

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of Well-Being Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Sleep in the Elderly



Narges Hossein Nazari ¹, Hamid Nejat ^{*2}, Mohammadreza Saffarian Tosi ²

1. Ph.D Student, Department of Education Sciences, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Education Sciences, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16249

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.25.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16249)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16249.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Well-being therapy,
Quality of sleep,
Acceptance and
Commitment Therapy,
Elderly

Received: 2022/08/07
Accepted: 2022/10/21
Available: 2023/05/21

Aging is associated with many complications, including sleep quality disorders, and addressing this issue is important in increasing the health level of the elderly. The aim of this study was to compare the effectiveness of well-being therapy with acceptance and commitment therapy on the quality of sleep in the day care center for the elderly. The present study was a quasi-experimental pretest-posttest with a one-month follow-up phase with a control group. The statistical population of the present study included the elderly of Neshat Nursing Home in Mashhad in 2021. Among these people, 45 people were selected by availability sampling and randomly divided into three groups of 15 people. The experimental groups underwent 8 sessions of 90 minutes of well-being therapy or acceptance and commitment therapy and no action was taken for the control group. Data collection tools included Pittsburgh Sleep Quality Index. SPSS software version 22 and mixed analysis of variance with repeated measures at the level of 0.05 were used to analyze the research data. The results showed that well-being therapy and acceptance and commitment therapy had a significant effect on improving the quality of sleep of the elderly in the post-test and follow-up stages ($P < 0.001$). There was no significant difference between the effectiveness of the two groups ($P < 0.05$). Along with other therapeutic factors, specialists can benefit from well-being therapy and therapy based on acceptance and commitment as effective psychological interventions in improving the quality of sleep in the elderly.



* Corresponding Author: Hamid Nejat

E-mail: hnejat54@yahoo.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب سالمندان مرکز نگهداری روزانه سالمندان



نرگس حسین نظری^۱، حمید نجات^{۲*}، محمدرضا صفاریان طوسی^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۲. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16249

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.25.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16249)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16249.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

بهزیستی درمانی، کیفیت خواب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سالمند

سالمندی با عوارض متعددی از جمله اختلال در کیفیت خواب همراه است و رسیدگی به این موضوع در افزایش سطح سلامت سالمندان اهمیت دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب مرکز نگهداری روزانه سالمندان انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون به همراه مرحله پیگیری یک ماهه و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل سالمندان خانه سالمندان نشاط شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بودند. از بین این افراد، تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بهزیستی درمانی یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و برای گروه کنترل اقدامی صورت نگرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر در سطح ۰/۰۵ استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده این بود که بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثر معنادار داشته‌اند ($P < 0/001$). اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو گروه وجود نداشته است ($P > 0/05$). متخصصان می‌توانند در کنار سایر روش‌های درمانی، از بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. به عنوان مداخلات روانشناختی موثر در بهبود کیفیت خواب در سالمندان بهره ببرند.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۵/۱۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۷/۲۹

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

* نویسنده مسئول: حمید نجات

رایانامه: hnejat54@yahoo.com

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سن بالای ۶۵ سال به عنوان نقطه شروع سالمندی^۱ و آخرین دوره چرخه زندگی در نظر گرفته می‌شود (لیو و همکاران،^{۲۰۲۱}). بر اساس آمار تا سال ۲۰۲۵ جمعیت بالای ۶۰ سال در جهان به ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید و این تعداد تا سال ۲۰۵۰ دو برابر خواهد شد (اوسترلو، کرول، باتنبرگ دیجانگ، ایکرم و گودجبرگ،^{۲۰۲۱}). ایران با توجه به ترکیب جمعیتی خود در معرض پدیده سالمندی قرار دارد و نرخ جمعیت افراد مسن در ایران روز به روز در حال افزایش است و تحقیقات نشان داده که تا سال ۲۰۵۰ جمعیت افراد سالمند در ایران نسبت به کل جمعیت به حدود ۲۶ درصد خواهد رسید (حاجت‌پور و هارون رشیدی، ۱۴۰۰). در این دوره سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل، توانایی فرد کاهش می‌یابد و این روند موجب افزایش ناتوانی و کاهش تصاعدی و پیش‌رونده در توانایی حرکتی و عملکرد حافظه، کاهش استقلال، افزایش وابستگی به دیگران می‌شود (جیاکلان، وندین، کرم و ریسویک،^{۲۰۱۶}). بروز علائم افسردگی و اضطراب، احساس ناامیدی، بی‌انگیزگی، احساس تنهایی و مشکلات خواب از جمله آسیب‌هایی است که در این دوره قابل مشاهده است (احدی، رضانی اول، عسگری و نجات، ۱۳۹۹). یکی از مهم‌ترین مشکلات آسیب‌زا در سالمندان، مسأله کیفیت خواب^۵ است که بسیاری از آنها در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند (سلا، میولا، تافلینی و بورلا،^{۲۰۲۱}).

یکی از مشکلات تاثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان، مشکلات خواب است (تل،^{۲۰۱۳}). دستیابی فرد به خواب عمیق، خواب با کیفیت اطلاق می‌شود و بنابراین خواب با کیفیت چیزی فراتر از یافتن فرصتی برای چند ساعت به خواب رفتن است (گاو، چاچاگاین و اسکالین،^{۲۰۱۹}). مشکلات در به خواب رفتن و در خواب ماندن بدون هیچ علت آشکار به عنوان اختلال خواب تلقی می‌شوند و این اختلالات معمولاً با نارضایتی در کیفیت خواب نمایان می‌شوند (کریولو، برسوکچی، جیرولمی و پالامبو،^{۲۰۱۹}). گرچه اختلالات خواب در تمام گروه‌های سنی رخ می‌دهد، اما سالمندی با تغییرات عمده در الگوی و کیفیت خواب همراه است (لان، تسازاکی، لیو و لاین،^{۲۰۱۷}). سلامت انسان با کیفیت خواب او در ارتباط است و بی‌خوابی شبانه می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (دالی-ایکنهارت، اسکات، هووارد-جونز، نیکالو و مکرینکن،^{۲۰۱۶}). مشکلات خواب جزء شایع‌ترین

