



Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment on the insomnia disorder in the middle-aged

Zahra Homaie Mojaz¹, Ali Akbar Saif², Rasol Kord Noghabi³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. E-mail: zaryhomaie@gmail.com

2. Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: aliakbarsaif@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran. E-mail: rkordnoghabi@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 14 October 2023

Received in revised form 11 November 2023

Accepted 16 December 2023

Published Online 21 May 2024

Keywords:

cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, insomnia disorder, middle age

ABSTRACT

Background: Sleep is one of the most important psychological and physiological processes for brain function and mental health that control human health. Sleep quality is essential in middle-aged society, and sleep problems in this society are recognized as a main risk factor for mental and physical health problems. So far, the effectiveness of various treatments have been performed to improve sleep quality in middle-aged people, but no study has compared cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy.

Aims: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy on improving insomnia in middle-aged people.

Methods: The research method was experimental with a pre-test and post-test design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of this research included all middle-aged men and women suffering from insomnia who referred to health centers in Hamedan city in 2022. 60 people were selected as available sampling and randomly divided into 3 groups of 20 people (two experimental groups and one control group), cognitive behavioral therapy, commitment and acceptance therapy and control group. The measurement tool in this research was the insomnia disorder questionnaire of Homai Maaz et al. (2023). The experimental groups were subjected to cognitive behavioral therapy based on acceptance and commitment for 9 sessions of 75 minutes respectively, and the control group received the usual treatment.

Results: The findings showed that after the intervention, both treatment methods improved the insomnia disorder compared to the control group, and the treatment results were maintained in the follow-up period ($p < 0.001$); However, acceptance and commitment therapy compared to cognitive behavioral therapy had a greater effect on the improvement of middle-aged insomnia disorder ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the research results, it can be said that cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy, along with other therapeutic methods, are suitable intervention methods for improving insomnia disorder in middle-aged people. Psychologists, clinical counselors, and therapists can reduce the problems of patients with insomnia disorder by holding psychological workshops such as cognitive behavioral therapy for insomnia and acceptance and commitment therapy for insomnia as easy, accessible, and low-cost treatments to help these people.

Citation: Homaie Mojaz, Z., Saif, A.A., & Kord Noghabi, R. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment on the insomnia disorder in the middle-aged. *Journal of Psychological Science*, 23(135), 641-658. [10.52547/JPS.23.135.641](https://doi.org/10.52547/JPS.23.135.641)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 135, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.135.641](https://doi.org/10.52547/JPS.23.135.641)



✉ **Corresponding Author:** Ali Akbar Saif, Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: aliakbarsaif@yahoo.com, Tel: (+98) 9121796355

Extended Abstract

Introduction

Sleep is one of the most important psychophysiological processes for brain function and mental health, which controls the health of the organism (Sengupta & Weljie, 2019) and affects mood, emotions, and impulsive behaviors, which are key mediators of emotion regulation. (Baglioni et al., 2020). Therefore, sleep problems are recognized as a major risk factor for mental and physical health problems (Hertenstein et al., 2019). Recent evidence has shown that earlier insomnia is associated with later psychological distress (Lin et al., 2021). And even in mentally healthy people, having insomnia leads to irritability, bad mood, and negative emotions (Riemann et al., 2022). Consequently, it is important to find effective ways to assess and treat insomnia, as this may protect individuals with insomnia from future harmful consequences and ultimately reduce the healthcare burden on society. Therefore, doctors should be aware of how to accurately diagnose (Pentagna et al., 2022). Accordingly, improving the quality of life among people suffering from sleep disorders requires more attention. A review of the research literature shows that a study comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on insomnia in middle-aged women and men; Does not exist. Therefore, there is a basic research gap in this field that can be improved by performing psychological interventions on the insomnia of this group of the statistical population. Therefore, conducting this research can lead to important implicit achievements for counseling and health centers. Finally, according to the material presented above, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on insomnia in middle-aged women and men.

Method

The method of the current research was experimental with a pre-test and post-test design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the research consisted of middle-aged

(30–59 years old) men and women suffering from insomnia who had health records in Hamedan health and treatment centers and visited the health center for health care. 60 patients were selected through available sampling and were randomly assigned to 3 groups of 20 (two experimental groups and one control group), cognitive behavioral therapy, commitment and acceptance therapy, and the control group. The first experimental group underwent cognitive behavioral therapy for 9 60-minute sessions, the second experimental group underwent acceptance and commitment-based therapy for 9 60-minute sessions, and the control group did not receive any intervention. The criteria for entering the research were full consent to participate in the research, being in the age range of 30 to 59 years, having at least 9 years of education, receiving a diagnosis of insomnia disorder based on the insomnia questionnaire, and also the criteria for exiting the research was taking sleeping pills. Being treated simultaneously with other treatment methods, suffering from chronic mental disorders, especially personality disorders and addiction to illegal drugs, and the presence of chronic physical diseases were considered. The people in the sample group answered the questionnaires.

Results

The demographic findings related to the sample group showed that in the acceptance and commitment therapy group, the average and standard deviation of the participants were 40.25 and 8.11 years respectively, in the cognitive behavioral therapy group they were 42.05 and 7.51 respectively. In the control group, it was equal to 40.80 and 9.69 years, respectively. The results of the one-way analysis of variance showed that there is no significant difference between the groups in terms of age. Also, 9 men and 11 women participated in the acceptance and commitment therapy group, 6 men and 14 women in the cognitive behavioral therapy group, and 8 men and 12 women in the control group. Chi-square results showed that there is no significant difference between the groups in terms of gender. Regarding the level of education in the acceptance and commitment therapy group, 5 of the participants had a diploma, 8 had a bachelor's degree, and 7 had a master's degree or higher. In the cognitive behavioral therapy group,

the level of education of 3 participants was undergraduate, 3 had a diploma, 12 had a bachelor's degree, and 2 had a master's degree or higher. In the control group, the level of education of 2 participants was under diploma, 3 had a diploma, 12 had a bachelor's degree, and 3 had a master's degree or higher. The use of Fisher's exact test showed that there was no significant difference between the groups in terms of the level of education. Table 1 shows that in addition to the group effect and the time effect, the group × time interaction effect for sleep stress components, sleep continuity, sleep quality, sleep pattern, amount of sleep, and total score is significant. These findings indicate that the

implementation of independent variables has significantly affected the components and the total score of insomnia disorder. Also, the results of Benferni's post hoc test showed that both cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy have a positive effect on reducing the components and the total score of insomnia disorder. The results regarding the comparison of the effect of the two therapeutic approaches showed that there is a significant difference between the effect of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy, and acceptance and commitment-based therapy was more effective in improving insomnia disorder scores and its components.

Table 1. The results of analysis of variance with repeated measurements in explaining the effect of independent variables on the components and the total score of insomnia disorder

Variables	source	sum of squares	sum of squared error	f	P	η ²
sleep stress	Time	1505/21	1020/98	84/03	<0.001	0.596
	time × group	910/09	1579/57	16/42	<0.001	0.366
Continuity of sleep	Time	403/33	482/45	47/65	<0.001	0.455
	time × group	124/06	759/27	4/66	<0.002	0.140
sleep quality	Time	991/88	1213/48	46/59	<0.001	0.448
	time × group	985/97	2096/47	13/40	<0.001	0.320
sleep pattern	Time	360/53	312/00	65/87	<0.001	0.536
	time × group	201/82	517/10	11/12	<0.001	0.281
sleep quantity	Time	1387/20	1356/00	58/31	<0.001	0.506
	time × group	586/49	207/10	8/05	<0.001	0.220
total score	Time	21493/63	10256/80	119/35	<0.001	0.707
	time × group	11721/96	8509/03	39/26	<0.001	0.579

Table 2. The results of Bonferroni's post hoc test for pairwise comparison of the effect of groups on the components and the total score of insomnia disorder

Variables	Groups	Mean difference	P
sleep stress	ACT- CBT	-2/63	0.048
	ACT - Control	-6/60	<0.001
	CBT- Control	-3/97	<0.001
Continuity of sleep	ACT- CBT	-0/80	0.670
	ACT - Control	-3/27	<0.001
	CBT- Control	-2/47	<0.001
sleep quality	ACT - CBT	-3/03	0.028
	ACT - Control	-6/62	<0.001
	CBT- Control	-3/58	<0.001
sleep pattern	ACT - CBT	-1/05	0/410
	ACT - Control	-3/17	<0.001
	CBT- Control	-2/12	0.011
sleep quantity	ACT - CBT	-1/23	0/749
	ACT - Control	-5/58	<0.001
	CBT- Control	-4/35	<0.001
total score	ACT- CBT	-8/75	0.003
	ACT - Control	-25/23	<0.001
	CBT- Control	-16/48	<0.001

