

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هیجدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی

سحر حیاتلو^۱، فرناز فرشباف مانی صفت^{۲*}، مهین اعتمادی‌نیا^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴

خلاصه

مقدمه: مشکلات خواب علاوه بر کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال‌های گوارشی، بار زیادی را بر خدمات اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی تحمیل می‌کند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دوماهه بود. تمامی نوجوانان دارای اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۶۸ نفر جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند، که با نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری گمارش شدند. گردآوری داده‌ها با چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ Buysse انجام شد. مداخلات درمانی طی ۸ جلسه (یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) برای گروه‌های آزمایش اعمال شد. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها توسط آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: بین اثربخشی دو درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت نسبت به گروه کنترل باعث بهبود مؤلفه‌های کیفیت ذهنی خواب ($F=7/83$ ، $\eta^2=0/272$)، تأخیر در خواب رفتن ($F=6/73$)، مدت زمان خواب ($F=6/98$ ، $\eta^2=0/187$)، میزان بازدهی خواب ($F=8/14$ ، $\eta^2=0/279$)، اختلال خواب ($F=8/69$)، مصرف داروی خواب ($F=12/10$ ، $\eta^2=0/174$)، اختلال عملکرد روزانه ($F=9/49$ ، $\eta^2=0/311$) و کیفیت خواب کلی ($F=43/07$ ، $\eta^2=0/447$) در مبتلایان به اختلال‌های گوارشی شدند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، متخصصین فعال در حوزه اختلال‌های گوارشی می‌توانند جهت بهبود کیفیت خواب این بیماران از درمان‌های فوق‌الذکر در کنار درمان‌های متداول استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت، کیفیت خواب، اختلال گوارشی

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

تلفن: ۰۹۱۴۱۰۵۴۷۸۹ پست الکترونیکی: f.farshbaf@iaurmia.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

مقدمه

از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت (Brief cognitive-behavioral therapy=BCBT) اشاره کرد [۸-۱۱]. برخلاف اکثر رویکردهای سنتی، درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت با رویکردی مرحله‌ای، به درمان و بهبود مهارت‌های مورد تأکید شناخت‌درمانی هدایت می‌شود. این شیوه مداخلاتی، جایگاه ویژه‌ای برای آموزش مهارت‌ها بر اساس دو مفهوم تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی قائل است [۱۲].

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر علائم بی‌خوابی در سالمندان، بیماران افسرده و سربازان دارای افکار خودکشی مشاهده شده است [۱۱-۱۳]. Martinson و همکاران نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر شدت درد مزمن اثربخش است [۱۳]. با این حال، Miller-Mendes و همکاران بر این باورند که رویکرد شناختی-رفتاری با کاستی‌هایی از قبیل عدم پاسخ همه افراد به این درمان، ناپایداری نتایج درمان در درازمدت و تأثیر اندک بر پیامدهای بی‌خوابی در طول روز همراه است. با توجه به پیچیدگی عوامل و مکانیسم‌های دخیل در اتیولوژی و حفظ کیفیت خواب، پیشرفت در پروتکل‌ها و رویکردهای درمانی ممکن است برای ارائه یک رویکرد جایگزین مؤثر برای افراد غیرپاسخ‌گو به درمان‌های متداول کیفیت خواب حائز اهمیت باشد [۱۴].

از دیگر سو، شواهد در مورد تأثیر درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy=ACT) بر کارکردهای عاطفی و رفتاری در جمعیت‌های مختلف روبه افزایش است [۱۷-۱۵]. هدف این درمان، کمک به بیماران برای دستیابی به زندگی ارزشمندتر از طریق افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری است [۱۶]. در این راستا، Zhang و همکاران، نشان دادند درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش خستگی و بهبود کیفیت خواب بیماران سرطانی شده است [۱۵]. در حالی که درمان پذیرش و تعهد از سوی برخی درمانگران

بیماران با اختلال‌های گوارشی کارکردی (Gastrointestinal functional disorders) تعداد زیادی از مراجعین به کلینیک‌های عمومی و داخلی را تشکیل می‌دهند. علائم این اختلال شامل افزایش واکنش‌پذیری و حساسیت احشایی، تغییر عملکرد سیستم ایمنی-عصبی روده با علت نامشخص، دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک است [۱]. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد اختلال در کیفیت خواب با پیامدهای بد سلامتی مرتبط است و بسیاری از بیماران با اختلال گوارشی از کیفیت خواب پایین شکایت می‌کنند، که این امر می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌هایی مانند فشار خون بالا، چاقی، سکتة مغزی و بیماری قلبی را افزایش دهد [۳، ۲].

Tang و همکاران، نشان داده‌اند که میزان بروز اختلال‌های خواب در مبتلایان به بیماری‌های التهابی روده، تقریباً دو برابر جمعیت عمومی است [۴]. Guadagnoli و همکاران، نیز نشان دادند که کیفیت خواب پایین در بیماران با التهاب روده با اختلال در عملکرد روزانه، افزایش درد شکمی و احساس خستگی بیشتر ارتباط دارد [۵]. با توجه به نتایج پژوهشی ذکر شده [۵-۲]، لزوم مداخلات درمانی مؤثر، به جا و ضروری می‌نماید. Salwen-Deremer و همکاران، گزارش کرده‌اند که ۷۰/۳٪ بیماران التهابی روده از کیفیت خواب پایین شکایت دارند، ۶۳/۵٪ از این بیماران علاقه‌مند به دریافت توصیه‌هایی در زمینه خواب و ۸۴/۶٪ علاقه‌مند به شرکت در درمان‌های مرتبط با بی‌خوابی بودند [۶]. در خصوص میزان اثربخشی درمان دارویی برای بهبود خواب بیماران گوارشی، ناهمگونی قابل‌توجهی وجود دارد و به دلیل مشکلات بیمه‌ای و عوارض جانبی قابل‌توجه نمی‌توان درمان دارویی را برای آن‌ها توصیه کرد [۷]. در عین حال، بررسی‌های سیستماتیک و متاآنالیز نشان می‌دهند که درمان‌های روان‌شناختی به منظور بهبود کیفیت خواب توانسته‌اند نقش مؤثری ایفا کنند [۹، ۸].