مشکلاتی است که توسط سالمندان تجربه می‌شود و مطالعات از شیوع بالای کیفیت نامناسب خواب در بین سالمندان حکایت دارند، به طوری که تحقیقات نشان داده است خواب با کیفیت کم بعد از سر درد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و از شکایات شایع و از دلایل مراجعه افراد سالمند به پزشکان است (رامیایرز و همکاران،^{۲۰۱۹}). بعضی از مشکلات خواب به قدری جدی هستند که در عملکرد طبیعی جسمانی، ذهنی، اجتماعی و هیجانی تداخل ایجاد می‌کنند (گپتا، مورگان و گیلکریست،^{۲۰۱۷}). خواب با کیفیت کم عملکرد زیستی و پاسخ ایمنی بدن را به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و مشکلات خواب با کاهش کیفیت آن تهدیدکننده زندگی بخصوص در دوران سالمندی هستند (لان و همکاران،^{۲۰۱۷}). کاهش کیفیت خواب در سالمندان اغلب با بیماری‌های جسمانی، افسردگی، اضطراب و تغییرات شناختی همراه است (رامیایرز و همکاران،^{۲۰۱۹}). بنابراین جستجوی مداخلات درمانی که قادر به بهبود کیفیت خواب در سالمندان باشد از جنبه سلامت جسمی و روانی حایز اهمیت است. در همین راستا، بهزیستی درمانی^{۱۴} و درمان پذیرش و تعهد^{۱۵} از جمله رویکردهای مداخلاتی هستند که احتمالاً می‌تواند در بهبود کیفیت خواب سالمندان مؤثر باشند.

بهزیستی درمانی یک رویکرد به درمان و متفاوت از رویکردهای دیگر که شامل تأکید بر سلامت هیجانی مثبت به جای تمرکز بر کاهش نشانه‌های خلقی منفی است، می‌باشد (پیرنیا، ملکی، کاظمی و ملکان مهر،^{۱۳۹۹}). تمرکز درمان در بهزیستی درمانی، بر چهارچوب مفهومی ریف استوار است و هدف درمانگر سوق دادن بیمار از یک سطح معیوب به یک سطح مطلوب در شش بعد بهزیستی روانشناختی می‌باشد (پژوهشگر، رجایی خوی نژاد و بیاضی،^{۱۳۹۸}). بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل داشتن پذیرش خود^{۱۶}، رابطه مثبت با دیگران^{۱۷}، خودمختاری^{۱۸}، زندگی هدفمند^{۱۹}، رشد شخصی^{۲۰} و تسلط بر محیط^{۲۱} تشکیل می‌شود (فاوا، کاسکی، گودی و تامبا،^{۲۰۱۷}). از نقطه نظر این دیدگاه، فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است (گودی، رافانلی و فاوا،^{۲۰۱۸}). همچنین افراد با ویژگی رابطه مثبت با دیگران عمدتاً انسان‌هایی نوع‌دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می‌کوشند رابطه گرم بر اساس اعتماد متقابل با دیگران ایجاد کنند (گودی و فاوا،^{۲۰۲۱}). فردی که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می‌تواند ابعاد مختلف محیط را تا حد امکان تغییر دهد و بهبود بخشد

13. Gupta, L., Morgan, & Gilchrist
14. well-being therapy
15. acceptance and Commitment Therapy
16. Self-acceptance
17. positive relationships with others
18. autonomy
19. purposeful living
20. personal growth
21. mastery of the environment
22. Fava, G. A., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba
23. Guidi, J., Rafanelli, C., & Fava
24. Guidi, J., & Fava

1. elderly
2. Liu et al
3. Oosterloo, B. C., Croll, P. H., Baatenburg de Jong, R. J., Ikram, M. K., & Goedegebuure
4. Giacalone, D., Wendin, K., Kremer, S., & Risvik
5. quality of sleep
6. Sella, E., Miola, L., Toffalini, E., & Borella, E
7. Tel
8. Gao, C., Chapagain, N. Y., & Scullin
9. Crivello, A., Barsocchi, P., Girolami, M., & Palumbo
10. Lan, L., Tsuzuki, K., Liu, Y. F., & Lian
11. Daly-Eichenhardt, A., Scott, W., Howard-Jones, M., Nicolaou, T., & McCracken
12. Ramirez

ارزیابی، مشاهده کنند (اوست^۴، ۲۰۱۴). این شیوه به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی و با توضیح درباره آنها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (اتجاک، دوپس، مارینا، پاورز، اسمیتز و املکامپ^۵، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توجه ویژه‌ای به ذهن آگاهی به معنای توجه بدون قضاوت فرد به زمان حال و تجربه لحظه به لحظه فرایندهای درونی تاکید دارد (عباسی، خزان، پیرانی و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۵). این رویکرد بر اصول پذیرش^۶، گسلش^۷، تماس با لحظه^۸ حاضر، خود به عنوان زمینه^۹ و مشاهده خود، ارزش‌ها و عمل متعهدانه استوار است که می‌تواند زمینه انعطاف‌پذیری روانشناختی را تسهیل سازند (تاوهیگ و لوین^{۱۰}، ۲۰۱۷). این درمان از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، مشاهده فرایندهای درونی و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کند (وتررل و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۱). هدف این درمان این است که فرد به جای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و تمایلات آشفته‌ساز، عملی را انتخاب کند که از میان گزینه‌های گوناگون، در جهت ارزش‌هایش باشد و به زندگیش معنا و جهت بدهد (خزائی و زکی‌بی، ۱۳۹۸). گلستانی فر و دشت‌بزرگی (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند پرداختند و نشان دادند که هر دو مداخله در بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی این گروه موثر است. متقی، ماردپور و خرامین (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب و شاخص‌های فیزیولوژی در سالمندان پرداختند و نشان دادند که هر دو مداخله در بهبود کیفیت خواب و شاخص‌های فیزیولوژی این افراد موثر است. طرقي و مسعودی (۱۳۹۹) در یک مطالعه نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان دارای درد مزمن است. اوست (۲۰۱۴) در مطالعه فراتحلیلی نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش علائم بالینی و بهبود فاکتورهای سلامتی از جمله یک الگوی خواب منظم در بیماران دارای اختلالات خلقی و اضطرابی از ثربخشی بالایی برخوردار است. دالی-ایکنهارت و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی خود در افراد با درد مزمن نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در این افراد می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری روانی موجب بهبود مشکلات خواب شود.

