

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه

دلشاد صادق‌نژادی^۱، سیده سیما مهدیلو^۲، زهرا علیزاده^۳، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد^{۴*}

۱. واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.


Sadgnezhadei.385@gmail.com

۲. واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

Simamahdilou@gmail.com

۳. واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

mohammadrezasartipi93@gmail.com

۴. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم ، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول).

Hadiakbarinejhad@yahoo.com

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۷/۲۹] تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۰/۲۳]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه صورت گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۱۹ سؤالی کیفیت خواب پیتزبورگ و ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی را بهبود بخشید. در مرحله پیگیری، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی ماندگار بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً می‌تواند سبب بهبود کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب، سلامت روان‌شناختی، زنان یائسه.

۱ - مقدمه

به اتمام دوران باروری طبیعی در زنان یائسگی^۱ می‌گویند. این پدیده از لحاظ بالینی پس از ۱۲ ماه قطع مطلق قاعدگی اتفاق می‌افتد (Alblooshi, Taylor & Gill, 2023). میانگین سن شروع یائسگی در جهان ۴۷/۸ (از ۴۷ تا ۵۳ سال) (Khatak, Gupta, Grover & Aggarwal, 2022)؛ و میانگین آن در زنان ایرانی ۴۸/۲۶ است (آزادی، ارغوانی، کارزانی و سایه میری، ۱۳۹۷). در دوران یائسگی علائمی همچون گرگرفتگی و عرق شبانه و بی‌خوابی و عدم تمرکز و کاهش حافظه و از دست رفتن توده استخوانی و آتروفی واژن و در طولانی‌مدت افزایش خطرات قلبی و عروقی و اضطراب و افسردگی رخ می‌دهد (Lee, Jeong & Choi, 2022) که این عوامل تأثیر منفی بر کیفیت و رضایت زندگی زنان یائسه می‌گذارند و سلامت روان‌شناختی^۲ آن‌ها را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهند (Hooper, Marshall, Becker, LaCroix, Keel & Kilpela, 2022). نتیجه بررسی نقان، حسنی، ملک محمد، خوندابی، ستاره و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که زنان یائسه از کیفیت خواب^۳ پایین برخوردارند و این متغیر با سلامت روان‌شناختی آن‌ها رابطه معنی‌داری دارد.

کیفیت خواب یک سازه بالینی است و از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب از جمله رضایت از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود، تشکیل می‌شود (Faubion, Ghath, Kling, Mara, Enders, Starling et al., 2023). خواب بی‌کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد دارای میگرن قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد به پزشکان و روان‌شناسان است (Akman, Yavuzsen, Sevgen, Ellidokuz & Yilmaz, 2015).

سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (Joe, Lehman, Rowan, Knight & Flynn, 2019). افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالا مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و شخصیتی کم‌تری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امیدواری بیش‌تری نسبت به زندگی دارند (Qi & Wu, 2018).

چون یائسگی علاوه بر جسم، روان زنان یائسه را نیز درگیر می‌کند، بایستی در کنار درمان و پرداختن به مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، مداخلات روان‌شناختی را نیز مورد توجه قرار داد. نتیجه یک فراتحلیل نشان می‌دهد که انواع مداخلات روان‌شناختی بر مشکلات روان‌شناختی زنان یائسه اثربخش هستند (Torral, Godoy-Izquierdo, García, Moreno, Guevara, Ballesteros et al., 2014). یکی از درمان‌هایی که می‌تواند برای کمک به زنان یائسه مفید باشد و تاکنون در پژوهش‌ها برای کمک به زنان یائسه به آن توجه نشده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (Hayes, 2016). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً

1 Menopause

2 Psychological Health

3 Sleep Quality

4 Acceptance and Commitment Therapy

جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (Liu, Liu, Chong, Yau & Badayai, 2023). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم وازوموتور (عقیلی، داعی زنجانی و بابایی، ۱۴۰۲)، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری (کاظمی، حسن‌زاده و حیدری، ۱۴۰۱)، عملکرد جنسی (رستم‌خانی، قمری، باباخانی و مرقاتی خوبی، ۱۴۰۱)، نوسانات خلقی، کیفیت خواب و بهبود عملکرد جنسی (ابراهیمی، برقی ایرانی و علی اکبری دهکردی، ۱۴۰۱)، خلاق‌وخو، کیفیت خواب و کیفیت زندگی (Monfaredi, Malakouti, Farvareshi & Mirghafourvand, 2022) و صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی (بهبهانی و قربان شیرودی، ۱۳۹۹) اثربخش است.