Conclusion

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on insomnia in middle-aged women and men. The findings of the research showed that both cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy have a positive effect on reducing the components and the total score of insomnia disorder. Also, the results regarding the comparison of the effect of two therapeutic approaches showed that there is a significant difference between the effect of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy, and the therapy based on acceptance and commitment was more effective in improving sleep quality scores and its components. The limitations of the present study were: focusing on middle-aged men and women in Hamadan city, which limits the generalization of the findings to other cities and statistical communities. Also, the low sample size and the use of the available sampling method were the main limitations of the research. It is suggested that these limitations should be removed in the next studies, and similar research should be done in other cities and statistical societies, and research methods such as interviews and observations should be used in future studies so that the results can be compared with The findings of this research should be placed.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology at Islamic Azad University, Sanandaj branch. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the middle aged participating in this study.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر اختلال بی خوابی در میان سالان

زهرا همایی مجاز^۱، علی اکبر سیف^۲، رسول کردنوقایی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۲۲

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی رفتاری،

درمان پذیرش و تعهد،

اختلال بی خوابی،

میان سالان

زمینه: خواب یکی از مهم‌ترین فرآیندهای روانی فیزیولوژیکی برای عملکرد مغز و سلامت روان است که سلامت انسان را کنترل می‌کند. کیفیت خواب در جامعه میان سالان ضرورت دارد و مشکلات خواب در این جامعه به عنوان یک عامل خطر اصلی برای مشکلات سلامت روانی و جسمی شناخته می‌شوند. تاکنون اثربخشی درمان‌های مختلفی بر بهبود کیفیت خواب میان سالان انجام شده است ولی مطالعه‌ای به بررسی مقایسه‌ای درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد نپرداخته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر بهبود اختلال بی خوابی در میان سالان انجام شد. **روش:** روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان و زنان میان سال مبتلا به اختلال بی خوابی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۴۰۱ بود که به صورت نمونه گیری هدفمند ۶۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه گواه جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش پرسشنامه اختلال بی خوابی (همانی مجاز و همکاران، ۱۴۰۲) بود. گروه‌های آزمایش به مدت ۹ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه گواه درمان معمول را دریافت کرد. پروتکل درمانی (کارنی و ادینجر، ۲۰۱۴) برای گروه شناختی رفتاری و پروتکل درمانی اکت (گای میدوز، ۲۰۱۴) برای گروه پذیرش و تعهد اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بعد از مداخله، هر دو روش درمان در مقایسه با گروه گواه باعث بهبود اختلال بی خوابی شدند و نتایج درمان در دوره پیگیری نیز حفظ شد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال بی خوابی میان سالان تأثیر بیشتری داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: براساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی، روش مداخله‌ای مناسبی برای بهبود اختلال بی خوابی میان سالان است و روانشناسان، مشاوران بالینی و درمانگران می‌توانند برای کاهش مشکلات بیماران دچار اختلال بی خوابی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری بی خوابی و درمان پذیرش و تعهد بی خوابی به عنوان درمان‌های راحت، در دسترس و کم هزینه برای کمک به این افراد اقدام کنند.

استناد: همایی مجاز، زهرا؛ سیف، علی اکبر؛ و کردنوقایی، رسول (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر اختلال بی خوابی در میان سالان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱، ۶۴۱-۶۵۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.135.641](https://doi.org/10.52547/JPS.23.135.641)



✉ نویسنده مسئول: علی اکبر سیف، استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

رایانامه: aliakbarsaif@yahoo.com؛ تلفن: ۰۹۱۲۱۷۹۶۳۵۵

مقدمه

خواب یکی از مهم‌ترین فرآیندهای روانی فیزیولوژیکی برای عملکرد مغز و سلامت روان است که سلامت انسان را کنترل می‌کند (سنگوپتا و ولجی، ۲۰۱۹) و بر خلق و خو، احساسات و رفتارهای تکانه‌ای تأثیر می‌گذارد، که واسطه‌های کلیدی تنظیم هیجان هستند (باگلیونی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، مشکلات خواب به‌عنوان یک عامل خطر اصلی برای مشکلات سلامت روانی و جسمی شناخته می‌شوند (هرتنشتاین و همکاران ۲۰۱۹). اختلال بی‌خوابی^۱ که شایع‌ترین اختلال خواب است اثرات نامطلوبی بر طیف وسیعی از فرآیندهای شناختی، مانند توجه، حافظه و عملکرد اجرایی دارد (واردل-پینکستون و همکاران، ۲۰۱۹؛ براونلو و همکاران، ۲۰۲۰) که با علائمی از جمله مشکل در شروع خواب، حفظ خواب، زود بیدار شدن، خواب غیرترمیم‌کننده، کیفیت خواب ضعیف (دوفیلد، ۲۰۲۰) و اختلال در طول روز مانند خستگی، کاهش تمرکز یا نگرانی بیش از حد در مورد خواب مشخص می‌شود. به طور خاص، بررسی‌های سیستماتیک و پژوهش‌های قبلی گزارش داده‌اند که شیوع جهانی بی‌خوابی در بین جمعیت عمومی تقریباً ۲۲ درصد است (زننگ، ۲۰۲۰).

شواهد اخیر نشان داده است که بی‌خوابی قبلی با ناراحتی روانی بعدی افراد مرتبط است (لاوسون و همکاران، ۲۰۲۳؛ لپلاینا، ۲۰۱۹؛ لین و همکاران، ۲۰۲۱) و حتی در افراد سالم از نظر روانی، داشتن بی‌خوابی منجر به تحریک‌پذیری، بدخلقی و عاطفه منفی می‌شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۱؛ ریمان و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، رشد و سلامت کلی فرد احتمالاً به دلیل بی‌خوابی به خطر می‌افتد که ممکن است منجر به هزینه‌های اجتماعی بیشتر شود (کمالی‌نسب و همکاران، ۱۴۰۱؛ شارح و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه، یافتن راه‌های مؤثر برای ارزیابی و درمان بی‌خوابی مهم است، زیرا این امر ممکن است افراد مبتلا به بی‌خوابی را از عواقب زیان‌بار آینده دور نگه دارد و در نهایت بار مراقبت‌های بهداشتی را برای جامعه کاهش دهد. بنابراین، پزشکان باید از نحوه درمان دقیق آگاه باشند (پنتانا و همکاران، ۲۰۲۲). در روان‌پزشکی، درمان اختلال بی‌خوابی به طور کلی شامل دارو درمانی است، به عنوان مثال، بنزودیازپین‌ها، که به‌طور موقت خواب را بهبود می‌بخشند اما اختلال بی‌خوابی را درمان نمی‌کنند. در سراسر

جهان، اولین انتخاب درمان بی‌خوابی در درمان‌های غیردارویی، درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی^۲ (سی‌بی‌تی‌آی) است (قاسم و همکاران، ۲۰۱۶؛ ریمان و همکاران، ۲۰۱۷). سی‌بی‌تی‌آی یک درمان چند جزئی شامل آموزش خواب، مداخلات رفتاری مانند محدودیت زمان خواب و کنترل محرک، آرامش و درمان شناختی است که خواب فیزیولوژیکی را تحریک می‌کند و بسیار مؤثر است (هرتنشتاین و همکاران، ۲۰۱۵). مزیت اصلی ارائه سی‌بی‌تی‌آی به جای تجویز دارو این است که شواهد فعلی برای داروهای خواب‌آور فقط از استفاده و اثرات کوتاه‌مدت پشتیبانی می‌کند و سی‌بی‌تی‌آی دارای اثرات بلندمدت برتر است. علاوه بر این، اگرچه سی‌بی‌تی‌آی ممکن است عوارض جانبی یا واکنش‌های نامطلوب ایجاد کند، سطح شدت آن در مقایسه با وابستگی به دارو، مصرف بیش از حد دارو و حوادث ناشی از مصرف داروهای خواب‌آور کمتر است (کوفل و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان علاوه بر تأثیر مفید بر علائم بی‌خوابی، در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی مرتبط با خواب مؤثر است (چنگ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات مختلفی به بررسی اثربخشی این رویکرد پرداخته‌اند؛ میلرمنس و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی تحت عنوان درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد برای بی‌خوابی به بررسی مزایای بالقوه انعطاف‌پذیری روانشناختی و شفقت به خود همراه با استراتژی‌های رفتاری نشان دادند که یک پروتکل درمانی سی‌بی‌تی‌آی بر اساس اصول اکت که شامل استراتژی‌های رفتاری خاص بی‌خوابی و مؤلفه‌ای است که مستقیماً شفقت به خود را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر برای درمان بی‌خوابی ارائه شود. تمرکز بر باورهای ناکارآمد در مورد خواب و رفتارهای ناسازگار (با هدف کنترل محرک، محدودیت خواب و بهداشت خواب) می‌تواند با چارچوب اکت سازگار شود و در درمان بی‌خوابی موفقیت‌آمیز باشد. چاپویت و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی تحت عنوان ترکیب درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای قطع مصرف طولانی‌مدت بنزودیازپین در بی‌خوابی و اختلالات اضطرابی به بررسی تکنیک‌های سنتی و جدید سی‌بی‌تی در این رابطه پرداختند، مانند درمان پذیرش و تعهد، که هم به وضعیت زمینه‌ای (بی‌خوابی/اضطراب) و هم به اختلال مرتبط با مواد اشاره می‌کند. نتایج نشان داد که سی‌بی‌تی با آموزش روش‌های تنظیم هیجانی و