هدف انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد که بر اساس پژوهش Tajally و همکاران [۲۰]، و با توجه به مقادیر $\sigma=3/8$ (انحراف معیار نمره کیفیت خواب)، $d=4/82$ (اختلاف میانگین پس از آزمون کیفیت خواب در گروه آزمایش و کنترل)، $\alpha=0/9$ توان آماری و سطح خطا یا α برابر با $0/05$ ، حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه بدست آمد. آزمودنی‌ها بعد از انتخاب شدن به صورت تصادفی ساده یعنی پرتاب تاس (roll of a die) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند، به این صورت که اعداد ۱ و ۲ برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعداد ۳ و ۴ برای درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

ملاک‌های ورود به پژوهش علاوه بر تشخیص قطعی ابتلای به اختلال‌های گوارشی، شامل سپری شدن حداقل شش ماه از ابتلای به بیماری، اعلام رضایت آگاهانه و کتبی برای شرکت در پژوهش، دریافت درمان دارویی زیر نظر پزشک متخصص، دامنه سنی ۱۲ الی ۲۰ سال، داشتن حداقل سواد لازم جهت خواندن سؤالات پرسش‌نامه و پاسخ‌دهی کامل به تمامی سؤالات آن، توانایی شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شده، رعایت نظم جلسات و انجام تمرینات مربوطه بود. ملاک‌های عدم ورود و خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیماری روان پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش، داشتن هر یک از اختلال‌های سایکوتیک و شخصیتی بر اساس مصاحبه بالینی، ابتلای به هر یک از اختلال‌های جسمانی همزمان بر اساس تشخیص و نظر پزشک متخصص گوارش (مانند سرطان دستگاه گوارش، سلیاک، سیروز کبدی، و ...) و داشتن علائمی چون خون‌ریزی گوارشی و یا اسهال شبانه، سابقه جراحی شکمی-داخلی، کاهش شدید وزن و مشکل در بلع، سوءمصرف هر یک از انواع مواد مخدر و الکلی، غیبت بیش

به‌عنوان جایگزینی برای درمان شناختی-رفتاری در کاهش بی‌خوابی پیشنهاد شده است، اما نتایج پژوهشی در خصوص میزان اثربخشی آن به‌عنوان درمان ترجیحی و در مراجعان با شکایت کیفیت خواب پایین، تا حد زیادی مبهم باقی مانده است [۱۸].

Zeevenhooven و همکاران شیوع ۴۹ درصدی اختلال‌های گوارشی کارکردی در نوجوانان را گزارش و بیان کردند که اختلال‌های گوارشی در نوجوانان به دلیل عدم تشخیص به موقع تا بزرگسالی ادامه می‌یابند و از علل اصلی غیبت از فعالیت‌های تحصیلی، مراجعات مکرر به پزشک و بستری در بیمارستان است [۱۹]. با توجه به اهمیت اختلال‌های گوارشی در نوجوانان و هزینه‌های مالی، روانی و بهداشتی که برای شخص و جامعه در پی دارد و با عنایت به این‌که عوامل روان‌شناختی نقش زیادی در اختلال‌های گوارشی دارند [۱۹، ۱]، و با اذعان به این‌که تأثیر همزمان این دو شیوه درمانی بر وضعیت روانی و خواب مبتلایان به اختلال‌های گوارشی بررسی نشده است، اجرای پژوهش حاضر ضرورت می‌یابد. بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت بر کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه بود (کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1402.041). جامعه آماری پژوهش تمامی نوجوانان دارای اختلال‌های گوارشی (بیماری‌های التهابی روده مانند کرون، کولیت و سندرم روده تحریک‌پذیر) مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۶۸ نفر بود. نمونه آماری، ۴۵ بیمار دارای اختلال‌های گوارشی بودند که توسط پزشکان متخصص حاضر در بیمارستان تشخیص قطعی ابتلای به اختلال‌های گوارشی را دریافت کرده بودند و با روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر

مبتنی بر پذیرش و تعهد) با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Hayes و همکاران [۱۶] و برای گروه آزمایش دوم (درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت) با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Rudd [۱۲] هر کدام طی ۸ جلسه گروهی به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط متخصص روان‌درمانی و دارای تجربه در رویکرد درمانی مورد نظر و به صورت مجزا و در دو زمان متفاوت (روزهای شنبه و سه‌شنبه) در بیمارستان میلاد اجرا شد. بعد از اعمال مداخلات در گروه‌های آزمایش، از هر سه گروه پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه گرفته شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرایند پژوهش برای تمامی افراد نمونه، در خصوص نکات اخلاقی مانند رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به شکل کلی اطلاع‌رسانی شد. همچنین، به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش و مشخص شدن نتایج، یکی از پروتکل‌های درمانی را به صورت رایگان دریافت خواهند نمود. در جداول ۱ و ۲ محتوای جلسات دو رویکرد مداخلاتی به تفکیک ارائه شده است.

از دو جلسه درمانی یا دریافت همزمان روان‌درمانی یا یک برنامه روان‌شناختی دیگر با اجرای پژوهش حاضر بود. پس از هماهنگی با مسئولین درمانگاه داخلی بیمارستان میلاد، ابتدا از طریق انتشار اطلاعیه مبنی بر تشکیل جلسات درمانی برای مراجعین با اختلالات گوارشی از افراد ثبت نام شد. پس از ثبت نام متقاضیان از بین ۵۸ نفر نوجوان دارای اختلال‌های گوارشی به تشخیص پزشکان متخصص حاضر در بیمارستان و از طریق مصاحبه مقدماتی توسط متخصص روان‌شناختی، بیماران نوجوان واجد شرایط حضور در پژوهش که از مشکل خواب شکایت داشتند، پرسش‌نامه کیفیت خواب (Buysse (Pittsburgh Sleep Quality Index=PSQI) و همکاران [۲۰] برای آنان تکمیل شد و با توجه به خط برش پرسش‌نامه، ۴۵ بیمار که نمرات ۵ و بالاتر را کسب کردند، غربال و انتخاب شدند. سپس، این بیماران به صورت تصادفی ساده (پرتاب تاس) به دو گروه آزمایش (گروه آزمایش اول=درمان پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم=درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت) و یک گروه کنترل تقسیم شدند و در هر گروه ۱۵ نفر گمارش شد. سپس، گروه‌های آزمایش در جریان مداخله قرار گرفتند. به این صورت که برای گروه آزمایش اول (درمان

جدول ۱- خلاصه محتوای درمان پذیرش و تعهد در نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران سال ۱۴۰۲