با توجه به تأثیر یائسگی بر زندگی زنان، و نظر به مسئولیت‌های خطیر خانوادگی و اجتماعی که آنان بر عهده دارند، بایستی در زمینه ارتقای سلامت جسمانی و روانی زنان یائسه سرمایه‌گذاری‌های کافی صورت گیرد و بهای لازم داده شود. با توجه به مشکلات ناشی از یائسگی، تاکنون راه‌های متفاوتی نظیر درمان‌های دارویی و غیردارویی برای رفع علائم این بیماری پیشنهاد شده است. اما کماکان افراد بر اساس باورهای سنتی خویش میل به دارودرمانی دارند. در این راستا استفاده از تحقیقات روان‌شناختی جهت پرداختن به حل مسئله یائسگی از اولویت خاص برخوردار است و در این رابطه بحث درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان کم‌خطرترین و کم‌خرج‌ترین روش‌ها جهت رفع مشکلات روان‌شناختی برآمده از یائسگی است. از ضرورت‌های اجرای پژوهش حاضر این است که با توجه به بررسی مطالعات انجام‌شده، تاکنون میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حل مشکلات زنان یائسه بخصوص بهبود کیفیت خواب و ارتقای سلامت روان‌شناختی کم‌تر صورت گرفته است و مطالعه حاضر به بررسی میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد که این امر در تصمیم‌گیری درمانگران جهت انتخاب بهترین روش درمانی کمک شایانی خواهد کرد. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، پژوهشی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه موردبررسی قرار دهد یافت نشد، لذا در راستای رفع این خلأ پژوهشی به این سؤال پاسخ داده می‌شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه مؤثر است؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

یائسگی برهه‌ای طبیعی از زندگی زنان است که در آن قاعدگی متوقف می‌شود. معمولاً وقوع یائسگی هنگامی تأیید می‌شود که یک زن ۱۲ ماه متوالی دچار عادت ماهانه نشده باشد؛ اما ممکن است این امر در فاصله سنی ۴۵ تا ۵۵ سالگی نیز اتفاق افتد. در واقع یائسگی به‌صورت ناگهانی اتفاق نمی‌افتد، بیش‌تر زنان چندین سال تغییر در دوره‌های قاعدگی خود را قبل از قطع کامل تجربه می‌کنند. در این مدت، بسیاری از زنان نیز علائم یائسگی را تجربه می‌کنند. گفته می‌شود که یک زن پس از یک سال کامل بدون عادت ماهانه شدن، یائسگی را کامل کرده است. میانگین سنی برای قطع قاعدگی یک زن ۵۱ سال است (Khatak et al., 2022).

کیفیت خواب احساسی روانی است که در ظاهر فرد قابل مشاهده است و بر کیفیت زندگی و احساس سلامتی فرد تأثیر می‌گذارد. اصطلاح کیفیت خواب به‌طور گسترده‌ای توسط محققان، روان‌شناسان، مشاوران و عموم مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ ولی توافق عمومی درباره تعریف و نشانه‌های آن وجود ندارد. در حال این عنصر خوب، یک پیش‌بینی‌کننده برای داشتن حال خوب، روحیه پرنرژی و مرتبط با سلامت جسمی و روانی است. این عنصر، با تعریف ساده‌ای که در لغت‌نامه وبستر از آن وجود دارد، پی‌گرفته می‌شود. طبق این تعریف، یک نگرش کلی برای شاخص کیفیت خواب، وجود یک اشتیاق درونی و رضایت از خواب است (Akman et al., 2015).

