده

درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی با یافته‌های مطالعه خلج و همکاران همسو بوده (۲۱) و از این حیث که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تاثیر بگذارند با یافته‌های بیدیکس^۱ و همکاران، و تقوی نیا و همکاران همسو می‌باشد (۳۶،۳۵).

در تبیین یافته‌های فرضیه اول این پژوهش مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر شفقت بر بعد روانی متغیر کیفیت زندگی تاثیر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است می‌توان گفت: شاید تاکید بیشتر درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرآیندهای مشترک بشری و مهربانی با خود، تبیین مناسبی برای این یافته باشد، چرا که به نظر می‌رسد افراد زمانی که متوجه می‌شوند درد، تجربه مشترک بشری است و مضاف بر این، آنها تنها افرادی نیستند که به ویروس نقص سیستم ایمنی مبتلا هستند، بخشی از فشار روانی آنها کاسته می‌شود. شاید بتوان این موضوع را با بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط دانست. مضاف بر این، مولفه مهربانی با خود نیز شاید تاثیر زیادی بر کسب این نتیجه داشته باشد. ممکن است افراد اگر بتوانند رفتاری دوستانه‌تر با خود داشته باشند، از لحاظ روانی بهتر زندگی خود را پیش برند.

در تبیین یافته‌های فرضیه دوم این پژوهش، از این حیث که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی تاثیر گذار بوده است می‌توان گفت که هر دو متغیر مطرح شده از متغیرهای روان‌شناسی مثبت‌گرا هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز اساساً درمانی است که مخالف تشخیص‌گذاری‌های بالینی می‌باشد و تمرکز اساسی آن بالابردن 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، مولفه‌ای به نام توجه آگاهی 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 از این جهت که در چنین شرایطی افراد کمتر درگیر محتوای هیجانی خود می‌شوند می‌تواند چگونگی تاثیر این فرایند بر متغیرها را توضیح دهد. 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 ضعف‌ها می‌باشد که در این پژوهش افکار مربوط به بیماری ویروس نقص سیستم ایمنی از جمله این ضعف‌ها است که افراد را درگیر نگه داشته بود. در مورد کیفیت زندگی نیز، موضوع به همین شکل می‌باشد. به جز مولفه توجه آگاهی که در واقع این مولفه ترکیبی از چند فرآیند بنیادین پذیرش و تعهد درمانی است، می‌توان به پذیرش هم اشاره کرد. در واقع پذیرش به معنی 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 ویروس نقص سیستم ایمنی بر چگونگی غنی‌سازی زندگی کردن خود تمرکز کنند که این فرآیند توأم با فرآیندهای روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه صورت گرفت. طی این فرآیندها به افراد کمک شد تا ارزش‌های زندگی خود را شناسایی کنند و متعهدانه در مسیر آنها قدم بگذارند. این موضوع شاید تبیین مناسبی را برای اینکه چطور این فرآیندها بر متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی اثر داشته‌اند، فراهم نماید. از سوی دیگر، فرآیند گسلش به این معنی است که افراد بتوانند کمی از باورهای سفت و سخت و خود قضاوت‌گری‌های مربوط به ابتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی فاصله بگیرند و با نگاهی غیرقضاوت‌گرانه به خود و افکار و

¹ Biddix

احساساتشان نگاه کنند. این امر شاید تبیین مناسب دیگری برای چگونگی تاثیر این فرایند بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی باشد.