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی با آزمودنی‌ها، عنوان کردن قوانین و انتظارات از درمان، معرفی درمان پذیرش و تعهد
۲	ارتباط میان علائم بیماری با خلق-عواطف، معرفی مفهوم درماندگی خلق، مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها، استفاده از استعاره‌ها
۳	پرداختن به مفهوم پذیرش و شناخت هیجانات و عواطف، آموزش رابطه بین خلق و خو با پرداختن به مفهوم پذیرش
۴	تمایز میان ارزش‌ها و اهداف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، معرفی مفهوم گسلس از افکار و احساسات منفی، استفاده از استعاره
۵	مرور تکالیف و یکنواخت کردن فعالیت‌ها، تمرین ذهن‌آگاهی، تمایز خود مشاهده‌گر و خود به‌عنوان یافت
۶	شفاف‌سازی ارزش‌ها در مقابل ابهام ارزش‌ها، فرم جستجوی ارزش‌ها و قلمروهای زندگی
۷	عمل متعهدانه در مقابل انفعال، ارائه تکلیف با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد ساختن بیمار به فعالیت‌های خاصی که با اهداف-ارزش‌های بزرگ‌تر مشخص شده‌اند.
۸	شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش بیمار برای خود درمانگری و پرداختن به نگرانی‌های بیمار برای خاتمه دادن به درمان

جدول ۲- خلاصه محتوای درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت در نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران سال ۱۴۰۲

جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی و قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد اختلالات دستگاه گوارش و تهیه لیست مشکلات فرد و آرام‌سازی
۲	توضیح افکار خودآیند و علائم اختلال دستگاه گوارش، تمرین بازبینی شناختی
۳	معرفی تحریف‌های شناختی زیربنایی افکار خودآیند در رابطه با علائم بیماری و هیجانات مرتبط
۴	معرفی تئوری درد، تمرین روش‌های انحراف ذهن، تعیین خط پایه درد، آموزش آرام‌سازی عضلانی و تصویرسازی ذهنی برای کنترل درد

۵	استخراج افکار خودآیند در مورد موقعیت‌های راه انداز، تمرین مدیریت اضطراب و سایر هیجانات منفی نسبت به علائم اختلال گوارش و استانداردهای شایستگی بیمار
۶	توضیح هیجانات منفی و علائم بیماری و تمرین‌های شناختی-رفتاری مدیریت هیجان، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح رابطه آن با علائم بیماری
۷	شناسایی و چالش با نگرش‌های ناکارآمد استانداردهای بالا (کمال‌گرایی منفی)
۸	توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به خاتمه درمان

ترجمه و هنجاریابی کرده‌اند. در مطالعه آن‌ها، روایی و پایایی این پرسش‌نامه تأیید، و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار، ۰/۷۴ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۱ بدست آمد.

تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. قبل از تحلیل آماری، پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل واریانس شامل آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین، آزمون ام باکس و کرویت موجلی بررسی و تأیید شد. برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بن-فرونی و برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در سه گروه از آزمون مجذور کای استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف‌معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان پذیرش و تعهد $۲/۴۱ \pm ۱۶/۱۲$ ، درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت $۲/۰۷ \pm ۱۶/۰۳$ و در گروه کنترل $۱/۹۴ \pm ۱۶/۰۶$ سال بوده است. نتایج آزمون مجذور کای در جدول ۳ در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات، نوع اختلال گوارشی و طول مدت ابتلای به علائم بیماری نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر چک‌لیست اطلاعات جمعیت شناختی (شامل اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، سطح تحصیلات، نوع اختلال گوارشی و طول مدت ابتلای به علائم اختلال گوارشی)، با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت خواب انجام شد. این پرسش‌نامه توسط Buysse و همکاران [۲۱] به‌منظور سنجش کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، در بازه زمانی یک‌ماه گذشته تدوین شده است. این ابزار دارای ۱۹ سؤال با ۷ زیرمقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال عملکردی روزانه است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (نبودن مشکل با صفر امتیاز تا مشکل بسیار جدی با ۳ امتیاز) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی در این پرسش‌نامه از صفر تا ۲۱ در نوسان است و کسب نمره صفر تا ۴ بیانگر کیفیت خواب مناسب و نمره ۵ و بالاتر بیانگر کیفیت خواب نامناسب است. Buysse و همکاران [۲۱] در یک دوره ۱۸ ماهه این ابزار را در بین ۱۶۸ آزمودنی (۵۲ نفر سالم، ۵۴ نفر افسرده و ۶۲ نفر با اختلال خواب) مورد سنجش قرار داده‌اند و معیارهای قابل قبول همگنی درونی، سازگاری (پایایی آزمون-بازآزمون) و روایی به‌دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ و زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۸ الی ۰/۸۷ در نوسان بود. HasanZadeh و همکاران [۲۲] برای اولین بار این پرسش‌نامه را در ایران

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

P	درمان پذیرش و تعهد			متغیر جمعیت‌شناختی
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	کنترل	درمان پذیرش و تعهد	
	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	
۰/۲۶۱	۴۰ (۶)	۴۷ (۷)	۴۰ (۶)	جنسیت
	۶۰ (۹)	۵۳ (۸)	۶۰ (۹)	مذکر مؤنث
۰/۲۰۳	۵۳ (۸)	۴۰ (۶)	۵۳ (۸)	سطح تحصیلی
	۴۰ (۶)	۴۷ (۷)	۳۴ (۵)	ابتدایی متوسطه اول متوسطه دوم
۰/۴۱۹	۲۶ (۴)	۲۰ (۳)	۲۶ (۴)	نوع اختلال گوارشی
	۴۰ (۶)	۴۰ (۶)	۳۴ (۵)	کرون کولیت سندرم روده تحریک‌پذیر
۰/۱۱۵	۴۷ (۷)	۴۷ (۷)	۴۰ (۶)	طول مدت
	۵۳ (۸)	۵۳ (۸)	۶۰ (۹)	۶ ماه الی ۱۲ ماه ۱۳ ماه و بالاتر

نوع آزمون: مجذور کای، * $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است.