مسئله سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان و ارتقای آن از جمله مباحث مهم در حوزه بهداشت روان است. این در حالی است که طبق یافته مطالعات، بیش از ۵۷ درصد سالمندان از اختلال خواب رنج می‌برند و بیش

و رشد شخصی به گشودگی نسبت به تجربیات جدید اشاره دارد. نشان داده شده است که سالمندان با احساس بهزیستی بیشتر، به طور عمده از عملکرد شناختی و فیزیکی بالاتری برخوردار هستند و از سبک زندگی سالم‌تر و سلامت جسمی و روانی بالاتری خبر می‌دهند (فاوا و روینی^۱، ۲۰۰۳). یافته برخی از مطالعات دال بر اثربخشی بهزیستی در کاهش مشکلات عاطفی و هیجانی و افزایش سطح سلامتی و بهزیستی روانشناختی است. خزایی، شمسی پور و دوازده امامی (۱۳۹۷) در مطالعه خود به این یافته دست پیدا کردند که بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی زنان خانه‌دار اثربخشی مناسبی دارد. قدیمی، میرزائیان و شهیدی (۱۴۰۰) در یک بررسی در زنان نابارور نشان دادند که بهزیستی درمانی بر کاهش استرس ناباروری و نشخوارذهنی اثربخش است. پژوهشگر و همکاران (۱۳۹۸) در یک مطالعه به بررسی تاثیر بهزیستی درمانی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو پرداختند نشان دادند که این درمان در بهبود افسردگی، خود مدیریت و کنترل قند خون موثر است. سرابندی، تونزنده جانی و نجات (۱۳۹۹) در یک مطالعه به بررسی تاثیر روش بهزیستی درمانی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پرداختند و نشان دادند که این مداخله در کاهش نشانگان بالینی افسردگی در این افراد موثر است. فاوا و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان دادند که بهزیستی درمانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در کاهش اضطراب اثربخشی معناداری دارد. فاوا و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی خود بر روی افراد دارای علائم افسردگی نشان دادند که بهزیستی درمانی در کاهش علائم افسردگی و افزایش سطح سلامت روان در این افراد اثربخش است.

همانگونه که ذکر شد، درمان پذیرش و تعهد نیز از جمله رویکردهای مداخلاتی است که می‌تواند در بهبود کیفیت خواب سالمندان مؤثر باشد. این شیوه درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقای انعطاف‌پذیری روانی می‌باشد. این درمان بر این عقیده است که آسیب از نوعی انعطاف‌ناپذیری روانشناختی به وجود می‌آید و ناشی از اجتناب از افکار و احساسات آزاردهنده است (کاتو-لسمس، فرناندز-رادریگز و گانزالز-فرناندز^۲، ۲۰۲۰). انعطاف‌پذیری روانی به معنای ایجاد و ارتقای انتخاب راهکاری که بین راهکارهای موجود مناسب‌تر است، نه راهکاری که باعث اجتناب از افکار، احساس‌ها، تمایل‌ها و خاطره‌های آشفته‌کننده می‌شود (ترخان، ۱۳۹۶). این شیوه از طریق آموزش پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود (فراس، لان، سیاروچی و بلکلدج^۳، ۲۰۱۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری به طور مستقیم بر تغییر افکار و احساس‌ها تأکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و

6. Acceptance
7. Defusion
8. self as context
9. Twohig, M. P., & Levin
10. Wetherell

1. Fava, G. A., & Ruini
2. Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández
3. Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge
4. Öst
5. A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp

آزمون برابر ۰/۸۰ در سطح اطمینان ۰/۹۵ و $\Delta = 5/5$ تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش این تعداد به ۲۰ نفر افزایش یافت (ماشین، کمپل، تان و تان، ۲۰۱۱):

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: این پرسشنامه توسط بایس و همکاران^۳ (۱۹۸۹) برای بررسی کیفیت خواب در افراد بیمار و سالم طراحی شده است. پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ شامل ۱۸ سوال در ۷ جز است. جز اول مربوط به کیفیت خواب ذهنی است که با سوال شماره ۹ مشخص می‌شود. جزء دوم مربوط به تاخیر در به خواب رفتن است که نمره آن با دو سوال یعنی میانگین نمره سوال ۲ و نمره قسمت الف سوال ۵ مشخص می‌شود. جزء سوم مربوط به مدت زمان خواب است که با سوال شماره ۴ مشخص می‌شود. جزء چهارم مربوط به کارایی و موثر بودن خواب است که نمره آن با تقسیم کل ساعات‌های خواب بودن و کل ساعاتی که فرد در بستر قرار می‌گیرد، ضربدر ۱۰۰ مشخص می‌شود. جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه‌ی میانگین نمرات سوال پنج به دست می‌آید. جزء ششم مربوط به داروهای خواب‌آور است که با سوال شماره ۶ مشخص می‌شود. جزء هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با محاسبه‌ی میانگین نمرات، سوالات شماره‌ی ۷ و ۸ مشخص می‌شود. امتیاز هر سوال حداقل ۰ و حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت مولفه نمره‌ی کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه‌ی آن بین ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره‌ی به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. بایس و همکاران (۱۹۸۹) در مطالعات مختلف به بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه پرداخته‌اند و روایی و پایایی آن را تایید کرده‌اند. بایس و همکاران (۱۹۸۹) در مطالعه خود همسانی درونی پرسشنامه‌ی کیفیت خواب را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و پایایی بازآزمایی آن با مقدار ۰/۸۸ مورد تایید قرار داده‌اند. همچنین آنها نشان دادند که این پرسشنامه دارای این قابلیت است که افراد با مشکلات خواب را از سایر افراد تفکیک کند که این نشان دهنده روایی افتراقی آن است. خزائی و زکی‌بی (۱۳۹۸) در مطالعه خود با ترجمه پرسشنامه‌ی کیفیت خواب به بررسی روایی و پایایی آن پرداختند و روایی صوری و محتوایی نسخه ترجمه شده آن را تایید کردند. آنها ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۱ را برای پرسشنامه‌ی کیفیت خواب به دست آوردند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ ۰/۷۴ به دست آمد.