تا کنون تعاریف متفاوتی، از سلامت روان‌شناختی ارائه شده است که از آن جمله می‌توان به فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط و اجزاء آن اشاره کرد. بررسی تعاریف مختلف سلامت روان‌شناختی، نشان‌دهنده عدم وجود اتفاق نظر در بین اندیشمندان است (Qi & Wu, 2018).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ادغامی از ۴ رویکرد توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است و هدف کلی آن در نهایت رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است، به گونه‌ای که نیاز به حذف یا از بین بردن احساس بد نباشد، بلکه به‌رغم وجود این احساس فرد به‌سوی رفتار مبتنی بر ارزش‌اندیشیده حرکت کند (Hayes, 2016).

عقیلی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم وازوموتور در زنان یائسه» نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم وازوموتور در زنان یائسه اثربخش است.

کاظمی و همکاران (۱۴۰۱) در بررسی خود با موضوع «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت» به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت تأثیر دارد.

۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد؛ به طوری که پس از کسب رضایت از مسئولین و زنان، پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ و سلامت عمومی گلدبرگ در بین ۱۶۶ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران در حضور آزمودنی‌ها تکمیل شدند) و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها به ترتیب یک انحراف بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۱۲۰ نفر) (توضیح این‌که در پرسشنامه‌های کیفیت خواب و سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است)، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون (۱) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، (۲) شرکت کامل در جلسات درمانی، (۳) داشتن فرزند، (۴) سنین بین ۴۷ تا ۵۵ سال، (۵) متأهل (طلاق نگرفته)، (۶) گذشت دست‌کم یک سال از آخرین قاعدگی، (۷) داشتن حداقل مدرک دیپلم؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه چون (۱) ابتلا به بیماری جدی همچون ام. اس، سرطان و...، (۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، (۳) برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی، و با استفاده از گمارش تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی بلوکی‌سازی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هرکدام ۱۵ نفر). تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = ۰/۴۸؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۶۸؛ Repetitions = ۲؛ Noncentrality parameter $\lambda = ۱۱/۹۹۸$ ؛ Critical F = ۲/۴۶۵؛ Numerator df = ۱؛ Denominator df = ۲۹؛ Actual power = ۰/۸۱؛ Pillai V = ۰/۴۵. پیش از تقسیم تصادفی، کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت‌زمان گذشت از آخرین قاعدگی همسان شدند. توضیح این‌که در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشته‌ایم. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار

گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی، تعداد فرزند و سطح تحصیلات بود.

الف) پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱: این پرسشنامه توسط بایسه و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. این شاخص شامل ۱۹ سؤال و ۷ مؤلفه (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکرد روزانه) است. محدوده نمره در هر مؤلفه از صفر تا ۲۱ است؛ لذا نمره کل این پرسشنامه از صفر تا ۲۱ خواهد بود. در این شاخص نمره صفر به معنای نداشتن مشکل در خواب و ۲۱ به معنای داشتن مشکل شدید در همه حوزه‌هاست. نمره کلی بالاتر از ۵ بیانگر کیفیت خواب ضعیف است. به عبارتی، نمرات بالاتر بیانگر ضعیف‌تر بودن کیفیت خواب هستند (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989). پایایی این مقیاس توسط بایسه و همکاران (۱۹۸۹) ۰/۸۳ محاسبه شد و اعتبار آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل در سطح مناسب گزارش شده است. کارپنتر و آندریووسکی^۲ (۱۹۹۸) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ ذکر کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است، حساسیت ۱۰۰ درصد، ویژگی ۹۳ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای نسخه فارسی این پرسشنامه گزارش شده است (نجفی و همکاران، ۱۳۹۳؛ عرب و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (Goldberg General Health Questionnaire): این ابزار که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است، ۲۸ سؤال دارد که از ۴ مقیاس فرعی الف) علائم جسمانی، ب) علائم اضطرابی، ج) کارکرد اجتماعی و د) افسردگی تشکیل شده که هر مقیاس دارای ۷ پرسش است. این پرسشنامه به صورت ۴ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (خیلی بیش‌تر از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هرچه نمره فرد بیش‌تر باشد وضعیت سلامت روانی وی پایین‌تر خواهد بود (Goldberg & Hillier, 1979). حداقل نمره فرد در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۸۴ است (Goldberg & Williams, 1988). Goldberg & Williams (1988) در تحلیل ۴۳ مطالعه، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نمودند. پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۵) در اعتباریابی این پرسشنامه روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان، حساسیت، ویژگی، کارایی و میزان اشتباه طبقه‌بندی در گروه مردان را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۱۹ و برای زنان را به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۶۴ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۳ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و ۱ روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۳ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی هیز (۲۰۱۶) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