در جدول ۴ میانگین و انحراف‌معیار نمره کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمره کل کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن در مراحل

جدول ۴- میانگین و انحراف‌معیار نمره کیفیت خواب در نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	گروه	متغیر وابسته
انحراف‌معیار \pm میانگین	انحراف‌معیار \pm میانگین	انحراف‌معیار \pm میانگین		
۲/۰۰ \pm ۱/۰۵	۰/۹۰ \pm ۱/۰۳	۰/۶۵ \pm ۰/۸۹	درمان پذیرش و تعهد	کیفیت ذهنی خواب
۲/۰۰ \pm ۱/۱۳	۱/۰۵ \pm ۱/۳۳	۰/۹۰ \pm ۱/۳۸	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	
۲/۱۰ \pm ۰/۹۹	۲/۲۵ \pm ۰/۹۶	۲/۴۰ \pm ۰/۹۱	کنترل	
۲/۴۰ \pm ۱/۸۴	۰/۹۰ \pm ۱/۰۳	۰/۸۰ \pm ۰/۹۴	درمان پذیرش و تعهد	تأخیر در خواب رفتن
۲/۶۵ \pm ۱/۵۴	۱/۰۵ \pm ۱/۰۳	۰/۹۵ \pm ۱/۰۲	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	
۲/۲۵ \pm ۱/۳۸	۲/۱۰ \pm ۱/۳۵	۲/۲۰ \pm ۱/۳۲	کنترل	
۱/۶۰ \pm ۱/۱۲	۰/۷۰ \pm ۰/۹۶	۰/۵۰ \pm ۰/۸۳	درمان پذیرش و تعهد	مدت زمان خواب
۲/۰۰ \pm ۱/۰۶	۱/۱۰ \pm ۱/۰۲	۰/۸۵ \pm ۰/۹۱	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	
۱/۷۰ \pm ۱/۱۶	۱/۸۵ \pm ۱/۱۲	۱/۹۰ \pm ۱/۰۲	کنترل	
۲/۰۵ \pm ۱/۴۸	۱/۰۰ \pm ۰/۹۴	۰/۸۵ \pm ۰/۸۳	درمان پذیرش و تعهد	میزان بازدهی خواب
۱/۸۵ \pm ۱/۴۵	۰/۶۵ \pm ۰/۷۲	۰/۵۰ \pm ۰/۶۳	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	
۱/۸۰ \pm ۱/۴۷	۲/۰۵ \pm ۱/۲۷	۲/۰۰ \pm ۱/۲۵	کنترل	
۲/۴۵ \pm ۱/۸۰	۱/۱۵ \pm ۰/۹۹	۰/۸۵ \pm ۰/۹۱	درمان پذیرش و تعهد	اختلال خواب
۲/۳۰ \pm ۱/۶۱	۱/۳۰ \pm ۱/۱۱	۱/۱۰ \pm ۰/۹۹	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	
۲/۵۰ \pm ۱/۸۰	۲/۶۵ \pm ۱/۶۳	۲/۸۰ \pm ۱/۵۶	کنترل	
۱/۸۰ \pm ۰/۹۴	۰/۶۰ \pm ۰/۵۲	۰/۵۵ \pm ۰/۵۱	درمان پذیرش و تعهد	استفاده از داروی خواب
۲/۲۰ \pm ۰/۷۷	۰/۸۰ \pm ۰/۹۴	۰/۶۰ \pm ۰/۹۱	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	
۱/۷۰ \pm ۱/۱۶	۱/۹۰ \pm ۱/۰۳	۱/۸۵ \pm ۱/۰۳	کنترل	
۳/۱۰ \pm ۱/۱۹	۱/۱۰ \pm ۰/۹۹	۱/۰۰ \pm ۰/۹۲	درمان پذیرش و تعهد	اختلال عملکرد روزانه
۳/۱۰ \pm ۱/۲۴	۱/۷۵ \pm ۱/۰۳	۱/۶۰ \pm ۰/۹۸	درمان شناختی-رفتاری	

کوتاه مدت		
۳/۰۵ ± ۰/۸۸	۳/۲۰ ± ۰/۸۶	۳/۰۰ ± ۱/۱۹
۵/۲۰ ± ۵/۸۳	۶/۳۵ ± ۶/۴۶	۱۵/۴۰ ± ۹/۴۲
۶/۵۰ ± ۶/۸۲	۷/۷۰ ± ۷/۱۸	۱۶/۱۰ ± ۸/۸۰
۱۶/۲۰ ± ۷/۹۸	۱۶/۰۰ ± ۸/۲۲	۱۵/۰۵ ± ۹/۱۵

خواب در سه بار اندازه گیری و برای آثار درون آزمودنی‌ها استفاده شد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در نمره کل کیفیت خواب و تمامی مؤلفه‌های آن، هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی×درون‌گروهی معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در نمره کل کیفیت خواب و تمامی مؤلفه‌های آن، نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه اثر آن بر کیفیت خواب کل ۰/۴۴ بوده است. نتیجه کلی گویای آن است که مداخلات درمانی بر بهبود نمره کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن اثربخش بوده‌اند.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد، که شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود ($P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون لوین نشان داد پراکندگی نمرات در گروه‌ها مشابه است ($P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون ام‌باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($F = ۳/۰۸۶$ ، $P = ۰/۴۰۷$ و $F = ۲/۲۴۵$). همچنین، بررسی نتایج آزمون موجلی برقراری شرط کرویت را رد کرد ($P < ۰/۰۰۱$). با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین هاوس-گایسر برای انجام آزمون عامل نمره کیفیت

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت بر نمره کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران سال ۱۴۰۲