در تبیین یافته‌های فرضیه سوم این پژوهش از این حیث که درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی تاثیر داشته است 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 مثبت‌گرا هستند. سه اصل اساسی که در این درمان به مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی آموزش داده شد، شامل توجه آگاهی، اصول مشترک بشری، و مهربانی با خود است. مکانیزم تاثیرگذاری توجه آگاهی بر مبتلایان، درست به همان شکلی است که برای پذیرش و تعهددرمانی نیز اشاره شد. در خصوص 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. مضاف بر این، افراد زمانی که چنین آگاهی را پیدا کردند، طی جلسات متعهد شدند که از این پس تمرکز بیشتری بر برنامه‌های اساسی زندگی خود بگذارند و شاید بتوان این موضوع را به نوعی مرتبط با متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی دانست. از سوی دیگر، مولفه دیگر در درمان متمرکز بر شفقت، مهربانی با خود است. چنانچه مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی 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 تجارب و محدودیت‌های انسانی بپذیرند و تغییراتی در خودصحتی‌های خود انجام دهند. افراد در گروه آموختند که چطور با خود مهربان‌تر باشند و از خودسرزنشی‌های کمتری

استفاده کنند. این امر نیز شاید تبیین مناسبی برای چگونگی این تاثیرگذاری بر متغیرهای پژوهش فراهم آورد.

این مطالعه مانند هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌هایی نیز بود. از جمله این محدودیت‌ها، نبود دوره پیگیری طولانی بود که موجب شد دیدگاه روشنی از میزان ماندگاری این دو درمان و یا اینکه در طولانی مدت کدام درمان موثرتر است وجود نداشته باشد. مضاف بر این، عدم انتخاب آزمودنی‌ها به صورت تصادفی، محدودیت دیگر این پژوهش بود.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت می‌توانند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی شوند، اما درمان متمرکز بر شفقت در بعد روانی کیفیت زندگی مبتلایان به این ویروس، اثربخشی بیشتری دارد. لذا بر این اساس به مراکز بیماری‌های رفتاری پیشنهاد می‌شود که از پروتکل‌های فوق برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی بدن، استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دکتری روانشناسی در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی آن دانشکده تقدیر و تشکر را دارند. همچنین نویسندگان از شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند. این پژوهش دارای کد اخلاق شماره IR.SBMU.RETECH.REC.1399.380 می‌باشد.

References

- 1- Shadlo B, Amin Esmaili M, Rahimi Mogher A. HIV counseling and testing, textbook for physicians. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Publications; 2013 [Persian].
- 2- Sargolzaei Moghadam M, Jourghanian P. Consumer HIV/AIDS prevention training package. Secretariat of the National AIDS Working Group of the Ministry of Health. Tehran: Treatment and Medical Education; 2017 [Persian].
- 3- World Health Organization. The global health observatory. <http://www.who.int/gho/hiv/en/index.html>. Accessed: NOV 26 2012.
- 4- Ministry of Health and Medical Education in Iran. AIDS statistics in Iran, <https://behdasht.gov.ir/>. Accessed: March 14 2021.
- 5- The last statistics about infection HIV/AIDS in the Islamic Republic of Iran to take advantage of for general use. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012 [Persian].
- 6- Mirzaei M. The effect of acceptance and commitment therapy on resilience and psychological well-being of HIV⁺ patients. Master Thesis of Psychology. Hamedan: Islamic Azad University of Hamadan Branch, 2018 [Persian].
- 7- Rahim Bakhsh S. The effect of acceptance and commitment therapy on self-efficacy and happiness of HIV⁺ patients. Master Thesis of Psychology. Hamedan: Islamic Azad University of Hamadan Branch, 2018 [Persian].
- 8- Skinta M, Wells G. Acceptance and commitment group therapy guide (ACT) to reduce the shame of HIV-positive people. 2013; Translated by Dousti P, Ghodrati G. Tehran: Amin Negar; 2018 [Persian].
- 9- Xu T, Yan Z, Duan S, Wang C, Rou K, Wu Z. Psychosocial well-being of children in HIV/AIDS-affected families in southwest China: a qualitative study. *Journal of Child and Family Studies*. 2009;18(1):21-30.
- 10- Kuhn J, Ford K, Dawalt LS. Brief report: mapping systems of support and psychological well-being of mothers of adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018;48(3):940-46.
- 11- Cardak M. Psychological well-being and internet addiction among university students. *Turkish Online Journal of Educational Technology*. 2013;12(3):134-41.
- 12- Pasandideh M, Zare L. An analysis of well-being psychiatric aspects of tolerance and sense of humour between patients who suffer from coronary artery disease and healthy individuals. *Health Psychology*. 2017;5(20):88-108 [Persian].
- 13- Kordestani D, Ghamari A. Comparing the resilience, life style and life quality among cardiovascular patients and normal people. *Journal of Yafte*. 2018;19(5):71-80 [Persian].
- 14- Hosseininia N, Hatami H. Anticipating retirees' quality of life based on mental well-being and resiliency. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2019;20(1):81-91 [Persian].
- 15- Li C, Li H. Chinese immigrant parents' perspectives on psychological well-being, acculturative stress, and support: implications for multicultural consultation. *Journal of Educational & Psychological Consultation*. 2017;27(3):245-70.
- 16- Van Heijst B F. C, Geurts, H. M. Quality of life in autism across the lifespan: a meta-analysis. *Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2015;19(2):158-67.
- 17- Gil I. A new educational program to improve posture and quality of life among students by means of the Feldenkrais method and a new program: MAP-motion and posture. *Journal of Education and Training Studies*. 2018;6(11):1-11.
- 18- Mesbah I, Hojatkhah S, Golmohammadian M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on resilience of mothers with mentally retarded children. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(29):85-109 [Persian].
- 19- Seyyedjafari J, Motamedi A, Mehradsadr M, Olamaie Kopaei M, Hashemian S. The effectiveness of commitment and acceptance education on resilience of the elderly. *Psychology of Aging*. 2017;3(1):21-29 [Persian].