برنامه درمانی: محتوای جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از برگرفته از فاوا (۲۰۱۶/۱۳۹۸) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد که در جدول ۱ به آن اشاره شده است. محتوای جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از اصول هاینز،

از ۴۰ درصد افرادی که سن بالاتر از ۶۰ سال دارند، کیفیت خواب آنان ضعیف است (سلا و همکاران، ۲۰۲۱). به دنبال تلاش برای دستیابی به مداخلات مؤثر در بهبود کیفیت خواب در سالمندان، مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب سالمندان و همچنین مقایسه اثربخشی این دو درمان می‌پردازد. بنابراین بخشی از مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت خواب در سالمندان و بخشی از آن نیز به بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر بهبود کیفیت خواب در این افراد می‌پردازد. گرچه در برخی مطالعات قبلی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود کیفیت خواب سالمندان پرداخته شده است ولی مطالعات مربوط به بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر بهبود کیفیت خواب در این افراد محدود است. با توجه به کمبود پژوهش‌ها مبنی بر اثربخشی بهزیستی درمانی در کیفیت خواب سالمندان، از یک جهت مطالعه حاضر می‌تواند پژوهشی نسبتاً جدید در این زمینه باشد و از طرف دیگر فرصتی فراهم می‌شود تا اثرات بهزیستی درمانی با اثرات مداخله پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب سالمندان، مورد مقایسه قرار گیرد. بنابراین، مطالعه حاضر به بررسی مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب در سالمندان مرکز نگهداری روزانه سالمندان می‌پردازد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون به همراه مرحله پیگیری یک ماهه و با گروه کنترل بود. طرح این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1399.127 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد مورد تصویب قرار گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام سالمندان (زن و مرد) ۶۵ تا ۸۵ ساله ساکن در خانه سالمندان نشاط شهر مشهد بودند. از بین این افراد و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل نمره داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، حداقل یک سال اقامت در آسایشگاه روزانه، نداشتن اعتیاد به هرگونه ماده مخدر از طریق مطالعه پرونده پزشکی بیمار و عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی بود. ملاک‌های خروج شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن با استفاده از نظر متخصص و بررسی پرونده پزشکی بیمار، دو جلسه غیبت متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی غیبت و یا عدم انجام تکالیف در طی سه جلسه در نظر گرفته شد. یکی از گروه‌های آزمایشی تحت مداخله بهزیستی درمانی و گروه آزمایشی دیگر تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفت. هر سه گروه در ابتدا و پایان و جلسات مداخله و یک ماه بعد از آن پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ را به عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. در نهایت ۵ نفر از گروه به دلیل عدم شرکت در جلسات یا عدم تکمیل پرسشنامه حذف شدند و داده‌های مربوط به ۴۵ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) تحلیل شد. تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵، توان

استراسال و ویلسون^۱ (۲۰۱۱) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد که در جدول ۲ به آن اشاره شده است.

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از فاوا

(۲۰۱۶/۱۳۹۸)

تعداد جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد روند جلسات درمانی و توصیف بهزیستی روانشناختی و چگونگی ثبت لحظات تجربه بهزیستی در دفتر یادداشت اختصاص داده شده به هر عضو گروه و انجام پیش آزمون
جلسه دوم	گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه‌های احتمالی لحظات بهزیستی و شرح مجدد نحوه نگارش و ثبت وضعیت و تجاری روزانه اعضا در مقیاس صفر تا صد، عدد صفر بیان گر عدم حضور و وجود بهزیستی و عدد یکصد بیانگر حداکثر تجربه بهزیستی می‌باشد.
جلسه سوم	توضیح در مورد شناسایی، تشخیص افکار و باورهایی که منجر به تخریب بهزیستی روانشناختی می‌گردند و آموزش گروهی و ارائه تکلیف خانگی انفرادی و فعالیت‌های مرتبط به تک تک اعضا.
جلسه چهارم	بررسی افکار، باورها و نحوه خود نظارتی ثبت شده دفتر یادداشت روزانه افراد گروه به منظور شناسایی دقیق‌تر حوزه‌های بهزیستی افراد که تحت تاثیر افکار و باورها قرار گرفته می‌باشد.
جلسه پنجم	ادامه‌ی ترغیب اعضا در تشخیص افکار و باورهایی که موجب اختلال در بهزیستی فرد می‌شود، ارائه تکلیف طبقه‌بندی شده پیشرفته‌تر و تشویق و ترغیب اعضا در انجام تکلیف روزانه و همچنین، انجام برخی تکنیک‌ها و مداخلات شناخت درمانی توسط درمانگر.
جلسه ششم	ادامه موضوع جلسه قبل و تاکید مجدد بر خودنظارت‌گری و ترغیب مجدد اعضا در جهت جستجو و همچنین درگیر شدن با تجارب خوشایند و فعالیت‌های مطلوب.
جلسه هفتم	در این مرحله درمانگر به شناسایی دقیق‌تری از اختلال عملکرد و یا آشفتگی در هر یک از شش حوزه بهزیستی روانشناختی (بر اساس مدل ریف) افراد گروه نموده و به طور اختصاصی در همان حوزه‌های مشکل‌دار، مداخلات لازم جهت بازسازی شناختی و ارتقاء بهزیستی روانشناختی اعضا گروه را انجام می‌دهد.
جلسه هشتم	آموزش مختصر موضوعات تکمیلی و پیشرفته‌تر لازم بر اساس مدل ریف جهت دستیابی به بهزیستی روانشناختی بالاتر، مرور و جمع‌بندی پایان جلسات.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایز و همکاران، ۲۰۱۱)

تعداد جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، بررسی وضعیت بیماری در هر یک از افراد گروه سالمندان و اقدامات انجام شده، ارزیابی کلی وضعیت افراد و سنجش شیوه‌های کنترلی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، معرفی کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزیابی میزان تمایل افراد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران، تنظیم قوانین گروهی. اجرای تمرین ذهن آگاهی: خوردن کشمش
جلسه دوم	توصیف افکار و نشانه‌ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین، یادآوری این که کنترل خود مشکل ساز است، تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟ ارائه استعاره (مرد در گودال)، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع، تمرین ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه
جلسه سوم	مروری بر جلسه قبلی و دریافت بازخورد از سالمندان، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است. بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند (درماندگی خلاق) توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم انکار، یأس، مقاومت و اینکه پذیرش یک فرایند همیشگی است نه مقطعی و سپس مشکلات و چالش‌های پذیرش سالمندی مورد بحث قرار گرفت. استعاره: شخص در چاه - طناب کشی با هیولا
جلسه چهارم	مروری بر جلسه قبلی و دریافت بازخورد از سالمندان. شیوه انتخابی افراد (کنترل افکار و هیجانات) راه حل نیست خود مسأله است. به تشریح رویدادهای قابل کنترل و غیرقابل کنترل پرداخته شد. تشریح قوانین کلامی، ارزیابی هزینه‌های تلاش برای کنترل افکار، طبقه‌بندی هزینه‌ها. معرفی گسلس با تعریف افکار، باورها، احساسات و قضاوت و مدیریت آنها و دیدن رویدادهای درونی همانگونه که هستند نه به جهت کنترل یا حذف آنها. با این اقدامات سالمندان متوجه شدند که تا به حال چگونه و از چه شیوه‌هایی برای بیان افکارشان استفاده می‌کردند و این انتخاب‌ها چه پیامدهایی را در برداشته.
جلسه پنجم	استعاره: گفتگوی ذهن - مسافران اتوبوس مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از سالمندان؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد؛ اعضا مهمترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آنها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها/ رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج

مبتنی بر پذیرش و تعهد) هر کدام به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت نمودند و در مورد گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. هر سه گروه مجدداً پس از اتمام جلسات مداخله و یک ماه بعد از آن پرسش‌نامه مذکور را به عنوان پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل شروع مداخلات، نسبت به دریافت رضایت از افراد شرکت‌کننده برای شرکت در پژوهش و همچنین اطمینان دادن به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن مشخصات شخصی اقدام شد. همچنین شرکت‌کنندگان در پایان پژوهش، می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه خود آگاه شوند. همچنین بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای مرحله پیگیری، چند جلسه آموزشی برای گروه کنترل اجرا گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر در سطح ۰/۰۵ استفاده شد.

نتایج

میانگین گروه سنی گروه کنترل ۷۱/۵۲، بهزیستی درمانی، ۷۰/۱۷ و درمان پذیرش و تعهد ۷۱/۹۸ بود. در گروه کنترل، بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد به ترتیب ۱۰، ۱۲ و ۱۱ زن حضور داشتند. در جدول ۳ به میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر سه گروه در پرسشنامه‌ی کیفیت خواب در طی مراحل درمان پرداخته شده است.

جدول ۳. میانگین انحراف استاندارد نمرات هر سه گروه در کیفیت خواب

در طی مراحل درمان			
گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین(انحرا ف استاندارد)	میانگین(انحرا ف استاندارد)	میانگین(انحرا ف استاندارد)
بهزیستی ی درمانی	۴۱/۶۰ (۴/۳۰)	۳۸/۰۵ (۳/۶۳)	۳۰/۳۵ (۳/۵۵)
گروه درمان پذیرش و تعهد	۴۳/۷۵ (۴/۴۹)	۴۱/۱۵ (۶/۱۹)	۲۳/۱۵ (۶/۱۲)
کنترل	۳۹/۹۵ (۴/۵۱)	۳۸/۵۰ (۴/۶۲)	۳۸/۴۵ (۴/۶۸)

همانگونه که در جدول ۳ قابل مشاهده است، بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد موجب تغییر نمره کیفیت خواب شده است و در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری قابل مشاهده نیست. در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به مقایسه تفاوت نمرات کیفیت خواب بر حسب موقعیت بین گروهی و درون گروهی پرداخته شد. قبل از آن پیش فرض نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها بررسی شد و نتایج آزمون شاپیرو ویلک حاکی از نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری پیش فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیر کیفیت خواب بود ($p = 0/18$, $F = 0/92$). نتایج آزمون چندمتغیره در جدول ۴ آورده شده

مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند). در این جلسه ششم تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجان‌ها، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. یعنی می‌آموزند به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نجسیند؛ استراحت و پذیرایی

مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، عدم توانایی ما بر کنترل افکارمان و دست از جدال با افکار برداشتن، ذهن آگاهی و بودن در زمان حال. مروری بر تکالیف جلسه قبل. اعضا تدریجاً نامؤثر بودن کنترل را در حیطة‌های خاصی حس کرده بودند، هنگام معرفی مداخلات ذهن‌آگاهی، بهتر است اعضا با ماهیت اساسی این مهارت تا حدودی آشنا شوند مثلاً اینکه خود را به عنوان بیننده تلویزیون ببینند و با آگاهی کامل به نظاره تجارب لحظه به لحظه خود بپردازند و مهم در لحظه حال بودن آنهاست نه لذتبخش بودن تجربه درونی. تمرین فرونشانی فکر (استعاره دونات ژله‌ای یا موز یا بستنی)، استعاره مهمان ناخوانده و تمرین عینیت بخشی. از سالمندان درخواست شد چشمان خود را ببندند و به احساسات و حس‌های بدنی خود متمرکز شود و به قسمت‌هایی که احساس ناامیدی یا ناراحتی دارد توجه کند. حال از او می‌خواهیم احساس خود را از خود جدا کند.

مروری کلی بر مولفه‌های شش‌گانه رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بررسی مجدد علل زیربنایی رنج و مشکلات که عبارت بود از مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی، آموزش مباحث زندگی ارزش‌مدار و انتخاب. توضیح تمایز بین اهداف و ارزش‌ها، همچنین سؤالات اساسی سنجش اولیه ارزش‌ها مطرح شد و از اعضا خواسته شد آنها را یادداشت کرده و تا جلسه بعد در موردشان فکر کنند. سؤالات از این قرارند: بیشترین خواسته‌ای که از زندگی دارید چیست؟ چه کارهایی را خیلی دوست دارید انجام دهید؟ جمع‌بندی نهایی و اعلام پایان جلسات.

روش اجرا

در ابتدا طی یک جلسه معارفه با اعضاء، در مورد پژوهش، اهداف و نتایج آن صحبت شد. افراد انتخاب شده به صورت تصادفی ساده و با روش قرعه‌کشی در گروه‌ها گمارش شدند. گروه آزمایشی اول تحت مداخله بهزیستی درمانی و گروه آزمایشی دیگر تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت. با توجه به ماهیت روش تحقیق آزمایشی، به منظور کنترل متغیرهای مزاحم، پژوهشگر مطمئن شد که آزمودنی‌ها قبلاً و در حین اجرای جلسات درمانی تحت هیچ‌گونه آموزش یا روند درمانی مشابه قرار نگرفته‌اند. سپس، هر سه گروه پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پیترزبورگ را تکمیل کردند (مرحله پیش‌آزمون) و دو گروه آزمایشی در جلسات درمانی مربوطه (بهزیستی درمانی و درمان