1. insomnia

2. cognitive behavior therapy of Insomnia

شناختی، رفتارهای حل مسئله و هدفمند می‌تواند به شروع، تکمیل و حفظ کاهش یا توقف طولانی‌مدت استفاده از BZD کمک می‌کند. ردکر و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی اثرات پایداری بر بی‌خوابی، خستگی و عملکرد در بین افراد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی و بی‌خوابی دارد، به مقایسه درمان شناختی رفتاری و آموزش خود مدیریت بر شدت بی‌خوابی، ویژگی‌های خواب، علائم و عملکرد در میان افراد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی پایدار پرداختند؛ نتایج نشان داد که سی‌بی‌تی‌آی در مقایسه با یک برنامه خود مدیریت قوی که شامل آموزش بهداشت خواب بود، باعث بهبود پایدار در بی‌خوابی، خستگی، خواب‌آلودگی در طول روز و عملکرد فیزیکی اندازه‌گیری شده در میان بزرگسالان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی شد. همچنین، رویکردهای جدیدتری که ممکن است اثربخشی درمان روانشناختی را افزایش دهند، در حال بررسی‌اند. یکی از این رویکردها استفاده از درمان پذیرش و تعهد^۱ است. اکت دیدگاه‌های جدیدی را برای درمان بی‌خوابی به ارمغان می‌آورد، زیرا روی علائم تمرکز نمی‌کند، اما انعطاف‌پذیری رفتاری و روانشناختی را برای مقابله با علائم افزایش می‌دهد و با مشکلاتی در پایبندی به سی‌بی‌تی‌آی مقابله می‌کند (اونگ و همکاران، ۲۰۰۹). اکت یک مداخله رفتاری و شناختی است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرآیندهای تعهد و تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). میزان اجتناب تجربی در بین افراد مبتلا به بی‌خوابی بالاتر از جمعیت عادی است (پال و همکاران، ۲۰۲۲؛ پالاگینی و همکاران، ۲۰۲۲؛ زکی و همکاران، ۲۰۲۲)، در همین راستا اکت تلاش می‌کند تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار را تقویت کند که اقدامات مبتنی بر ارزش‌ها را افزایش می‌دهد و اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳؛ ردکر و همکاران، ۲۰۲۲؛ آرت و همکاران، ۲۰۲۲). اثربخشی اکت در بسیاری از پژوهش‌ها به اثبات رسیده است (لاوسون و همکاران، ۲۰۲۳؛ بر بی‌خوابی بزرگسالان؛ سالاری و همکاران، ۱۳۹۹؛ بر بی‌خوابی و کیفیت خواب؛ لپالینا و همکاران، ۲۰۱۹؛ بر مهارت‌های خودیاری خواب و زکی و همکاران، ۲۰۲۲؛ بر کیفیت خواب و شدت بی‌خوابی).

1. acceptance and commitment therapy

کیفیت خواب یکی از عوامل مهم برای سلامت جسمی و روانی افراد است. کیفیت خواب با سن کاهش می‌یابد و میان‌سالان بیشتر از دیگران دچار اختلالات خواب می‌شوند (دوفیلد، ۲۰۲۰). اختلالات خواب می‌توانند منجر به افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و سرطان شوند. همچنین، اختلالات خواب می‌توانند باعث کاهش کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه و توجه، افزایش خطر تصادفات و کاهش عملکرد شغلی و اجتماعی افراد شوند (آرت و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد هستند که برای اختلالات خواب مورد استفاده قرار می‌گیرند. مطالعات موجود نشان می‌دهند که هر دو رویکرد درمانی می‌توانند بهبود کیفیت خواب میان‌سالان را ایجاد کنند اما هنوز مشخص نیست که کدام رویکرد درمانی برای میان‌سالان، مؤثرتر است. همچنین، مکانیزم‌های عملکرد هر دو رویکرد درمانی نیاز به بررسی بیشتر دارند. بنابراین، انجام یک مطالعه پژوهشی که دو رویکرد درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در میان‌سالان مقایسه کند، می‌تواند به افزایش دانش علمی و بهبود عملیات درمانی کمک کند. این مطالعه می‌تواند نتایج مفیدی برای ارائه راهکارهای سازگار با نیازها و ویژگی‌های هر گروه از میان‌سالان داشته باشد. همچنین، این مطالعه می‌تواند عوامل مؤثر بر موفقیت هر رویکرد درمانی را شناسایی و توضیح دهد. بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد، مطالعه‌ای که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال بی‌خوابی زنان و مردان میان‌سال پرداخته باشد؛ وجود ندارد. بنابراین خلاء پژوهشی اساسی در این زمینه وجود دارد که با انجام مداخلات روانشناختی بر روی بی‌خوابی این گروه از جامعه آماری بتوان آن‌ها را بهبود بخشید. لذا انجام این پژوهش می‌تواند دستاوردهای تلویحی مهمی برای مراکز مشاوره و بهداشت به دنبال داشته باشد. در نهایت پژوهش حاضر با توجه به مطالب ارائه شده در بالا با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال بی‌خوابی زنان و مردان میان‌سال انجام شد بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که

کدام یک از درمان‌های شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر اختلال بی‌خوابی زنان و مردان میان‌سال اثربخش‌تر است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل میان‌سالان (۴۰ تا ۵۹ سال) مرد و زن مبتلا به اختلال بی‌خوابی می‌شد که در مراکز بهداشت و درمان همدان (مراکز اعتمادیه، سمیعی، امام خمینی، بهشتی، امام سجاده، مریانج، بانو منصور، استادان) دارای پرونده بهداشتی بودند و برای گرفتن مراقبت‌های بهداشتی به مرکز بهداشتی مراجعه می‌کردند. از میان آن‌ها به صورت نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ بیمار انتخاب شده و به صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه گواه جایگزین شدند.

گروه آزمایش اول به مدت ۹ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری (کارنی و ادینجر، ۲۰۱۴) قرار گرفت و گروه آزمایش دوم به مدت ۹ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد (گای میدوز، ۲۰۱۴؛ راس هریس، ۲۰۰۹) قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک ورود به پژوهش رضایت کامل برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۹ سال، حداقل داشتن سواد ۹ سال تحصیلی، دریافت تشخیص اختلال بی‌خوابی (نمره بالاتر از ۱۰۰) بر اساس پرسشنامه بی‌خوابی (همایی مجاز و همکاران، ۱۴۰۲) بود و همچنین ملاک خروج از پژوهش، مصرف داروهای خواب‌آور، تحت درمان بودن همزمان با سایر روش‌های درمانی، رنج بردن از اختلالات روانی مزمن، به‌ویژه اختلالات شخصیتی و اعتیاد به هرگونه داروی غیرقانونی در نظر گرفته شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ذیل استفاده شد.