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

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

۴- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار اسپاس اس اس استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون تی مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی زنان یائسه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۵۱/۱۳ ± ۲/۴۴	۵۱/۹۳ ± ۲/۱۲	۰/۳۴۷
مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۵/۰۷ ± ۱/۴۸	۵/۰۰ ± ۱/۵۱	۰/۹۰۴
تعداد فرزند	۱ فرزند ۷ فرزند ۷ فرزند	۱ (۶/۷٪) ۹ (۶۶/۰٪) ۵ (۳۳/۳٪)	-
سطح تحصیلات	۴ دیپلم ۶ فوق‌دیپلم ۴ لیسانس ۱ فوق‌لیسانس و بالاتر	۵ (۳۳/۳٪) ۶ (۴۰/۰٪) ۲ (۱۳/۳٪) ۲ (۱۳/۳٪)	-

آزمون: تی مستقل، * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان یائسه در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان $51/53 \pm 2/28$ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی آن‌ها $5/05 \pm 1/49$ سال بود. همچنین، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۲ نفر دارای ۱ فرزند، ۱۶ نفر دارای ۲ فرزند و ۱۲ نفر دارای ۳ فرزند بودند. علاوه بر این، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۹ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۱۲ نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۶ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۳ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی و فراوانی مشاهده‌شده آزمودنی‌ها در متغیر تعداد فرزند و سطح تحصیلات مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن، مدت زمان گذشت از آخرین قاعدگی، تعداد فرزند و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ($p > 0/05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیرهای کیفیت خواب ($F=1/990$) و سلامت روان‌شناختی ($F=2/343$) به ترتیب در سطح $0/388$ و $0/423$ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند که این مقدار کرویت موخلی ($0/500$) متغیر کیفیت خواب در سطح خطای داده‌شده ($0/320$) و مقدار کرویت موخلی ($0/550$) متغیر سلامت روان‌شناختی در سطح خطای داده‌شده ($0/415$) معنی‌دار نیست، می‌تواند کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ($0/05$) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان یائسه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخلی گروهی	تغییرات بین گروهی
آزمایش	کنترل	$17/27 \pm 2/49$	$18/7 \pm 2/23$	$16/0 \pm 3/73$	$< 0/001$	$< 0/001$
		$17/47 \pm 1/95$	$16/0 \pm 2/09$	14	$P > 0/9$	P
سلامت روان‌شناختی	کنترل	$50/53 \pm 5/38$	44	44	$< 0/001$	$< 0/001$
		$53/07 \pm 4/36$	53	52	$P > 0/8$	P
سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	کنترل	$p > 0/809$	$p < 0/001$	$p < 0/005$	-	-
		$p > 0/447$	$p < 0/015$	$p < 0/017$	-	-

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

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/001$). علاوه بر این، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش با گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$).

اطلاعات بخش اول جدول ۴ در مورد متغیر کیفیت خواب بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر کیفیت خواب در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر کیفیت خواب ($0/63$) نشان می‌دهد که ۶۳٪ از تغییرات این متغیر مربوط تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر سلامت روان‌شناختی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر سلامت روان‌شناختی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، بین زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر سلامت روان‌شناختی ($0/54$) نشان می‌دهد که ۵۴٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل زنان یائسه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت	زمان	۰/۶۲	۶۳/۳۳	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲
خواب	زمان*مداخله	۰/۶۳	۶۸/۵۲	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲
سلامت	زمان	۰/۶۷	۲/۱۵	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷
روان‌شناختی	زمان*مداخله	۰/۶۴	۲/۰۶	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴

$p < 0/05$ اختلاف معنادار

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی افراد در گروه آزمایش مثبت بود.

تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل در دسترس نبودن نتایج اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات و مسائل زنان یائسه مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو است. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم؛ بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه اثربخش است. رستم‌خانی و همکاران (۱۴۰۱)، ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱)، و منفردی و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش‌های خود نشان دادند که به ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، نوسانات خلقی؛ کیفیت خواب و بهبود عملکرد جنسی؛ و خلق‌وخو، کیفیت خواب و کیفیت زندگی اثربخش است که نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است.

در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود (Hayes, 2016) که در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۱) که در این پژوهش، کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی را بهبود بخشیده است.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک بودن حجم نمونه بود؛ و همچنین عدم هم‌تاسازی دقیق افراد در گروه‌های نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به‌منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به هم‌تاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی زنان یائسه، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان به‌صورت فردی و گروهی در زمینه بهبود خواب و سلامت روان‌شناختی زنان یائسه استفاده شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته است به زنان یائسه کمک کند تا مشکلات برآمده از یائسگی را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند که متعاقباً کیفیت خواب و سلامت روان‌شناختی آن‌ها کاهش پیدا کرده است.

۶- منابع

- آزادی، طیبه؛ ارغوانی، حنا؛ کارزانی، پروانه؛ و سایه میری، کوروش (۱۳۹۷). بررسی میانگین سن یائسگی در ایران - مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۶(۴)، ۸۵-۹۳. doi:10.29252/sjimu.26.4.85
- ابراهیمی، فرزانه؛ برقی ایرانی، زیبا؛ و علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نوسانات خلقی، کیفیت خواب و بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه. روان‌شناسی سلامت، ۱۱(۴۴)، ۷۳-۸۸.