جدول ۶. نتایج آزمون اثرات بین گروهی نمرات متغیر کیفیت خواب

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	ضریب اتا
گروه	۲۸۵۹/۷۴	۲	۱۹۲۹/۸۷	۲۲/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
خطا	۱۸۸۱۲/۴۹	۴۲	۴۴/۸۴			

با در نظر گرفتن نتایج آزمون بین گروهی و در ادامه تحلیل آماری، آزمون تعقیبی بنفرونی برای بررسی تفاوت نمرات کیفیت خواب بین گروه‌ها و همچنین بین سه مرحله آزمایش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) محاسبه گردید که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی تفاوت سه گروه در سه مرحله آزمایش در کیفیت خواب

مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	معناداری
بهبودی درمانی - کنترل	۱۱/۶۵	۱/۴۲	۰/۰۰۱
درمان پذیرش و تعهد - کنترل	۱۰/۲۴	۱/۴۲	۰/۰۰۱
درمان پذیرش و تعهد - بهبودی درمانی	۱/۴۱	۱/۴۲	۰/۵۲

مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	معناداری
پس آزمون - پیش آزمون	۱۷/۴۲	۱/۶۴	۰/۰۰۱
پیش آزمون - پیگیری	۱۵/۹۶	۱/۴۸	۰/۰۰۱
پس آزمون - پیگیری	۱/۸۸	۱/۰۷	۰/۷۶

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که تفاوت بین گروه بهبودی درمانی و گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل در کیفیت خواب به ترتیب ۱۱/۶۵ و ۱۰/۲۴ بوده که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=0/001$). تفاوت نمرات بین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه بهبودی درمانی ۱/۴۱ بود که این مقدار از نظر آماری معنادار نبود ($P>0/05$). این بدین معنی است که میزان اثربخشی گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه بهبودی درمانی بر بهبود کیفیت خواب نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری دارد و این بهبودی مربوط به دو گروه آزمایش است ولی بین اثربخشی دو گروه تفاوتی معنادار وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای بررسی تفاوت بین مراحل سه گانه نشان داد که تفاوت نمرات متغیر وابسته در پس آزمون با پیش آزمون ۱۷/۴۲ و در پیگیری با پیش آزمون ۱۵/۹۶ است که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=0/001$). تفاوت نمرات کیفیت خواب در زمان پیگیری با پس آزمون ۱/۸۸ بوده که این مقدار از نظر آماری تأیید نشده است ($P>0/05$).

است. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی نمره کیفیت خواب را بر حسب زمان و نیز اثرات تعاملی گروه و زمان به طور جداگانه مورد مقایسه قرار می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون چندمتغیره تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمره کیفیت خواب

منبع تغییرات	لامبدا ویلکز	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
زمان	۰/۱۳۹	۲۱/۹۴	۲	۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
گروه × زمان	۰/۵۸	۷/۲۲	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲

آن چنان که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین نمره کیفیت خواب در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین اثر گروه و زمان تعامل وجود دارد و به عبارت دیگر، نمره کیفیت خواب در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و یک کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بعد از اینکه مشخص شد بین سه بار اجرا (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی بررسی می‌شود. اما قبل از آن نیاز است تا مفروضه آزمون کرویت موخلی - بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا - آزمون شود که نتایج آن نشان داد که این فرض در مورد کیفیت خواب رعایت نشده است ($P<0/05$) و بر این اساس از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمره کیفیت خواب

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	ضریب اتا
زمان	۴۴۷۱/۵۲	۱/۹۱	۲۳۴۱/۱۰	۱/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
گروه × زمان	۱۸۳۴/۸۰	۳/۸۲	۴۸۰/۳۱	۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰
خطا	۱۹۷۱/۲۲	۵۱/۰۶	۳۸۷			

در جدول ۵ آزمون اثرهای درون گروهی نشان داده شده است. همانطور که در جدول بالا مشخص شده است، اثر زمان ($F=28/32, P=0/001$) معنادار است و بین سطح کیفیت خواب در زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در این جدول اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است؛ که این اثر ($F=6/44, P=0/001$) معنادار است. بنابراین میزان کیفیت خواب با سطوح گروه‌ها تعامل دارد و میزان کیفیت خواب در سطوح مختلف گروه‌ها متفاوت است. پس از مشخص شدن اینکه بین دو گروه آزمایش و یک کنترل در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی بررسی شد که طبق نتایج آن در جدول ۶ آمده است. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین نمرات کیفیت خواب ($F=23/62, P=0/001$) در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب در سالمندان انجام شد. نتایج نشان داد که بهزیستی درمانی در بهبود کیفیت خواب در سالمندان اثربخش است. این یافته همسو با نتایج مطالعات فاوا و همکاران (۲۰۱۷)، فاوا و همکاران (۲۰۰۵)، سرابندی و همکاران (۱۳۹۹) و خزایی و همکاران (۱۳۹۷) است.