ب) ابزار

پرسشنامه تشخیص بی‌خوابی (۱۴۰۲): این پرسشنامه جهت سنجش اختلال بی‌خوابی توسط همایی مجاز و همکاران (۱۴۰۲) تدوین شد. دارای ۲۲ گویه و پنج مؤلفه استرس خواب (۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲)، کمیت خواب

(۱۰-۱-۲-۵-۹)، الگوی خواب (۱۱-۱۳-۱۴-۱۵)، کیفیت خواب (۳-۶-۸-۱۶) و تداوم خواب (۴-۷-۱۲) را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۶) تا کاملاً مخالفم (۱) و ۵ سؤال (۶، ۹، ۱۰، ۱۳ و ۱۴) به صورت معکوس کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۲۲ تا ۱۳۲ متغیر است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده‌ی اختلال خواب بیشتر و بالعکس نمرات پایین توسط آزمودنی اختلال خواب کمتر را نشان می‌دهد. در این پرسشنامه تحلیل عاملی اکتشافی با ۲۲ گویه انجام شد. نتایج اولیه‌ی تحلیل مؤلفه‌های اصلی ابزار پژوهش نشان داد که همه گویه‌ها دارای بار عاملی مناسب هستند و هیچ گویه‌ای از پرسشنامه حذف نشد. بر این اساس، مقدار کفایت نمونه‌گیری کایزر-میر-الکین ($KMO = 0/83$) و آزمون کرویت بارتلت^۱ ($2960/74$) در سطح $0/001$ معنادار بدست آمد. مقدار دترمینانت محاسبه شده ($3/79$) نیز برای ورود به تحلیل عاملی مناسب است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه تشخیص بی‌خوابی $0/88$ و برای عامل‌های استرس خواب، کمیت خواب، الگوی خواب، کیفیت خواب و تداوم خواب به ترتیب $0/85$ ، $0/83$ ، $0/73$ ، $0/67$ و $0/71$ بدست آمده است که نشان می‌دهد مقیاس حاضر از پایایی مناسبی برخوردار است (همایی مجاز و همکاران، ۱۴۰۲). تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

مداخله‌های درمانی

درمان سی‌بی‌تی‌آی: این پروتکل براساس پروتکل درمانی کارنی و ادینجر (۲۰۱۴) تدوین شد و در ۹ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای اجرا شد که جزئیات آن در جدول ۱ خلاصه شده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر اساس کتاب بی‌خوابی گای میدوز (۲۰۱۴) و راس هریس (۲۰۰۹) در قالب ۹ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تدوین و اجرا شد.

¹. Bartlett's test of sphericity

جدول ۱. درمان سی‌بی‌تی‌آی (CBT-1) بر اساس پروتکل درمانی کارنی و ادینجر (۲۰۱۴)

جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	معرفی برنامه درمانی، منطق زیربنایی آن و سازماندهی گروه	خوشامدگویی، آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر، دلیل آمدن به جلسه و انتظاری که از جلسه درمانی دارند، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: وقت‌شناسی، انجام تکالیف، بیان کلی مطالب مربوط به درمان و اهداف آن. اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی کاملی از ماهیت بی‌خوابی، آموزش چگونگی رصد کردن خط پایه خواب به وسیله جدول گزارش خواب (برای مدت ۲ هفته)	اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	ارائه اصول و منطق درمان، آموزش مکانیسم خواب و مراحل آن، چرخه‌های خواب و بیداری و آموزش خواب	ارائه اصول و منطق درمان، آموزش مکانیسم خواب و مراحل آن، چرخه‌های خواب و بیداری و آموزش خواب	ثبت گزارش خواب
جلسه سوم	آموزش عوامل زمینه‌ساز، عوامل نگهدارنده و تداوم‌بخش بی‌خوابی	بحث در مورد جداول گزارش خواب، آموزش عوامل زمینه‌ساز، عوامل نگهدارنده و تداوم‌بخش بی‌خوابی.	کشف و بررسی عوامل تداوم‌بخش بیماری
جلسه چهارم	ارائه مؤلفه‌های رفتاری؛ تکنیک‌های کنترل محرک و راهبردهای محدودکننده خواب و استاندارد ساختن جدول زمان‌بندی خواب و تأثیر این اصول بر شاخص‌های خواب به خصوص کارایی خواب و نحوه‌ی محاسبه آن.	ارائه مؤلفه‌های رفتاری؛ تکنیک‌های کنترل محرک و راهبردهای محدودکننده خواب و استاندارد ساختن جدول زمان‌بندی خواب و تأثیر این اصول بر شاخص‌های خواب به خصوص کارایی خواب و نحوه‌ی محاسبه آن.	یادداشت عادات خواب، مرور مطالب آموزش قوانین خواب
جلسه پنجم	آموزش بهداشت خواب و نحوه‌ی استفاده از روش‌های مناسب خوابیدن.	مرور جلسه قبلی درمان، آموزش بهداشت خواب و نحوه‌ی استفاده از روش‌های مناسب خوابیدن و بررسی میزان تبعیت از اصول رفتاری آموزش داده شده در جلسه قبل.	از بیمار می‌خواهیم با استفاده از مطالب این جلسه عادات خواب خود را یادداشت کنید
جلسه ششم	مرور جلسه قبلی درمان، بررسی یافته‌های فرم گزارش خواب و فرآیند پیشرفت و پیگیری از دستورالعمل‌های درمانی، ارائه اصول شناختی به از جمله آموزش چگونگی ثبت افکار مرتبط با بی‌خوابی، بررسی خطاهای شناختی رایج در افراد مبتلا به بی‌خوابی مثل افکار همه یا هیچ، فاجعه سازی، ذهن خوانی.	مرور جلسه قبلی درمان، بررسی یافته‌های فرم گزارش خواب و فرآیند پیشرفت و پیگیری از دستورالعمل‌های درمانی، ارائه راهبردهای درمان شناختی از جمله؛ آموزش چگونگی ثبت افکار مرتبط با بی‌خوابی، بررسی خطاهای شناختی رایج در افراد مبتلا به بی‌خوابی و توضیح تکنیک‌های نگرانی‌سازنده	از بیمار بخواهید فرم نگرانی‌سازنده را هر شب در ساعات اول شب پر کند و با خود به جلسات بعدی بیاورد. از بیمار بخواهید هر وقت فکر ناراحت‌کننده‌ای در مورد خواب به ذهنش رسید آن را در فرم ثبت افکار بنویسد و با خود به جلسه بعدی بیاورد
جلسه هفتم	مرور تکالیف قبلی، رفع اشکال در زمینه‌ی مؤلفه‌های شناختی درمان.	مرور تکالیف قبلی، رفع اشکال در زمینه‌ی مؤلفه‌های شناختی درمان و تکالیف خانگی و راهنمایی لازم ارائه می‌شود.	در این جلسه جداول خواب تکمیل شده بیمار بررسی می‌شود. اینکه توصیه‌ها را چگونه به کار برده‌اند.
جلسه هشتم	رفع اشکال در زمینه‌ی مؤلفه‌های رفتاری درمان	رفع اشکال در زمینه‌ی مؤلفه‌های رفتاری درمان و تکالیف خانگی و راهنمایی لازم ارائه می‌شود. جداول خواب تکمیل شده بیمار هر هفته مرور می‌شود و میانگین کارایی خواب بیمار در طی هفته قبلی تعیین می‌شود.	تکمیل جدول خواب
جلسه نهم	اختتامیه و سپاس‌گذاری	بررسی تکالیف، ارائه بازخورد و سپاس‌گذاری از حضورشان، انجام جدول گزارش خواب.	اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر اساس کتاب بی‌خوابی گای میدوز (۲۰۱۴) و راس هریس (۲۰۰۹)

جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	معرفی برنامه درمانی، منطبق زیربنایی آن و سازماندهی گروه	خوشامدگویی، آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر، دلیل آمدن به جلسه و انتظاری که از جلسه درمانی دارند، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است، بیان کلی مطالب مربوط به درمان و اهداف آن. اجرای پیش‌آزمون و آموزش چگونگی رصد کردن خط پایه خواب به وسیله جدول گزارش خواب (برای مدت ۲ هفته)	اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	کشف دلایل توقف مبارزه با بی‌خوابی	کشف عوامل مؤثر با بی‌خوابی و چگونگی بروز بی‌خوابی، توضیح در مورد حوادث ذهنی و جسمی که هنگام شروع بی‌خوابی به وجود می‌آیند، توضیح در مورد استراتژی های متداول کنترل خواب که بروز بی‌خوابی را تشدید می‌کنند، شناسایی ۶ اقدام رایج تقویت‌کننده بی‌خوابی، پاسخ به این سؤال که چرا باید برای شروع بی‌خوابی تلاش خود را متوقف کنید.	در این هفته هر یک از اقدامات تقویتی را که برای کمک به خواب خود استفاده می‌کنید یادداشت کنید. و به آرامی آن‌ها را رها کنید
جلسه سوم	چیزهایی را که نمی‌توانید تغییر دهید بپذیرید.	بیان اصل پذیرش، شناختن افکار و احساسات پیرامون بی‌خوابی، لزوم توجه به مبارزه خود با بی‌خوابی و توقف آن، توضیح در مورد اینکه افکار و احساسات را همانطور که هستند بپذیرند. آموزش در مورد شناخت هیجانات، افکار، احساسات و پذیرش مواردی که نمی‌توان تغییر داد.	ثبت افکار مرتبط با بی‌خوابی
جلسه چهارم	ذهن آگاهی و حضور در لحظه	ارائه تکنیک ذهن آگاهی (۱)، شناخت انواع تمرکز، حضور در زمان حال، توجه به نفس کشیدن، توجه به قضاوت ذهن، توجه بر اصرارها و احساسات ناخوشایند، تمثیل هیولا	استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی در روز و شب
جلسه پنجم	رسیدن به هم‌جوشی زدایی (گسستن)، نگاه کردن به ذات واقعی افکار: آن‌ها چیزی بیشتر یا کمتر از چند کلمه و تصویر نیستند.	ارائه تکنیک ذهن آگاهی (۲): ارائه تکنیک‌های عمل کردن بر خلاف هیجان اولیه، ناهمجوشی شناختی، تکنیک اتویان، و آرسی بدنی، ساحل دریا، اتاق دو در سفید، انجام جدول گزارش خواب	تکنیک‌های گسستن به طور مرتب در شب و روز تمرین شود
جلسه ششم	از آنچه در ذهن و بدنتان خود را نشان می‌دهد استقبال کنید.	شناسایی افکار، احساسات، علائم فیزیولوژیکی و واکنش‌های عاطفی مرتبط با بی‌خوابی و لیست کردن آن‌ها، ارائه تکنیک استقبال از افکار ناخوشایند و توصیف کردن، نامگذاری، شوخی کردن، دید و بازدید، خوش آمدگویی به آن‌ها، مشخص کردن نقاط ماشه و استعاره مهمان ناخوانده	برانگیخته‌ها را مشخص کنید و به استقبال افکار و احساسات خود بروید
جلسه هفتم	الگوی جدید خواب خود را بسازید	آموزش روانشناختی خواب طبیعی، مسائل مربوط به خواب، مراحل خواب طبیعی، زمان مناسب خواب و مقدار زمان مورد نیاز برای خواب، آماده شدن برای خواب، آموزش بهداشت خواب، ساخت الگوی جدید خواب، یادگیری الگوی منظم و به کار بردن آن، انعطاف‌پذیری و حفظ انگیزه برای انجام و تداوم آن	بهداشت خواب را رعایت کنید و الگوی خواب خود را بسازید.
جلسه هشتم	زندگیت را دوباره زندگی کن	برگشتن به زندگی عادی، هدف‌گزینی، داشتن برنامه منظم در جهت انجام حداقل یک عمل مفید در روز و یادداشت کردن آن، پذیرش خواب گاه به گاه ضعیف، ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده	متوجه واکنش‌های خود هنگام بی‌خوابی شوید و وقتی وارد شدند رهاشان کنید، برنامه‌ریزی کنید و انعطاف‌پذیری مختصری در برنامه‌ها داشته باشید.
جلسه نهم	اختتامیه و سپاس‌گذاری	بررسی تکالیف، ارائه بازخورد و سپاس‌گذاری از حضورشان، انجام جدول گزارش خواب	اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

سال بود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در گروه درمان پذیرش و تعهد ۹ مرد و ۱۱ زن، در گروه درمان شناختی رفتاری ۶ مرد و ۱۴ زن و در گروه کنترل ۸ مرد و ۱۲ زن شرکت کردند. نتایج خنثی دو نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد. از لحاظ سطح

یافته‌های جمعیت شناختی مربوط به گروه نمونه نشان داد که در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان به ترتیب ۴۰/۲۵ و ۸/۱۱ سال، در گروه درمان شناختی رفتاری به ترتیب برابر با ۴۲/۰۵ و ۷/۵۱ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۴۰/۸۰ و ۹/۶۹

گروه گواه میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت کنندگان زیردپلم، ۳ نفر دپلم، ۱۲ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود. استفاده از آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ میزان تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد.

تحصیلات در گروه درمان پذیرش و تعهد میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت کنندگان دپلم، ۸ نفر لیسانس و ۷ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود. در گروه درمان شناختی رفتاری میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان زیردپلم، ۳ نفر دپلم، ۱۲ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود. در

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	کجی	کشیدگی
	درمان پذیرش و تعهد	۵/۱۹ ± ۲۸/۰۵	۳/۷۰ ± ۱۶/۰۵	۳/۹۲ ± ۱۶/۱۰	-۰/۰۸۰	-۱/۲۵۱
استرس خواب	درمان شناختی - رفتاری	۴/۹۷ ± ۲۷/۹۰	۴/۱۲ ± ۲۰/۴۰	۴/۰۹ ± ۱۹/۸۰	-۰/۷۶۱	-۰/۶۹۴
	گروه گواه	۵/۰۹ ± ۲۷/۰۰	۴/۴۱ ± ۲۷/۲۰	۴/۹۸ ± ۲۵/۸۰	-۰/۵۴۳	-۰/۸۷۱
	درمان پذیرش و تعهد	۲/۸۶ ± ۱۷/۱۰	۳/۰۹ ± ۱۰/۹۰	۲/۵۲ ± ۱۱/۴۰	-۰/۵۵۲	-۰/۹۰۴
تداوم خواب	درمان شناختی - رفتاری	۳/۵۸ ± ۱۶/۸۰	۲/۶۱ ± ۱۱/۹۵	۲/۵۸ ± ۱۳/۰۵	-۰/۳۰۰	-۰/۸۴۸
	گروه گواه	۳/۲۵ ± ۱۷/۵۵	۲/۸۰ ± ۱۵/۶۵	۳/۰۳ ± ۱۶/۰۰	-۱/۰۴۱	-۰/۱۹۶
	درمان پذیرش و تعهد	۵/۲۲ ± ۳۰/۶۰	۳/۷۵ ± ۱۷/۲۰	۴/۳۲ ± ۱۹/۰۰	۰/۰۹۱	-۱/۴۳۸
کیفیت خواب	درمان شناختی - رفتاری	۶/۴۹ ± ۲۸/۴۰	۴/۰۸ ± ۲۳/۰۰	۴/۴۲ ± ۲۴/۳۵	-۰/۹۰۴	-۰/۰۸۰
	گروه گواه	۵/۹۸ ± ۲۹/۴۵	۵/۲۶ ± ۲۹/۲۰	۴/۹۱ ± ۲۸/۵۰	-۰/۸۴۸	-۰/۷۶۱
	درمان پذیرش و تعهد	۳/۵۲ ± ۱۹/۳۰	۲/۲۱ ± ۱۳/۷۰	۲/۰۷ ± ۱۳/۶۵	-۰/۱۹۶	-۰/۵۴۳
الگوی خواب	درمان شناختی - رفتاری	۴/۰۳ ± ۱۹/۹۵	۲/۵۲ ± ۱۴/۴۵	۲/۲۴ ± ۱۵/۴۰	-۱/۴۳۸	-۰/۵۵۲
	گروه گواه	۳/۴۲ ± ۱۹/۱۵	۳/۲۴ ± ۱۸/۲۰	۳/۵۳ ± ۱۸/۸۵	۰/۹۰۴	-۰/۳۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	۵/۸۸ ± ۲۹/۱۰	۳/۸۲ ± ۱۷/۹۰	۳/۵۳ ± ۱۸/۱۰	۰/۰۹۱	-۱/۰۴۱
کمیت خواب	درمان شناختی - رفتاری	۶/۰۸ ± ۲۸/۳۰	۳/۴۶ ± ۲۰/۰۵	۳/۸۹ ± ۲۰/۵۰	-۰/۹۰۴	۰/۰۹۱
	گروه گواه	۶/۳۱ ± ۲۸/۵۰	۴/۷۸ ± ۲۶/۴۰	۴/۶۹ ± ۲۶/۹۵	-۰/۸۴۸	-۱/۴۳۸
	درمان پذیرش و تعهد	۱۲/۹۷ ± ۱۲۴/۱۵	۹/۷۷ ± ۷۵/۸۰	۷/۰۴ ± ۷۸/۳۰	-۱/۴۳۸	-۰/۰۸۰
نمره کل	درمان شناختی - رفتاری	۱۲/۸۱ ± ۱۲۱/۵۰	۷/۷۵ ± ۸۹/۸۵	۸/۱۲ ± ۹۳/۱۵	-۰/۰۸۰	-۰/۷۶۱
	گروه گواه	۱۴/۹۲ ± ۱۲۱/۷۰	۹/۵۴ ± ۱۱۶/۶۵	۹/۹۳ ± ۱۱۵/۶۰	۰/۰۹۱	۰/۹۰۴

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه گواه مشاهده نشد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلکز انجام شد. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($p > ۰/۰۵$). همچنین با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معنی‌داری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین به طور کلی، می‌توان گفت پیش‌فرض همگونی واریانس در گروه‌ها از تجانس برخوردار بود ($p > ۰/۰۵$) همچنین نتایج آزمون ام‌باکس برای

بررسی برابری ماتریس‌های کواریانس بکار رفت که نشان داد فرض برابری ماتریس کواریانس رد نشد ($p > ۰/۰۵$). همچنین نتایج تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه‌های استرس خواب ($p = ۰/۰۰۱$)، کیفیت خواب ($p = ۰/۰۰۳$) و نمره کل اختلال بی‌خوابی ($p = ۰/۰۱۱$) معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه‌ها برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه‌ها با استفاده از روش گیسر-گرینهااس اصلاح شد.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۵، ۱۴۰۳