متغیر پژوهش	اثرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	مقدار F	P	اندازه اثر
کیفیت ذهنی خواب	گروه	۳۰/۴۰۰	۲	۱۵/۲۰۰	۵/۴۱۰	*۰/۰۰۸	۰/۲۰۵
	زمان	۱۳/۵۱۱	۱/۴۴۷	۹/۳۳۵	۱۷/۴۱۴	*۰/۰۰۶	۰/۲۹۴
	گروه×زمان	۱۲/۰۸۹	۲/۸۹۵	۴/۱۷۶	۷/۸۳۵	*۰/۰۰۲	۰/۲۷۲
تأخیر در خواب رفتن	گروه	۱۶/۸۴۴	۲	۸/۴۲۲	۲/۱۱۱	*۰/۰۱۳	۰/۲۹۹
	زمان	۳۶/۴۰۰	۱/۰۷۳	۳۳/۹۱۲	۳۲/۰۸۸	*۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
	گروه×زمان	۱۵/۲۸۹	۲/۱۴۷	۷/۱۲۲	۶/۷۳۹	*۰/۰۰۲	۰/۲۴۳
مدت زمان خواب	گروه	۱۸/۰۱۵	۲	۹/۰۰۷	۳/۴۹۹	*۰/۰۳۹	۰/۱۴۳
	زمان	۱۱/۴۸۱	۱/۳۹۶	۸/۲۲۵	۱۶/۹۸۰	*۰/۰۰۵	۰/۲۸۸
	گروه×زمان	۹/۴۵۲	۲/۷۹۲	۳/۳۸۶	۶/۹۸۹	*۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
میزان بازدهی خواب	گروه	۲۰/۵۴۸	۲	۱۰/۲۷۴	۳/۱۴۵	*۰/۰۱۱	۰/۱۳۰
	زمان	۱۵/۹۲۶	۱/۱۸۴	۱۳/۴۵۰	۱۸/۷۸۹	*۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
	گروه×زمان	۱۳/۸۰۷	۲/۳۶۸	۵/۸۳۰	۸/۱۴۵	*۰/۰۰۱	۰/۲۷۹
اختلال خواب	گروه	۳۴/۷۷۰	۲	۱۷/۳۸۵	۳/۴۸۷	*۰/۰۴۰	۰/۱۴۲
	زمان	۲۵/۷۹۳	۱/۳۲۵	۱۹/۴۷۰	۲۲/۹۰۸	*۰/۰۱۴	۰/۳۵۳
	گروه×زمان	۱۹/۵۸۵	۲/۶۴۹	۷/۳۹۲	۸/۶۹۷	*۰/۰۰۹	۰/۲۹۳
استفاده از داروی خواب	گروه	۱۶/۹۹۳	۲	۸/۴۹۶	۴/۷۵۹	*۰/۰۱۴	۰/۱۸۵
	زمان	۲۴/۴۱۵	۱/۴۵۵	۱۶/۷۷۵	۳۹/۵۰۷	*۰/۰۱۱	۰/۴۸۵
	گروه×زمان	۱۴/۹۶۳	۲/۹۱۱	۵/۱۴۰	۱۲/۱۰۶	*۰/۰۰۷	۰/۱۷۴
اختلال عملکرد روزانه	گروه	۴۲/۱۳۳	۲	۲۱/۰۶۷	۱۰/۸۰۸	*۰/۰۰۳	۰/۳۴۰
	زمان	۳۸/۹۳۳	۱/۱۳۴	۳۴/۳۴۱	۲۸/۵۸۷	*۰/۰۰۲	۰/۴۰۵
	گروه×زمان	۲۵/۸۶۷	۲/۲۶۷	۱۱/۴۰۸	۹/۴۹۷	*۰/۰۰۶	۰/۳۱۱
نمره کل کیفیت خواب	گروه	۱۱۶۸/۷۲۶	۲	۵۸۴/۳۶۳	۲۸/۴۶۸	*۰/۰۰۵	۰/۳۹۸
	زمان	۱۱۱۰/۴۵۹	۱/۳۶۸	۸۱۱/۸۲۵	۱۳۹/۶۵۰	*۰/۰۰۳	۰/۵۴۳
	گروه×زمان	۷۳۷/۸۰۷	۲/۷۳۶	۲۶۹/۶۹۵	۴۳/۰۷۱	*۰/۰۱۲	۰/۴۴۷

* نتایج براساس اصلاح گرین هاوس گایسر ارائه شده است؛ * $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

نتایج آزمون تعقیبی بن-فرونی در جدول ۶ نشان داد تفاوت میانگین دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت با گروه کنترل در

کیفیت خواب معنی‌دار است. علی‌رغم اثربخشی دو روش مداخلاتی، بین دو برنامه مداخلاتی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

جدول ۶- نتایج آزمون بن-فرونی برای مقایسه‌های زوجی گروه‌ها در متغیر کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران سال ۱۴۰۲

متغیر وابسته	گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	P
کیفیت ذهنی خواب	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۱۳۳	۰/۳۵۳	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	-۱/۰۶۷	۰/۳۵۳	*۰/۰۱۳
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۰/۹۳۳	۰/۳۵۳	*۰/۰۳۵
تأخیر در خواب رفتن	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۱۷۸	۰/۴۲۱	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۸۲۲	۰/۴۲۱	*۰/۰۱۷
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۰/۶۴۴	۰/۴۲۱	*۰/۰۴۰
مدت زمان خواب	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۳۵۶	۰/۳۳۸	۰/۸۹۸
	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۸۸۹	۰/۳۳۸	*۰/۰۳۶
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۰/۵۳۳	۰/۳۳۸	*۰/۰۳۷
میزان بازدهی خواب	درمان پذیرش و تعهد	۰/۲۸۹	۰/۳۸۱	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۶۴۴	۰/۳۸۱	*۰/۰۲۹
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۰/۹۳۳	۰/۳۸۱	*۰/۰۴۶
اختلال خواب	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۲۴۴	۰/۴۷۱	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	-۱/۱۷۸	۰/۴۷۱	*۰/۰۱۹
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۰/۹۳۳	۰/۴۷۱	*۰/۰۲۷
استفاده از داروی خواب	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۲۴۴	۰/۲۸۲	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۸۴۴	۰/۲۸۲	*۰/۰۱۴
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۰/۶۰۰	۰/۲۸۲	*۰/۰۴۷
اختلال عملکرد روزانه	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۴۰۰	۰/۲۹۴	۰/۵۴۴
	درمان پذیرش و تعهد	-۱/۳۳۳	۰/۲۹۴	*۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۰/۹۳۳	۰/۲۹۴	*۰/۰۰۹
نمره کل کیفیت خواب	درمان پذیرش و تعهد	-۱/۲۶۷	۰/۹۵۵	۰/۵۷۶
	درمان پذیرش و تعهد	-۶/۷۷۸	۰/۹۵۵	*۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت	-۵/۵۱۱	۰/۹۵۵	*۰/۰۰۱

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و بی‌خوابی دارد، که با یافته پژوهش حاضر هماهنگ است [۲۴، ۱۷ و ۹]. در پژوهش Zakiei و همکاران، که به بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب، اجتناب تجربی و تنظیم هیجان در بزرگسالان مبتلا به بی‌خوابی پرداخته شد، نتایج نشان داد که این درمان تأثیر معنی‌داری بر کاهش اجتناب تجربی، بهبود هیجان و کیفیت خواب آزمودنی‌ها دارد. همچنین، این محققان بیان کردند که تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب ناشی از تأثیر مثبت این مداخله بر کاهش اجتناب تجربی بوده است. با کاهش اجتناب تجربی، مدیریت هیجان‌ها افزایش

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به اختلال‌های گوارشی انجام شد. نخستین یافته پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب مؤثر است. نتایج پژوهش Simister و همکاران، که تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب مبتلابان به فیبرومیالژیا بررسی شد، نشان داد که این درمان بر کیفیت خواب تأثیر معنی‌داری ندارد [۲۳]. این یافته با نتیجه پژوهش حاضر هماهنگ نیست، اما نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها حکایت از مؤثر بودن

یافته و کیفیت خواب بهبود نشان می‌دهد [۱۷]. Mohammadi و همکاران، نیز طی پژوهشی در راستای نتیجه پژوهش حاضر نشان دادند هشت جلسه درمان پذیرش و تعهد در بیماران قلبی منجر به بهبود معنی‌دار کیفیت خواب و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها شد [۲۴].