در تبیین اثربخشی بهزیستی درمانی در بهبود کیفیت خواب سالمندان باید گفت که بهزیستی درمانی توانست مواجهه و نگرش افراد سالمند را تحت تأثیر قرار دهد و به آنها کمک کند تا با استفاده از شناسایی استعدادها و توانایی‌های خود و تلاش برای شکوفایی آن و ایجاد یک زندگی مامعنا و هدفمند بر مشکلات و محدودیت‌ها غلبه کنند؛ در برخورد با موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر باشند، با آرامش و به گونه‌ای متفکرانه بر محیطی که در آن زندگی می‌کنند تسلط یافته و آن را بهبود بخشند و از اجتناب از یک زندگی واقعی بپرهیزند (خزایی و همکاران، ۱۳۹۷). افراد سالمند یاد گرفتند افکار و پردازش شناختی خود را پس از هر اتفاقی بررسی و احساس مرتبط با آن را که بلافاصله به وجود می‌آید را شناسایی کنند و صحت باورهای خود را ارزیابی نمایند تا نگرش‌های نادرست، ناکارآمد و غیرمنطقی را تغییر داده و نگرش‌های کارآمد بیشتری را جایگزین کنند (میرزائیان و شهیدی، ۱۴۰۰). مداخله بهزیستی درمانی به این افراد می‌آموزد تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ نمایند و در زندگی تصویری از زندگی خوب را مشخصا شکل دهند و در هر موقعیت بهترین چیز را ببینند. بهزیستی درمانی به افراد سالمند یاد می‌دهد که سبک تبیینی متفکرانه و سالمی را انتخاب نمایند و به این نگرش دست پیدا کنند که حوادث ناپایدار هستند و در مورد رویدادهای ناخوشایند به صورت سازنده و غیرجبری فکر کنند و با رشد شخصی و تقویت ظرفیت‌های درونی به توانایی‌های خود برای مقابله با مشکلات تنیدگی‌زا اعتماد داشته باشند (پژوهشگر و همکاران، ۱۳۹۸). این درمان به افراد سالمند کمک کرد تا محدودیت‌های ناشی از بیماری خود را بپذیرند و عواطف خود را به روشنی بیان کرده و با آن مواجهه شوند و با شناخت بیشتر قابلیت‌ها و توانایی‌های خود، در هر موقعیت طبق توانایی‌های خود عمل کرده و با علم به قابلیت‌ها و با توجه به موفقیت‌های کسب شده، تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس نمایند و در مقابله با دشواری‌های روانی در زندگی و در مواجهه با استرس‌های ناشی از سالمندی، موضعی فعال داشته باشند و این در مجموع با کاهش اضطراب و پریشانی روانی، احساس امنیت روان و کاهش مشکلات خواب همراه است (پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین بهزیستی درمانی در افراد سالمند با ایجاد عواطف مثبت در آنها همچون امید و انگیزه و شادابی، به آنها کمک می‌کند تا بر نارسایی و ضعف‌های جسمی و روانی خود غلبه کنند و درگیر فعالیت‌های مختلف از جمله روابط بین فردی ثمربخش شوند و بدین طریق به بهبود سلامت خود کمک کنند (سرابندی و همکاران، ۱۳۹۹).

همچنین نتایج نشان مطالعه حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت خواب در سالمندان اثربخش است. این یافته با نتایج

مطالعات متقی و همکاران (۱۴۰۱)، طرقي و مسعودی (۱۳۹۹)، دالی-ایکنهارت و همکاران (۲۰۱۶) و اوست (۲۰۱۴) همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت خواب سالمندان باید گفت که در این درمان تأکید بر این است که نواقص و محدودیت‌ها بخشی جداناپذیر از زندگی هر انسانی هستند و لازم است هر فردی آن را به عنوان یک تجربه عمومی بپذیرد که این با افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش اضطراب همراه است (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۹). در این مداخله شناخت‌ها و هیجانات در بافت زمینه‌ای پدیده بررسی می‌شوند و به افراد آموزش داده می‌شود که بر اساس مفهوم اینجا و اکنون، در گام اول هیجانات خود را بپذیرند تا در زندگی از انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شوند و این انعطاف‌پذیری موجب ایجاد نوعی تاب‌آوری در سالمندان و افزایش توان آنها در پذیرش نارسایی‌ها و ناتوانی‌ها می‌شود که خود تأثیر عمده‌ای در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب آنها دارد (خزایی و زکی‌بی، ۱۳۹۸). سالمندان در فرایند درمان پذیرش و تعهد متوجه شدند که غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و روانی اجتناب‌ناپذیر هستند و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت شیوه نگرش و طرز برخورد با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند و با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذار بودن زندگی وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی کنند (حاجت‌پور و هارون رشیدی، ۱۴۰۰). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سالمندان کمک کرد تا آنها تجارب درونی خود و از جمله نواقص و نارسایی‌هایی مانند ناتوانی جسمی و محدودیت اجتماعی را به عنوان یک فرایند درونی تجربه کنند و به جای قضاوت این تجارب و پاسخ به آنها، به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان بااهمیت است، بپردازند (گلستانی فر و دشت‌بزرگی، ۱۴۰۰) و این در حالی است که زندگی بی‌معنا و بدون جهت علت بسیاری از ترس‌ها و اضطراب‌ها است و بنابراین دستیابی سالمندان به یک زندگی هدفمند و مطابق با ارزش‌های فردی می‌تواند با ایجاد امید و انگیزه و تقویت سلامت روان در آنها، موجب بهبود کیفیت خواب در آنها شود (پیرحیاتی و برقی ایرانی، ۱۳۹۶).

همچنین در بررسی تفاوت بین اثربخشی بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان نشان داده شد که تفاوت معنی‌داری در میزان اثربخشی این دو مداخله بر بهبود کیفیت سالمندان وجود ندارد. پژوهشی همسو با این یافته و در زمینه مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان صورت نگرفته است. به نظر می‌رسد که اصول و فنون مورد استفاده در هر دو مداخله بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از قابلیت مؤثری در مقابله با افکار و هیجانات منفی و اضطراب‌آور، دنبال کردن یک زندگی هدفمند و مبتنی بر ارزش‌ها و دستیابی به حس تمامیت و یکپارچگی در سالمندان برخوردار بوده‌اند و از طریق ارتقای سطح سلامت روان توانسته‌اند آنها را در بهبود کیفیت خواب یاری برسانند. درعین حال مطالعات آتی با تمرکز بیشتر بر بهزیستی درمانی و بررسی اثرات درمانی آن بر آسیب‌های روانی دوران سالمندی، می‌توانند بر غنای پیشینه تجربی این

ترخان، مرتضی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده. مطالعات روانشناختی، ۱۳، ۷۹-۶۳.

پژوهشگر، مهناز، رجایی خوی نژاد، علیرضا و بیاضی، محمدحسین. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر بهزیستی درمانی بر افسردگی، خود مدیریتی و کنترل قند خون در زنان مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، ۷(۴)، ۹۴۳-۹۵۴.

حاجت‌پور، راضیه، و هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و نگرش به مرگ در سالمندان. روانشناسی پیری، ۱۷(۱)، ۴۳-۵۴.

خزایی، امیر، شمسی پور، حمید، و دوازده امامی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی زنان خانه دار. روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۵(۵)، ۵۲-۴۳.

خزائی، حبیب اله، زکی‌بی، علی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات تنظیم هیجان و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به بی خوابی مزمن. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۹(۱۷۸)، ۶۳-۵۱.

رضائی اول، مصطفی، احدی، حسن، عسکری، پرویز و نجات، حمید. (۱۳۹۹). اثربخشی بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. مجله علوم روانشناختی، ۱۹، ۵۱۹-۵۱۱.

سرابندی، حسن، تونزنده جانی، حسن، و نجات، حمید. (۱۳۹۹). تأثیر روش بهزیستی درمانی بر نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۲۶، ۱۳۵-۱۲۷.