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
استرس خواب	۰/۵۴۶	۹/۹۰	۴ و ۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶۱	۱/۰۰
تداوم خواب	۰/۷۷۳	۳/۸۶	۴ و ۱۱۲	۰/۰۰۶	۰/۱۲۱	۰/۸۸۶
کیفیت خواب	۰/۴۲۱	۸/۵۰	۴ و ۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	۰/۹۹۹
الگوی خواب	۰/۶۳۸	۷/۰۷	۴ و ۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲	۰/۹۹۴
کمیت خواب	۰/۷۴۱	۴/۵۳	۴ و ۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۹	۰/۹۳۵
نمره کل	۰/۳۵۳	۱۹/۱۵	۴ و ۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۱/۰۰

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های استرس خواب (۰/۵۴۶ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۲۶۱$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۹/۹۰$)، تداوم خواب (۰/۷۷۳ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۲۱$ ، $P = ۰/۰۰۶$ ، $F = ۳/۸۶$)، کیفیت خواب (۰/۴۲۱ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۲۳۳$ ، $F = ۸/۵۰$ ، $P = ۰/۰۰۱$)، الگوی خواب (۰/۶۳۸ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۲۰۲$ ، $F = ۷/۰۷$ ، $P = ۰/۰۰۱$)، کمیت خواب (۰/۷۴۱ = لامبدای

ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۳۹$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۴/۵۳$) و نمره کل اختلال بی‌خوابی (۰/۳۵۳ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۴۰۶$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۹/۱۵$) معنادار است. در ادامه جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
اثر گروه	۱۳۲۴/۵۸	۱۹۲۸/۳۳	۱۹/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷	
استرس خواب	اثر زمان	۱۵۰۵/۲۱	۱۰۲۰/۹۸	۸۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
اثر تعاملی گروه×زمان	۹۱۰/۰۹	۱۵۷۹/۵۷	۱۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶	
اثر گروه	۳۴۷/۹۱	۷۲۱/۷۳	۱۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۵	
تداوم خواب	اثر زمان	۴۰۳/۳۳	۴۸۲/۴۵	۴۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵
اثر تعاملی گروه×زمان	۱۲۴/۰۶	۷۵۹/۲۷	۴/۶۶	۰/۰۰۲	۰/۱۴۰	
اثر گروه	۱۳۱۶/۴۳	۲۱۶۳/۱۸	۱۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	
کیفیت خواب	اثر زمان	۹۹۱/۸۸	۱۲۱۳/۴۸	۴۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸
اثر تعاملی گروه×زمان	۹۸۵/۹۷	۲۰۹۶/۴۷	۱۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰	
اثر گروه	۳۱۲/۲۱	۸۲۶/۶۵	۱۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴	
الگوی خواب	اثر زمان	۳۶۰/۵۳	۳۱۲/۰۰	۶۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶
اثر تعاملی گروه×زمان	۲۰۱/۸۲	۵۱۷/۱۰	۱۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۱	
اثر گروه	۱۰۳۲/۳۴	۱۹۲۲/۳۰	۱۵/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	
کمیت خواب	اثر زمان	۱۳۸۷/۲۰	۱۳۵۶/۰۰	۵۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶
اثر تعاملی گروه×زمان	۵۸۶/۴۹	۲۰۷/۱۰	۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲۰	
اثر گروه	۱۹۶۹۹/۶۸	۱۰۷۸۴/۵۷	۵۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶	
نمره کل	اثر زمان	۲۱۴۹۳/۶۳	۱۰۲۵۶/۸۰	۱۱۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷
اثر تعاملی گروه×زمان	۱۱۷۲۱/۹۶	۸۵۰۹/۰۳	۳۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه×زمان برای مؤلفه‌های استرس خواب (۰/۳۶۶ = η^2 ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۹۱/۰۹$)، تداوم خواب (۰/۱۴۰ = η^2 ، $P = ۰/۰۰۲$ ، $F = ۴/۶۶$)، کیفیت

خواب (۰/۳۲۰ = η^2 ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۳/۴۰$)، الگوی خواب (۰/۲۸۱ = η^2 ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۱/۱۲$)، کمیت خواب (۰/۲۲۰ = η^2 ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۸/۰۵$) و نمره کل (۰/۵۷۹ = η^2 ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۳۹/۲۶$) معنادار است.

جدول ۶ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه زوجی اثر گروه‌ها بر مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	تفاوت گروه‌ها		متغیر
۰/۰۴۸	۱/۰۶	-۲/۶۳	شناختی - رفتاری	پذیرش و تعهد	استرس خواب
۰/۰۰۱	۱/۰۶	-۶/۶۰	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	-۳/۹۷	گروه کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۶۷۰	۰/۶۵	-۰/۸۰	شناختی - رفتاری	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۰/۶۵	-۳/۲۷	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	تداوم خواب
۰/۰۰۱	۰/۶۵	-۲/۴۷	گروه کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۲۸	۱/۱۳	-۳/۰۳	شناختی - رفتاری	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۱/۱۳	-۶/۶۲	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	کیفیت خواب
۰/۰۰۱	۱/۱۳	-۳/۵۸	گروه کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۴۱۰	۰/۷۰	-۱/۰۵	شناختی - رفتاری	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۰/۷۰	-۳/۱۷	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	الگوی خواب
۰/۰۱۱	۰/۷۰	-۲/۱۲	گروه کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۷۴۹	۱/۰۶	-۱/۲۳	شناختی - رفتاری	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	-۵/۵۸	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	کمیت خواب
۰/۰۰۱	۱/۰۶	-۴/۳۵	گروه کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۳	۲/۵۱	-۸/۷۵	شناختی - رفتاری	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۲/۵۱	-۲۵/۲۳	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	نمره کل
۰/۰۰۱	۲/۵۱	-۱۶/۴۸	گروه کنترل	شناختی - رفتاری	

پذیرش و تعهد در بهبود نمرات اختلال خواب و مؤلفه‌های آن مؤثرتر بوده است.

اولین یافته پژوهش مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال بی‌خوابی با نتایج پال و همکاران (۲۰۲۲)؛ پلاگینی و همکاران (۲۰۲۲)؛ ردکر و همکاران (۲۰۲۲)؛ آرنه و همکاران (۲۰۲۲)؛ کمالی‌نسب و همکاران (۱۴۰۱)؛ شارح و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرز فکر رابطه خاصی با بی‌خوابی دارد و اکثر افراد در هنگام بی‌خوابی در رختخواب از هجوم افکار منفی شکایت می‌کنند که اغلب آن را مغز بی‌خواب می‌نامند. افراد معمولاً، در پی بروز این مشکلات یک سری واکنش‌های رفتاری و روانی در رختخواب نشان می‌دهند که خود این واکنش‌ها منجر به تداوم بیشتر مشکلات خواب می‌شود. هجوم افکار منفی و تلاش برای اجتناب از افکار و باورهای منفی، با افزایش بی‌خوابی همراه است (داوودی و همکاران، ۱۳۹۶). به طور کلی درمان

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی اثر مثبت دارند. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو درمان شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود نمرات اختلال بی‌خوابی و مؤلفه‌های آن مؤثرتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال بی‌خوابی زنان و مردان میان‌سال انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌ها و نمره کل اختلال بی‌خوابی اثر مثبت دارند. همچنین نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد و درمان

شناختی رفتاری با بهره گرفتن از تکنیک‌های شناختی رفتاری به مراجع کمک می‌کند با اصلاح الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود، اصلاح افکار، رعایت بهداشت خواب، ترمیم طحوازه‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای و ذهنیت، رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد و از تداخل محرک‌های محیطی در خواب جلوگیری کند و در نتیجه کیفیت خواب خود را افزایش دهد (بوردون و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته بعدی پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال بی‌خوابی با نتایج لاسون و همکاران (۲۰۲۳)، سالاری و همکاران (۱۳۹۹)، لیلینا (۲۰۱۹)، زکی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته نیز می‌توان اظهار کرد اکت به افراد آموزش می‌دهد تا بتوانند اجتناب از افکار، احساسات، تمایلات، پریشانی‌ها و مشکلات را تشخیص داده و کنار بگذارند و به جای ادامه دادن به الگوهای ناسالم، راهبردهای مناسب و مبتنی بر ارزش و پذیرش را انتخاب و اجرا کنند و از تأثیر بی‌خوابی در زندگی شان بکاهند (گراس، ۲۰۱۵). بنابراین شیوه اصلی درمان پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیشتر از آن اجتناب شده است (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). بر همین اساس اکت تصمیم به ماندن در رختخواب به جای ترک اتاق خواب و تمایل برای تجربه بیدار ماندن (زیرا تنها هنگامی می‌توان به خواب رفت که بیداری شبانه را پذیرفت) را در بیماران تقویت می‌کند و مبارزه با بی‌خوابی را کاهش می‌دهد. مبارزه کمتر، اتلاف انرژی کمتر، برانگیختگی شبانه کمتر، و در نتیجه ظرفیت بیشتر برای داشتن یک زندگی معنادار است و محیطی را برای ایجاد خواب طبیعی فراهم می‌کند. اگر مغز بداند دنیای اطراف امن و مطمئن است احتمال خوابیدن بسیار بیشتر می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال خواب میان‌سالان تأثیر بیشتری داشت. هیچ پژوهشی تاکنون به مقایسه دو درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر روی اختلال بی‌خوابی به صورت مستقل انجام نشده است و اغلب در ترکیب با سایر درمان‌ها و تنها بر برخی ویژگی‌های خواب بوده است که اثرات مثبت هر دو درمان را از جمله، یافته‌های چاپویت و همکاران (۲۰۲۱) و میلرمنس و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد اکت ممکن است با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، یعنی توانایی انتخاب رفتار مبتنی بر ارزش حتی در حضور