Zakiei و همکاران، در یک پژوهش مروری سیستماتیک و متاآنالیز به بررسی ارتباط شش فرایند اصلی پذیرش و تعهد با پیامدهای خواب ضعیف پرداختند. نتایج نشان داد که اندازه اثر تلفیقی بدست آمده از ۲۸ مطالعه، همبستگی قابل توجهی را بین چهار جزء درمان پذیرش و تعهد و پیامدهای خواب ضعیف نشان داده است. نتایج همچنین، نشان داد که بین پذیرش و تعهد با کیفیت خواب ضعیف تحت تأثیر میانگین سنی افراد نمونه، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد [۹]. این یافته همسو با نتیجه پژوهش حاضر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در طی درمان و به کارگیری تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد با استفاده از تمرین‌های پذیرش و بحث پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد، به آن‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه باورهای اجتنابی خود را رها کنند و به جای تلاش برای کنترل، آن‌ها را بپذیرند [۱۶]، که همین امر سبب بهبود تنظیم ساعات خواب و کیفیت خواب می‌شود. از طرف دیگر، به زعم محققان حاضر، پس از درمان پذیرش و تعهد، فرد موضع خود را از یک فرد درگیر به یک فرد مشاهده‌گر تغییر می‌دهد، در نتیجه تحت تأثیر قرار نگرفته و این مسئله می‌تواند بهبود کیفیت خواب را دربر داشته باشد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت می‌تواند کیفیت خواب را بهبود بخشد و نتایج در طول زمان پایدار باقی بماند. Chung و همکاران، طی پژوهشی به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر بی‌خوابی در مبتلایان به اختلال دوقطبی پرداختند. نتایج نشان داد علائم افسردگی، اضطراب و شناخت‌های منفی با شرکت در درمان شناختی-رفتاری کاهش یافته، اما درمان بر بی‌خوابی تأثیر معنی‌داری

نداشته است [۲۵]. به زعم محقق این نتیجه ناهمخوان با یافته حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، شدت علائم بیماری، میزان هوش و عوامل اجتماعی-روانی مرتبط با درمانجویان و حجم نمونه در پژوهش Chung باشد، زیرا در پژوهش آن‌ها تعداد ۲۰۰ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی شرکت داشتند.

در پژوهشی سیستماتیک و متاآنالیز Wang و همکاران به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پیامدهای مرتبط با خواب برای بیماران دیابتی پرداختند. نتایج همسو با یافته حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری توانسته است بر کیفیت خواب نقش مؤثری داشته باشد [۸]. این نتیجه از پژوهش حاضر در راستا و هماهنگی با یافته Lau و همکاران، مبنی بر کاهش اختلال خواب در افراد با خستگی بالا [۲۶]، یافته Groeneveld و همکاران، مبنی بر کاهش بی‌خوابی و علائم قند خون در بیماران دیابتی نوع دوم با شرکت در درمان شناختی-رفتاری [۱۰] و Ludwing و همکاران، مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان افسردگی، بی‌خوابی و بهبود پیامدهای خواب در مبتلایان به ضربه مغزی است [۱۱].

در تبیین این یافته می‌توان استنباط کرد که تأکید اصلی این شیوه مداخلاتی بر اصلاح باورهای غیرمنطقی، آگاهی از تحریفات شناختی و آموزش راهبردهای کارآمد حل مسئله است، که همگی نقش مهمی در افزایش توانمندی هیجانی و کاهش نشخوار فکری در زمینه خواب دارند. به زعم محققان این شیوه درمانی از طریق افزایش توانمندی شناختی-رفتاری باعث بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی افراد و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی می‌شود و به این ترتیب می‌تواند به بهبود کیفیت خواب منجر شود. به نظر می‌رسد درمان اختلال خواب با این درمان، علاوه بر کاهش هیجانات منفی و نشخوارهای فکری، از طریق کاهش برانگیختگی با کمک تغییر در شناخت اتفاق می‌افتد. شواهدی که این یافته را تأیید می‌کند نشان‌دهنده آن است که برنامه‌های درمان

شناختی-رفتاری سطح هورمون خواب، کورتیزول و کاتهکولامین بیماران را تنظیم می‌سازد [۲۷، ۱۱].

یافته آخر پژوهش نشان داد که با وجود اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر کیفیت خواب، این دو درمان از نظر سودمندی تفاوت معنی‌داری ندارند. این نتیجه از پژوهش همسو با نتایج Martin و همکاران [۲۸] و Miller-Mendes و همکاران [۱۴] است. Hertenstein و همکاران [۲۹] طی پژوهشی در مبتلایان به بی‌خوابی نشان دادند درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری تأثیر یکسانی بر کاهش بی‌خوابی داشته‌اند، که همسو با نتیجه حاضر است؛ اما با نتیجه پژوهش El-Rafihi-Ferreira و همکاران، که در بررسی تأثیر این دو رویکرد درمانی در مبتلایان به بی‌خوابی نشان دادند با وجود اثربخشی دو روش درمانی بر بهبود خواب، در دوره پیگیری درمان پذیرش و تعهد بر بی‌خوابی تأثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشته است (به ترتیب ۶۴٪/۱۷ در مقابل ۵۰٪)، ناهمسو است [۳۰].

در تبیین تفاوت یافته حاضر با یافته El-Rafihi-Ferreira و همکاران [۳۰] علاوه بر تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه، شدت اختلال خواب و تجارب درمانگران، می‌توان به نظر Saldana و همکاران، استناد نمود که بیان می‌کنند اگرچه درمان شناختی-رفتاری برای بهبود خواب مؤثر است، اما با مشکلاتی از قبیل عدم پیروی از دستورات درمانی و قطع زود هنگام درمان در مراجعان مواجه است در حالی که درمان پذیرش و تعهد با چنین مشکلاتی مواجه نیست [۳۱]. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد اجتناب از افکار، احساسات و پریشانی‌ها را کنار بگذارند و راهبردهای مبتنی بر ارزش و پذیرش را انتخاب و اجرا کنند و از تأثیر کیفیت خواب نامناسب در زندگی‌شان بکاهند [۱۶]. بر همین اساس، درمان پذیرش و تعهد، تصمیم به ماندن در رختخواب به جای ترک آن و تمایل برای بیدار ماندن را تقویت می‌کند و از مبارزه با

بی‌خوابی می‌کاهد. مبارزه کم‌تر، اتلاف انرژی کم‌تر، برانگیختگی شبانه کم‌تر و در نتیجه، ظرفیت بیشتر برای داشتن یک زندگی معنی‌دار است و محیطی را برای ایجاد خواب طبیعی و با کیفیت فراهم می‌سازد.

درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت به بیمار کمک می‌کند با اصلاح الگوهای ناسازگار طولانی‌مدت در زندگی خود، پاسخ‌های مقابله‌ای و رفتار ناکارآمد را تغییر دهد و از تداخل محرک‌های محیطی در خواب جلوگیری کند و در نتیجه، کیفیت خواب بهبود یابد [۱۲]. از دلایل معنی‌دار نبودن تفاوت میان دو رویکرد درمانی بر کیفیت خواب، می‌توان بیان کرد یکی از ویژگی‌های اساسی در کاهش مشکلات خواب، داشتن انعطاف‌پذیری است، که انعطاف‌پذیری روانی هم در درمان پذیرش و تعهد و هم درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت مطرح می‌شود. به عبارتی، نقطه مشترک بین دو درمان، انعطاف‌پذیری روانی است ولی جهت و مسیر رسیدن به آن در دو رویکرد متفاوت است. در درمان پذیرش و تعهد، قدرت انعطاف‌پذیری بیشتر بر پذیرش درونی پریشانی و رنج بیمار متمرکز است، اما در درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت، قدرت انعطاف‌پذیری بر پایه توانمندی‌ها، تاب‌آوری و حل مسئله متمرکز است و همین نکته باعث اثربخشی یکسان دو روش درمانی است.

محدود بودن جامعه آماری به مبتلایان به اختلال‌های گوارشی با شکایت از کیفیت خواب پایین و تعداد محدود شرکت‌کنندگان در طرح که ناشی از محدودیت‌های روش شناختی این پژوهش بود، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. کوتاه بودن دوره پیگیری، در حالی که در پژوهش‌های خارج از ایران دوره پیگیری شش ماهه یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر که می‌تواند در بخشی از نتایج آن ابهام ایجاد نماید، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی در گردآوری اطلاعات بود. دیگر محدودیت پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری آن به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف می‌باشد. پیشنهاد می‌شود

در پژوهش‌های بعدی جمعیت مورد مطالعه از بین مبتلایان به سایر اختلال‌های گوارشی و با سایر روش‌های نمونه‌گیری انجام گیرد که توان تعمیم نتایج بالا باشد و برای سنجش متغیرهای پژوهش علاوه بر پرسش‌نامه، از دیگر روش‌ها مانند مصاحبه استفاده شود. همچنین در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی در مقایسه با این روش‌ها استفاده گردد تا امکان مقایسه سودمندی این دو رویکرد درمانی با سایر رویکردهای درمانی فراهم گردد.

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر بهبود نمره کیفیت خواب در مبتلایان به اختلال‌های گوارشی تأثیر مثبت داشتند. این رویکردهای مداخلاتی می‌توانند به عنوان مداخلاتی سودمند در کنار درمان دارویی متداول برای بهبود وضعیت خواب بیماران با اختلال‌های گوارشی در مراکز درمانی مورد توجه قرار گیرند.

تعارض منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی نداشته است.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی است. نویسنده نخست این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور نقش داشتند.

تقدیر و تشکر

از تمامی شرکت‌کنندگان جهت مشارکت در پژوهش و مسئولان بیمارستان میلاد شهر تهران جهت پشتیبانی و همکاری در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Rometsch C, Mansueto G, Maas Genannt Bermphohl F, Martin A, Cosci F. Prevalence of functional disorders across europe: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2024; 39(6):571-86.
- Pu J, Guo C, Xiao Y, Cao Y, Liu Z, Jin Y, et al. Effect of general anesthesia combined with transversus abdominis plane block on postoperative sleep disorders in elderly patients undergoing gastrointestinal tumor surgery: A prospective, randomized controlled trial. *Nature and Science of Sleep* 2025 Dec 31:17-25.
- Khanijow V, Prakash P, Emsellem HA, Borum ML, Doman DB. Sleep dysfunction and gastrointestinal diseases. *Gastroenterol Hepatol* 2015; 11(12):817-25.
- Tang WW, Han ML, Xu SH, Deng YX, Shen Q. Analysis of sleep quality, disease uncertainty, and psychological tolerance in patients undergoing chemotherapy for digestive tract malignancies. *World J Clin Cases* 2024; 12(20):4247-55.
- Guadagnoli L, Horrigan J, Walentynowicz M, Salwen-Deremer JK. Sleep quality drives next day pain and fatigue in adults with inflammatory bowel disease: A short report. *J Crohn's Colitis* 2024; 18(1):171-74.
- Salwen-Deremer JK, Godzik CM, Jagielski CH, Siegel CA, Smith MT. Patients with IBD want to talk about sleep and treatments for insomnia with their gastroenterologist. *Dig Dis Sci* 2023; 68(6):2291-302.
- White B, Snyder HS, Patel MV. Evaluation of medications used for hospitalized patients with sleep disturbances: A frequency analysis and literature review. *J Pharm Pract* 2023; 36(1):126-38.
- Wang H, Li R, Ge L, Xu F, Wiley JA, Tang S, et al. The effectiveness of cognitive behavioral therapy-based intervention on improving sleep-related outcomes for people with diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Res Behav Manag* 2024; 17:957-72.
- Zakiei A, Khazaie H, Rostampour M, Moradi MT, Rezaie L, Komasi S, et al. Associations between six core processes of psychological flexibility with poor sleep outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Curr Sleep Med Rep* 2024; 10(2):257-75.
- Groeneveld L, Beulens JW, Blom MT, van Straten A, van der Zweerde T, Elders PJ, et al. The effect of cognitive behavioral therapy for insomnia on sleep and glycemic outcomes in people with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Sleep Med* 2024; 120:44-52.