- 20- Neff K, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning & personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007;41(4): 908-16.
21. Khalaj F, Dolatshahi B, Bagheri F. Effects of compassion-focused therapy on psychological wellbeing, life expectancy, and psychological flexibility in individuals with human immunodeficiency virus. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2020;8(4):317-24 [Persian].
- 22- Dousti P, Mohagheghi H, Jafari D. The effect of acceptance and commitment therapy on the reduction of anxious thoughts in students. *Environment Conservation Journal*. 2015;327-33.
- 23- Dousti P, Torabian S. *Quidefor therapists: treatment, acceptance and commitment*. Hamedan: FaragirHegmataneh Publisher; 2016 [Persian].
- 24- Dousti P, Gholami S, Torabian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on aggression among students with internet addiction. *Journal of Health and Care*. 2016;18(1):63-72 [Persian].
- 25- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;(53):6-41.
- 26- Dousti P. *Psychological intervention in post traumatic stress disorder according to ACT*. Hamedan: FaragirHegmataneh; 2017 [Persian].
- 27- Neff K. Self-Compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. *Self and Identity*. 2003;2(2):85-101.
- 28- Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;(57):1069-81.
- 29- Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;(69):716-27.
- 30- Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of ryff's psychological well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2008;14(2):146-51 [Persian].
- 31- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30(6):473-83.
- 32- Al Abdulmohsin S, Goons S, Draugalis J, Hays R. Translation of the RAND 36-Item health survey 1.0 (aka SF-36) into Arabic. *Objective Analysis Effective Solution*. 1997;7995-8020.
- 33- Nikkhah M, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharif Nia H, Montazeri A. Psychometric properties of the persian version of the older people's quality of life Questionnaire (OPQOL-35). *Journal of Payesh*. 2017;(1):53-62 [Persian].
- 34- Neff K. D, Germer C. K. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;(69):28-44.
- 35- Biddix JP, Martin GL, Kilgo CA. Exploring the impact of commuting to campus on psychological well-being. *New Directions for Student Services*. 2015;(150):35-43.
- 36- Taghvaeinia A, Delavarizadeh S. The effectiveness of group meaning therapy on increasing the psychological well-being of elderly retired women. *Psychology of Aging*. 2015;2(2):115-24 [Persian].