افکار و احساسات مشکل‌ساز، در بی‌خوابی مؤثر باشد (اوساجی و همکاران، ۲۰۲۰). هدف از مداخله مبتنی بر اکت کاهش اجتناب تجربی از طریق طریق افزایش گشودگی به تجربه و رفتارهای مبتنی بر ارزش به دور از تغییر افکار و تنظیم احساسات است (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). اکت بر هدف درمانی بهتر زیستن تمرکز می‌کند، نه فقط بهتر خوابیدن، که از وسواس بی‌خوابی در مورد خواب جلوگیری می‌کند و بنابراین، به خواب رفتن را تسهیل می‌کند (چاپویت و همکاران، ۲۰۲۱). تمرکز درمان شناختی اصلاح شناخت و باورها در مورد خواب است، درحالی‌که تمرکز اکت افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و ایجاد یک نگرش غیر قضاوت‌کننده نسبت به خواب است. اگرچه تأثیر کنترل محرک و محدودیت خواب به خوبی شناخته شده است، استفاده از روش‌هایی که برای بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی سرمایه‌گذاری می‌کنند تا حدودی متناقض با هدف رویکرد سنتی بی‌تی‌آی است که به دنبال اصلاح باورها و عادات بیمار است که ممکن است تمرکز افراد را بر بی‌خوابی افزایش دهند (هاروی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی بر باورهای ناکارآمد خواب تأثیر ناچیزی دارد (بالزیو و همکاران، ۲۰۲۱). درواقع درمان اکت می‌تواند با کاهش اجتناب تجربی، پذیرش بی‌خوابی، پایبندی به ارزش‌ها، دیدگاه غیرقضاوتی نسبت به بی‌خوابی و کاهش اتلاف انرژی در مبارزه با بی‌خوابی میزان نگرانی مرتبط با خواب را کاهش دهد و در نتیجه به خواب رفتن را تسهیل کند و نسبت به درمان شناختی رفتاری اثرگذاری بیشتری داشته باشد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم توانایی بررسی وضعیت اقتصادی، خانوادگی و روانشناختی در ابعاد دیگر در بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود. با توجه به تفاوت‌هایی که در وضعیت تأهل، سن زنان و مردان و نوع شغل وجود داشت ممکن است در کمک به بهبودی و یا عدم بهبودی تأثیرگذار بوده باشند. همچنین عدم توان بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در میان آن‌ها می‌تواند بر روی متغیرهای مورد بررسی پژوهش اثرگذار بوده باشد. پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه انجام گرفته و محدودیت تمامی پژوهش‌های پرسشنامه‌ای از جمله درجه اعتماد به پاسخ شرکت‌کنندگان را دارد. از آنجایی که پژوهشگر در تکمیل پرسشنامه‌ها و تفهیم سؤالات به آزمودنی‌ها حضور داشته است اغلب آزمودنی‌ها با مثبت‌اندیشی، سعی در عادی‌سازی مشکلات خود می‌نمودند و پاسخ‌ها تحت

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنج است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

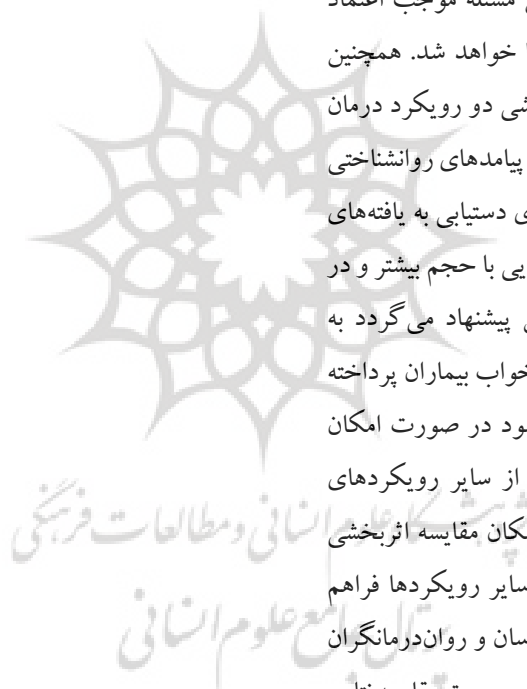
حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور این تحقیق و تمامی میان‌سالان شهر همدان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تأثیر نگرش و هیجانات سطحی و گاهی لحظه‌ای قرار می‌گرفت. اصولاً برای بررسی تأثیر درازمدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. بر اساس نتایج به دست آمده به روانشناسان، مشاوران بالینی و درمانگران پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات بیماران دچار اختلال بی‌خوابی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی و درمان پذیرش و تعهد بی‌خوابی به‌عنوان درمان‌های راحت، در دسترس و کم هزینه برای کمک به این افراد اقدام کنند. درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی و درمان پذیرش و تعهد بی‌خوابی می‌تواند در برنامه‌های پیشگیرانه قبل از شروع اختلال خواب به افراد میان‌سال ارائه شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها استفاده گردد، زیرا این مسئله موجب اعتماد بیشتر به نتایج و کاهش سوگیری‌ها در زمینه یافته‌ها خواهد شد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات مقایسه‌ای آتی، اثربخشی دو رویکرد درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر روی سایر پیامدهای روانشناختی بیماران مبتلا به بی‌خوابی مورد مطالعه قرار گیرد. برای دستیابی به یافته‌های قابل تعمیم‌تر پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در جوامع با فرهنگ‌های متفاوت انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد به بررسی سایر متغیرهای اثرگذار در بهبود اختلال خواب بیماران پرداخته شود. ابزار این پژوهش پرسشنامه بود، پیشنهاد می‌شود در صورت امکان مطالعه بالینی نیز انجام شود. در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی در مقایسه با این روش‌ها استفاده گردد تا امکان مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری با سایر رویکردها فراهم گردد. انجام پژوهش‌های متعدد با استفاده از روانشناسان و روان‌درمانگران در مراکز مختلف روانشناسی و کلینیکی، بستری مناسب جهت مقایسه نتایج و کاربردی کردن هر چه بهتر این نوع پژوهش‌ها را دارد.



منابع

حسین‌لو، عقیل؛ پورنقاش‌تهرانی، سیدسعید؛ جعفری‌روشن، فریبا؛ چهره‌سا، علیرضا و دارابی، مجید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان، پس از خیانت همسر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۳)، ۹۹۹-۱۰۱۴.

<https://doi.org/10.52547/JPS.20.103.999>

داودی، ایران؛ نیسی، عبدالکاسم؛ خزائی، حبیب‌اله؛ ارشدی، نسرين و زکی‌ئی، علی. (۱۳۹۶). بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷ (۱۵۰)، ۱۰۷-۱۲۱.

<http://jmums.mazums.ac.ir/article-۸۶۴۸-۱-fa.html>

قریب‌بلوک، معصومه؛ میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد. (۱۴۰۱). پیش‌بینی کیفیت خواب در نوجوانان بر اساس نگرش ناکارآمد درباره خواب، روان‌آزردگی‌گرایی، اعتیاد به اینترنت و حساسیت اضطرابی با میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۶)، ۱۵۳۸-۱۵۲۱.

<https://doi.org/10.52547/JPS.21.116.1521>

کمالی‌نسب، زهرا؛ کوشکی، شیرین؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ اورکی، محمد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و توانایی‌های شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۲ (۴۸)، ۸۴-۵۷.