11. Ludwig R, Rippee M, D'Silva L, Radel J, Eakman AM, Beltramo A, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia improves sleep outcomes in individuals with concussion: a preliminary randomized wait-list control study. *J Head Trauma Rehabil* 2024;10-97.
12. Rudd MD. Brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidality in military populations. *Military Psychology* 2012; 24(6):592-603.
13. Martinson A, Johanson K, Wong S. Examining the efficacy of a brief cognitive-behavioral therapy for chronic pain (Brief CBT-CP) group delivered via VA video connect (VVC) among older adult veterans. *Clin Gerontol* 2024; 47(1):122-35.
14. Miller-Mendes M, Castilho P, Clara MI, Clemente V, Gomes AA. 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 Psychol* 2023; 69:1-11.
15. Zhang Y, Ding Y, Chen X, Li Y, Li J, Hu X. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, fatigue, sleep disturbance, and quality of life of patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs* 2023; 20(6):582-92.
16. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist* 2012; 40(7):976-1002.
17. Zakiei A, Khazaie H, Rostampour M, Lemola S, Esmaeili M, Dürsteler K, et al. Acceptance and commitment therapy (ACT) improves sleep quality, experiential avoidance, and emotion regulation in individuals with insomnia-results from a randomized interventional study. *Life (Basel)* 2021; 11(2):133-51.
18. Looman MI, Schoenmakers TM, Blanken TF, Linnebank FE, Kamphuis JH, Lancee J. Efficacy of acceptance and commitment therapy as a stand-alone treatment for Insomnia: Protocol of a randomized waitlist controlled trial. *J Behav Cogn Ther* 2024 Jul 1:100499.
19. Zeevenhooven J, Zeevenhooven L, Biesbroek A, Schappin R, Vlieger AM, van Sleuwen BE, et al. Functional gastrointestinal disorders, quality of life, and behaviour in adolescents with history of infant colic. *Acta Paediatr* 2024; 113(6):1435-43.
20. Tajally R, Bahrami Hidaji M, Tajeri B, Hossein-Zadeh Taghvaie M, Goodarzi A. Comparing the effects of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on emotional self-regulation in patients with alopecia areata. *Community Health Journal* 2024;18 (2):1-12. [Persian]
21. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28(2):193-213.
22. Hasan-Zadeh M, Alavi K, Ghalebani MF, Yadolahi Z, Gharaei B, Sadeghi-Kia A. Sleep quality in Iranian drivers recognized as responsible for severe road accidents. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2008; 6(2):96-107. [Persian]
23. Simister HD, Tkachuk GA, Shay BL, Vincent N, Pear JJ, Skrabek RQ. Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *J Pain* 2018; 19(7):741-53.
24. Mohammadi S, Fattahi A, Jaberghaderi N, Kheirabadi Z, Bakhtiari M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sleep quality and quality of life of patients with cardiovascular problems. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2022; 9(3):85-96. [Persian]
25. Chung KF, Lee CT, Au CH, Kam KY, Lee CK, Yeung WF, et al. Cognitive behavioural therapy for insomnia as an early intervention of mood disorders with comorbid insomnia: A randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry* 2024; 18(2):82-93.
26. Lau PH, Marway OS, Carmona NE, Starick E, Iskenderova I, Carney CE. An investigation of further strategies to optimize early treatment gains in brief therapies for insomnia. *Behav Sleep Med* 2024; 22(2):140-9.
27. Zhou Y, Guo M. Effect of cognitive behavioral intervention on plasma cortisol in patients with breast cancer PTSD. *Journal of Cancer Therapy* 2024; 15(3):62-70.
28. Martin JL, Carlson GC, Kelly MR, Song Y, Mitchell MN, Josephson KR, et al. Novel treatment based on acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for insomnia: A randomized comparative effectiveness trial in women veterans. *J Consult Clin Psychol* 2023; 91(11):626-39.
29. Hertenstein E, Trinca E, Schneider CL, Fehér KD, Johann AF, Nissen C. Acceptance and commitment therapy, combined with bedtime restriction, versus cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled pilot trial. *Psychother Psychosom* 2024; 93(2):1-5.
30. El Rafihi-Ferreira R, Morin CM, Hasan R, Brasil IS, Zago Ribeiro JH, Cecília Toscanini A. A pilot randomized controlled trial (RCT) of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for chronic insomnia. *Behav Sleep Med* 2023; 21(2):193-207.
31. Saldaña KS, McGowan SK, Martin JL. Acceptance and commitment therapy as an adjunct or alternative treatment to cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Clin* 2023; 18(1):73-83.

Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Brief Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Quality of Adolescents with Gastrointestinal Disorders

Hayatloo S¹, Farshbaf Manisefat F^{2*}, Etemadi-Nia M³

1-PhD Student of General Psychology, Dept. of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

(Corresponding Author) E-mail: f.farshbaf@iaurmia.ac.ir, Tel: 091410547893.

3-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Received: 4 August 2024

Accepted: 9 July 2025

Introduction: In addition to the quality of life of people with digestive disorders, sleep problems impose a great burden on social services and health care. Therefore, this study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and brief cognitive-behavioral therapy (BCBT) on sleep quality of adolescents with gastrointestinal disorders.

Material and Methods: This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with a 2-month follow-up. All adolescents with gastrointestinal disorders referred to Milad Hospital in Tehran in 2023 (168 people) formed the statistical population of the study; out of which 45 people were selected by convenience sampling and randomly assigned to three equal groups of 15. Data collection was done using demographic information checklist and PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) by Buysse. Therapeutic interventions were applied during 8 sessions (one session of 90 minutes) for the experimental groups. The control group did not receive any intervention. Data were analyzed by two-way repeated measures ANOVA.

Results: There was no significant difference between the effectiveness of these two treatments ($p > 0.05$). ACT and BCBT improved the subjective sleep quality ($F=7.83$, $\eta=0.272$), sleep delay ($F=6.73$, $\eta=0.243$), sleep duration ($F=6.98$, $\eta=0.187$), sleep efficiency ($F=8.14$, $\eta=0.279$), sleep disturbance ($F=8.69$, $\eta=0.293$), use of sleeping drugs ($F=12.10$, $\eta=0.174$), daytime dysfunction ($F=9.49$, $\eta=0.311$), and overall sleep quality ($F=43.07$, $\eta=0.447$) in the patients with digestive disorders compared to the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results, active specialists in the field of gastrointestinal disorders can consider the use of aforementioned treatments alongside common treatments to improve the sleep quality of these patients.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Brief cognitive-behavioral therapy, Sleep quality, Gastrointestinal disorders

Please cite this article as follows:

Hayatloo S, Farshbaf Manisefat F, Etemadi-Nia M. Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Brief Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Quality of Adolescents with Gastrointestinal Disorders. *Community Health Journal* 2025; 18(4): 39-51.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University, Urmia Branch, Iran.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Urmia Branch, approved the study (IR.IAU.URMIA.REC.1402.041).