doi:10.30473/hpj.2023.59513.5289

- ۳- بهبهانی، مریم؛ و قربان شیرودی، شهره (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش یائسه. روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۴)، ۳۶۹-۳۸۹. doi:10.52547/APS.2021.215680.0
- ۴- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ و شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲(۴)، ۱۹-۲۷.
- ۵- رستم‌خانی، فاطمه؛ قمری، محمد؛ باباخانی، وحیده؛ و مرقاتی خویی، عفت‌السادات (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۵(۲)، ۴۴۹-۴۳۶. doi:10.32598/jams.25.3.6806.1
- ۶- عقیلی، سیدمجتبی؛ داعی زنجانی، مریم؛ و بابایی، انسیه (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنش‌وری جنسی، خودپنداشت بدنی و علائم اوزوموتور در زنان یائسه. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۱۰(۵)، ۱۶-۲۸. doi: 10.32598/shenakht.10.5.16
- ۷- کاظمی، زهرا؛ حسن‌زاده، رمضان؛ و حیدری، شعبان (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود-تاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت. زن و مطالعات خانواده، ۱۵(۵۶)، ۱۶۷-۱۸۶. doi: 10.30495/jwsf.2021.1934430.1588
- 8- Naghan, P. A., Hassani, S., Sadr, M., Malekmohammad, M., Khoundabi, B., Setareh, J., ... & Seifi, S. (2020). Sleep disorders and mental health in menopausal women in Tehran. *Tanaffos*, 19(1), 31.
- 9- Akman, T., Yavuzsen, T., Sevgen, Z., Ellidokuz, H., & Yilmaz, A. U. (2015). Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh Sleep Quality Index. *European journal of cancer care*, 24(4), 553-559. doi:10.1111/ecc.12296
- 10- Alblooshi, S., Taylor, M., & Gill, N. (2023). Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 31(2), 165-173. doi:10.1177/103985622311654
- 11- 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. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- 12- Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1998). Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of psychosomatic research*, 45(1), 5-13. doi:10.1016/S0022-3999(97)00298-5
- 13- Faubion, S. S., Ghaith, S., Kling, J. M., Mara, K., Enders, F., Starling, A. J., & Kapoor, E. (2023). Migraine and sleep quality: does the association change in midlife women?. *Menopause*, 30(4), 376-382. doi:10.1097/GME.0000000000002149
- 14- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. doi:10.1017/S0033291700021644
- 15- Hayes, S. C. (2016). *The ACT in context*. Routledge.
- 16- Hooper, S. C., Marshall, V. B., Becker, C. B., LaCroix, A. Z., Keel, P. K., & Kilpela, L. S. (2022). Mental health and quality of life in postmenopausal women as a function of retrospective menopause symptom severity. *Menopause*, 29(6), 707-713. doi:10.1097/GME.0000000000001961
- 17- Joe, G. W., Lehman, W. E., Rowan, G. A., Knight, K., & Flynn, P. M. (2019). The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of substance abuse treatment*, 102, 23-32. doi:10.1016/j.jsat.2019.03.011
- 18- Khatak, S., Gupta, M., Grover, S., & Aggarwal, N. (2022). Depression among peri-and post-menopausal women during COVID-19 pandemic in Chandigarh, North India: A study from community. *Journal of mid-life health*, 13(3), 233-240. doi:10.4103/jmh.jmh_92_22
- 19- Lee, S., Jeong, S., & Choi, Y. (2022). [Retracted] Effects of Psychological Well-Being and Depression on Menopausal Symptoms in Middle-Aged South Korean Women and the Necessity of Exercise. *Journal of Environmental and Public Health*, 2022(1), 6529393. doi:10.1155/2022/6529393
- 20- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3) E 14057. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e14057
- 21- Monfaredi, Z., Malakouti, J., Farvareshi, M., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of acceptance and commitment therapy on mood, sleep quality and quality of life in menopausal women: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 108. doi:10.1186/s12888-022-03768-8
- 22- Qi, D., & Wu, Y. (2018). Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security yysmmm on rppppniss' psychhoog hhhhh nnd bbbbbb. *Social Science & Medicine*, 205, 26-36. doi:10.1016/j.socscimed.2018.03.041
- 23- Toral, M. V., Godoy-Izquierdo, D., García, A. P., Moreno, R. L., de Guevara, N. M. L., Ballesteros, A. S., ... & García, J. F. G. (2014). Psychosocial interventions in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review of randomised and non-randomised trials and non-controlled studies. *Maturitas*, 77(2), 93-110. doi:10.1016/j.maturitas.2013.10.020

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sleep Quality and Psychological Health of Postmenopausal Women

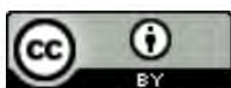
Delshad Sadegnezhadei¹, Seyedeh Sima Mahdilou², Zahra Alizadeh³, Hadi Smkhani Akbarinejhad^{4*}

1. Shabester Branch, Islamic Azad University, Shabester, Iran.
Sadgnezhadei.385@gmail.com
2. Shabester Branch, Islamic Azad University, Shabester, Iran.
Simamahdilou@gmail.com
3. Shabester Branch, Islamic Azad University, Shabester, Iran.
mohammadrezasartipi93@gmail.com
4. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)
Hadiakbarinejhad@yahoo.com

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on sleep quality and psychological health in menopausal women. The research method was a semi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up phases with a control group. The statistical population of the study included all menopausal women referred to health centers in Tabriz in 2023. A total of 30 women were selected through convenient sampling and randomly assigned into two groups (each consisting of 15 participants). The experimental group received ACT in eight 1.5-hour sessions, while the control group received no treatment. Both groups completed the 19-question Pittsburgh Sleep Quality Index and 28-item Goldberg's general health questionnaires before, after, and 3 months after the intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test. The results indicated that ACT significantly improved sleep quality and psychological health in the post-test phase compared to the control group. These improvements were maintained at the follow-up stage. Acceptance and Commitment Therapy may effectively improve the sleep quality and psychological health of menopausal women.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Sleep Quality, Psychological Health, Menopausal Women.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)