<https://doi.org/10.۲۲۰۵۴/jcps.۲۰۲۳.۶۴۵۶۱.۲۶۶۶>

همای مجاز، زهرا؛ سیف، علی‌اکبر و کردنوقایی، رسول. (۱۴۰۲). طراحی و ساخت پرسشنامه تشخیص و علت‌یابی اختلال بی‌خوابی در میان‌سالان. *مجله روانشناسی بالینی*، پذیرفته شده، انتشار آنلاین از تاریخ ۱۱ شهریور.

<https://doi.org/10.22075/jcp.2023.30091.2603>

References

Arnedt, J. T., Cardoni, M. E., Conroy, D. A., Graham, M., Amin, S., Bohnert, K. M., Krystal, A. D., & Ilgen, M. A. (2022). Telemedicine-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia in alcohol use disorder (AUD): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05898-y>

Baglioni, C., Tang, N. K. Y., Johann, A. F., Altena, E., Bramante, A., Riemann, D., & Palagini, L. (2022). Insomnia and poor sleep quality during peripartum: a family issue with potential long term

consequences on mental health. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(23), 4534-4542. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1854718>

Brownlow, J. A., Miller, K. E., & Gehrman, P. R. (2020). Insomnia and Cognitive Performance. *Sleep medicine clinics*, 15(1), 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.10.002>

Chapoutot, M., Peter-Derex, L., Schoendorff, B., Faivre, T., Bastuji, H., & Putois, B. (2021). Telehealth-delivered CBT-I programme enhanced by acceptance and commitment therapy for insomnia and hypnotic dependence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of sleep research*, 30(1), e13199. <https://doi.org/10.1111/jsr.13199>

Cheng, P., Kalmbach, D. A., Tallent, G., Joseph, C. L., Espie, C. A., & Drake, C. L. (2019). Depression prevention via digital cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled trial. *Sleep*, 42(10), zsz150. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz150>

Davoodi, I., Neisi, A., Khazei, H., Arshadi, N., & Zakiei, A. (2017). The Roles of Some Cognitive and Emotional Factors in Predicting Insomnia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(150), 107-121. (Persian). URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8648-fa.html>

Dopheide, J. A. (2020). Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *The American journal of managed care*, 26(4 Suppl), S76-S84. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42769>

Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130-137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>

Gharib Bolouk, M., Mikaeili, N., & Basharpour, S. (2022). Predicting sleep quality in adolescents based on dysfunctional beliefs and attitudes about sleep, neuroticism, internet addiction, and anxiety sensitivity mediated by emotion regulation strategies and mindfulness. *Journal of Psychological Science*, 21(116), 1521-1538. (Persian). doi:10.52547/JPS.21.116.1521

- Harvey, A. G., Bélanger, L., Talbot, L., Eidelman, P., Beaulieu-Bonneau, S., Fortier-Brochu, É., Ivers, H., Lamy, M., Hein, K., Soehner, A. M., Mérette, C., & Morin, C. M. (2014). Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 670–683. <https://doi.org/10.1037/a0036606>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115–131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-007>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 43, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
- Homaie mojaz, Z., Saif, A. A., & Kordnohabi, R. (2023). Designing and making a questionnaire for diagnosis and etiology of insomnia disorder in the middle-aged. *Journal of Clinical Psychology*, (Persian). <https://doi:10.22075/jcp.2023.30091.2603>
- Hosseini, A., Pournaghash Tehrani, S. S., Jafari Roshan, F., Chehreh, A., & Darabi, M. (2021). The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depressive symptoms and rumination in women after infidelity. *Journal of Psychological Science*. 20(103), 999-1014. (Persian). doi:10.52547/JPS.20.103.999
- Kamalinassab, Z., Kooshki, S., Banijamali, S. A., & Oraki, M. (2022). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral and mindfulness therapies on sleep quality and cognitive abilities of women with insomnia. *Clinical Psychology Studies*, 12(48), 57-84. (Persian). <https://doi:10.22054/jcps.2023.64561.2666>
- Koffel, E., Branson, M., Amundson, E., & Wisdom, J. P. (2021). "Sign me up, I'm ready!": Helping patients prescribed sleeping medication engage with cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I). *Behavioral Sleep Medicine*, 19(5), 629-639. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1828085>
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2019). ACT for sleep - Internet-delivered self-help ACT for sub-clinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.04.001>
- Lawson, L. P., Richdale, A. L., Denney, K., & Morris, E. M. (2023). ACT-i, an insomnia intervention for autistic adults: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(2), 146-163. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000571>
- Lin, C. Y., Imani, V., Griffiths, M. D., Broström, A., Nygårdh, A., Demetrovics, Z., & Pakpour, A. H. (2021). Temporal associations between morningness/eveningness, problematic social media use, psychological distress and daytime sleepiness: Mediated roles of sleep quality and insomnia among young adults. *Journal of sleep research*, 30(1), e13076. <https://doi.org/10.1111/jsr.13076>
- Miller-Mendes, M., Castilho, P., Clara, M. I., Clemente, V., & Gomes, A. A. (2023). Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for insomnia: Exploring the potential benefit of psychological flexibility and self-compassion combined with behavioral strategies. *New Ideas in Psychology*, 69, 101013. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101013>
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2009). Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: a naturalistic 12-month follow-up. *Explore*, 5(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.10.004>
- Osaji, J., Ojimba, C., & Ahmed, S. (2020). The use of acceptance and commitment therapy in substance use disorders: a review of literature. *Journal of clinical medicine research*, 12(10), 629. <https://doi.org/10.14740%2Fjocmr4311>
- Pakpour, A. H., Griffiths, M. D., Ohayon, M. M., Broström, A., & Lin, C. Y. (2020). Editorial: A Good Sleep: The Role of Factors in Psychosocial Health. *Frontiers in neuroscience*, 14, 520. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00520>
- Pal, A., Joshi, T., Basu, A., & Gupta, R. (2022). Management of Chronic Insomnia Using Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) During

- COVID-19 Pandemic: Does One Shoe Fit All?. *Sleep and Vigilance*, 6(1), 51-60. <http://dx.doi.org/10.1007/s41782-022-00197-1>
- Palagini, L., Bramante, A., Baglioni, C., Tang, N., Grassi, L., Altena, E., Johann, A. F., Geoffroy, P. A., Biggio, G., Mencacci, C., Sharma, V., & Riemann, D. (2022). Insomnia evaluation and treatment during peripartum: a joint position paper from the European Insomnia Network task force "Sleep and Women," the Italian Marcè Society and international experts task force for perinatal mental health. *Archives of women's mental health*, 25(3), 561-575. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01226-8>
- Pentagna, Á., Castro, L. H. M., & Conway, B. A. (2022). What's new in insomnia? Diagnosis and treatment. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 80(5 Suppl 1), 307-312. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-S124>
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., Denberg, T. D., & Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 165(2), 125-133. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Redeker, N. S., Yaggi, H. K., Jacoby, D., Hollenbeak, C. S., Breazeale, S., Conley, S., Hwang, Y., Iennaco, J., Linsky, S., Nwanaji-Enwerem, U., O'Connell, M., & Jeon, S. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia has sustained effects on insomnia, fatigue, and function among people with chronic heart failure and insomnia: the HeartSleep Study. *Sleep*, 45(1), zsab252. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab252>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., Weeß, H. G., ... Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*, 26(6), 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Riemann, D., Benz, F., Dressle, R. J., Espie, C. A., Johann, A. F., Blanken, T. F., Leerssen, J., Wassing, R., Henry, A. L., Kyle, S. D., Spiegelhalter, K., & Van Someren, E. J. W. (2022). Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *Journal of sleep research*, 31(4), e13604. <https://doi.org/10.1111/jsr.13604>
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Ghasemi, H., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC neurology*, 20(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01883-1>
- Sengupta, A., & Weljie, A. M. (2019). Metabolism of sleep and aging: Bridging the gap using metabolomics. *Nutrition and healthy aging*, 5(3), 167-184. <https://doi.org/10.3233/NHA-180043>
- Shareh, H., Hasheminik, M., & Jamalnik, M. (2022). Cognitive behavioural group therapy for insomnia (CBGT-I) in patients undergoing haemodialysis: a randomized clinical trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 50(6), 559-574. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000364>
- Wardle-Pinkston, S., Slavish, D. C., & Taylor, D. J. (2019). Insomnia and cognitive performance: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 48, 101205. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.07.008>
- Zakiei, A., Korani, D., Sahraei, Z., Rostampour, M., & Khazaie, H. (2022). Predicting sleep quality and insomnia severity using the components of the acceptance and commitment therapy (ACT) model: A new perspective. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 227-233. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.10.006>
- Zeng, L. N., Zong, Q. Q., Yang, Y., Zhang, L., Xiang, Y. F., Ng, C. H., Chen, L. G., & Xiang, Y. T. (2020). Gender Difference in the Prevalence of Insomnia: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in psychiatry*, 11, 577429. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.577429>