طرفی، حسین هادی، و مسعودی، شاهد. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان دارای درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی، ۶۳(۳)، ۲۲۹۵-۲۳۰۱.

عباسی، مرضیه، خزان، کبری، پیرانی، ذبیح اله، و قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای شناختی-هیجانی جانبازان. فصلنامه طب جانباز، ۸(۴)، ۵۷-۴۵.

فلاوا، ج. (۱۳۹۸). بهزیستی درمانی: پروتکل درمان و کاربردهای بالینی (ترجمه ح. نجات). مشهد: فرانگیزش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۶).

قدیمی، مرجان، میرزائیان، بهرام، و شهیدی، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی بهزیستی درمانی بر استرس ناباروری و نشخواردهنی در زنان نابارور. مجله سلامت اجتماعی، ۸(۴)، ۱۱۴-۱۰۳.

گلستانی فر، سروش، و دشت‌بزرگی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۰(۳)، ۳۱۲-۲۹۷.

متقی، رضا، علیرضا، ماردپور و شیرعلی، خرامین. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب و شاخص‌های فیزیولوژی در سالمندان. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۷(۲)، ۱۲-۱.

هاشمی، زهره، افشاری، علی، و عینی، ساناز. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۸(۲)، ۱۷۱-۱۶۰.

رویکرد درمانی به خصوص در حوزه سلامت سالمند بیفزایند. در مجموع یافته‌های این پژوهش دال بر اثربخشی بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان و عدم تفاوت معنادار بین اثربخشی این دو مداخله در این زمینه بود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به کوتاه بودن دوره پیگیری و محدود بودن آن به یک ماه اشاره نمود. محدود بودن مطالعه بر روی سالمندان ساکن در خانه سالمندان نشاط شهر مشهد نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است که تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد. همچنین عدم کنترل اثر متغیرهای مداخله‌کننده‌ای مانند سن و جنسیت و وضعیت بیماری نیز از دیگر محدودیت این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی گروه وسیع‌تر سالمندان و با در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مداخله‌گر همچون سن و جنسیت و همچنین با طول دوره پیگیری طولانی‌تر انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی، تاثیر بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سایر متغیرهای روانشناسی و بالینی مربوط به سالمندان درمانی نیز بررسی شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، دو مداخله بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد می‌توانند با کمک به افراد سالمند برای دستیابی به حس تمامیت و یکپارچگی، حس رضایتمندی از زندگی، تجربه عواطف مثبت و کاهش اضطراب و نگرانی و در نتیجه تقویت سطح سلامت روان، آنها را در فرایند بهبود کیفیت خواب یاری برسانند. بر این اساس، نتایج این پژوهش می‌تواند در اختیار متخصصان حوزه سلامت، خانواده‌ها و خانه سالمندان قرار گیرد تا آن را در کنار سایر روش‌های درمانی و سایر مداخلات موجود در ارتباط با سالمندان به کار گیرند و این افراد را در مسیر حفظ و ارتقای سطح سلامت روان از جمله کاهش مشکلات خواب یاری برسانند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارضی در منافع در این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

احدی، حسن، رضائی اول، مصطفی، عسکری، پرویز و نجات، حمید. (۱۳۹۹). اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۲(۶)، ۵۴-۳۳.

پیرحیاتی، زهره، برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن. روانشناسی پیری، ۳(۲)، ۱۴۶-۱۳۷.

پیرنیا، بیژن، ملکی، فهیمه، کاظمی، مه‌ری، و ملکان مهر، پروین. (۱۳۹۹). اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص بهزیستی روانی، خوشبینی و امید در مردان ایرانی وابسته به مت‌آفتامین در فاز پرهیز از مصرف: یک کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۷(۵)، ۱۴۰-۱۳۱.

- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263(12), 107-120.
- Crivello, A., Barsocchi, P., Girolami, M., & Palumbo, F. (2019). The meaning of sleep quality: a survey of available technologies. *IEEE Access*, 7(2), 167374-167390.
- Daly-Eichenhardt, A., Scott, W., Howard-Jones, M., Nicolaou, T., & McCracken, L. M. (2016). Changes in sleep problems and psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy for chronic pain: an observational cohort study. *Frontiers in psychology*, 7(1), 1326.
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34(1), 45-63.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1), 26-30.
- Fava, G. A., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba, E. (2017). Well being therapy in depression: New insights into the role of psychological well being in the clinical process. *Depression and anxiety*, 34(9), 801-808.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho oncology*, 22(2), 459-464.
- Gao, C., Chapagain, N. Y., & Scullin, M. K. (2019). Sleep duration and sleep quality in caregivers of patients with dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 2(8), e199891-e199891.
- Giacalone, D., Wendin, K., Kremer, S., & Risvik, E. (2016). Health and quality of life in an aging population—Food and beyond. *Food quality and preference*, 47(10), 166-170.
- Guidi, J., & Fava, G. A. (2021). Conceptual and clinical innovations of Well-being Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 196-208.
- Guidi, J., Rafanelli, C., & Fava, G. A. (2018). The clinical role of well-being therapy. *Nordic journal of psychiatry*, 72(6), 447-453.
- Gupta, L., Morgan, K., & Gilchrist, S. (2017). Does elite sport degrade sleep quality? A systematic review. *Sports Medicine*, 47(7), 1317-1333.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Liu, Y. J., Shen, X. B., Yu, N., Shang, X. J., Gu, Y. Q., Zuo, L. D., ... & Zhou, Y. Z. (2021). Prevalence of late-onset hypogonadism among middle-aged and elderly males in China: results from a national survey. *Asian Journal of Andrology*, 23(2), 170.
- Machin, D., Campbell, M. J., Tan, S. B., & Tan, S. H. (2011). Sample size tables for clinical studies. John Wiley & Sons.
- Oosterloo, B. C., Croll, P. H., Baatenburg de Jong, R. J., Ikram, M. K., & Goedegebure, A. (2021). Prevalence of tinnitus in an aging population and its relation to age and hearing loss. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 164(4), 859-868.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61(3), 105-121.
- Sella, E., Miola, L., Toffalini, E., & Borella, E. (2021). The relationship between sleep quality and quality of life in aging: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 12(2) 1-23.
- Tel, H. (2013). Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurology, psychiatry and brain research*, 19(1), 48-52.
- Twhig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.