

## The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sleep quality and quality of life of patients with cardiovascular problems

Saeed Mohammadi<sup>1</sup>, Arash Fattahi<sup>2</sup>, Nasrin Jaberghaderi<sup>3</sup>, Zohreh Kheirabadi<sup>4</sup>, Maryam Bakhtiari<sup>5</sup>

1- PhD Student, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- MSc, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

4- MSc, Department of Clinical Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

5- Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
(Corresponding Author). E-mail: Dr.m.bakhtiari@gmail.com

Received: 26/02/2022

Accepted: 16/07/2022

### Abstract

**Introduction:** People with cardiovascular problems have poor sleep quality and quality of life. These problems exacerbate the process of their disease.

**Aim:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on improving quality of life and sleep quality of cardiovascular patients.

**Method:** This research has been executed in context of a clinical trial plan with pre-test, post-test and two-month and six-month follow up period. Among the patients with cardiovascular disease of Kermanshah city who had referred in hospitals of this city in year 2020-2021, 40 people were purposefully selected and were randomly assigned to experimental (n=20) and control (n=20) groups. Tools of this research included: Pittsburgh sleep quality index (PSQI) and The Short form health survey (SF-36). The experimental group received eight sessions of 90-minute acceptance and commitment therapy. SPSS-24 software and repeated measures analysis of variance were used to analyze the data.

**Results:** The results of this research indicated that acceptance and commitment therapy leads to a significant improvement in sleep quality and quality of life in the experimental group ( $P<0.01$ ). The effect size for quality of life and quality of sleep were 0.63 and 0.62, respectively ( $P<0.01$ ).

**Conclusion:** The findings of this study showed that acceptance and commitment therapy leads to improved quality of life and quality of sleep in patients with cardiovascular problems. Based on these findings, this treatment can be used to improve sleep quality and quality of life problems that play an exacerbating role in the process of disease in patients with cardiovascular problems.

**Keywords:** Cardiovascular patient, Sleep, Quality of life, Acceptance and commitment therapy

---

**How to cite this article:** 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. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1386-en.pdf>

## بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران با مشکلات قلبی - عروقی

سعید محمدی<sup>۱</sup>، آرش فتاحی<sup>۲</sup>، نسرین جابر قادری<sup>۳</sup>، زهره خیرآبادی<sup>۴</sup>، مریم بختیاری<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۵. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Dr.m.bakhtiari@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۰۷

### چکیده

**مقدمه:** افراد با مشکلات قلبی - عروقی از کیفیت خواب و کیفیت زندگی ضعیفی برخوردارند و این مشکلات روند بیماری آنها را تشدید می‌کند.

**هدف:** هدف مطالعه فعلی بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی بود.

**روش:** این پژوهش در قالب یک کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری دو ماهه و شش ماهه اجرا شد. از میان بیماران قلبی - عروقی که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به بیمارستان‌های شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند، ۴۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) اختصاص یافتند. ابزارها شامل پرسشنامه فرم کوتاه سلامت (SF-36) و پرسشنامه کیفیت خواب پتنبورگ (PSQI) بود. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنادار کیفیت خواب و کیفیت زندگی در گروه آزمایش می‌شود ( $P < 0/01$ ). میزان اندازه اثر برای کیفیت زندگی و کیفیت خواب به ترتیب برابر با ۰/۶۳ و ۰/۶۲ بود ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران با مشکلات قلبی - عروقی می‌شود. براساس این یافته‌ها، از این درمان می‌توان برای بهبود کیفیت خواب و کیفیت زندگی که نقش تشدید کننده در روند بیماری افراد مبتلا به قلبی - عروقی دارد استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** بیمار قلبی - عروقی، خواب، کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

## مقدمه

ایران با بیش از ۹۰۰۰ مورد مرگ و میر در هر ۱۰۰ هزار نفر، جزء کشورهای با نرخ بالای مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود (شمس بیرانوند، فرزاد فر، نادری مقام و همکاران، ۲۰۱۷). احتمالاً ایران بالاترین نرخ شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی<sup>۱</sup> را در میان کشورهای آسیای شرقی دارد (گازیانو، بیتون، آناند و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می‌شوند با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی فوت می‌کنند و ۰/۷۵ آن‌ها هرگز بهبودی کامل نمی‌یابند و به زندگی عادی برنمی‌گردند (ممبرز، روجر، گو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). طبق یک مطالعه ادامه نرخ مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی به همین شکل در ایران، این بیماری‌ها در سال ۲۰۲۵ عمده‌ترین و اصلی‌ترین عامل مرگ‌ومیر خواهند بود (صادقی، حق دوست، بهرامپور و دهقانی، ۱۳۹۷). بیماری‌های قلبی-عروقی مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در استان کرمانشاه نیز هستند و نرخ شیوع بیمارانی عروق کرونر روز به روز در حال افزایش است (کرمی، خسروی، شادمانی و نجفی، ۱۳۹۰). نتایج پژوهش‌های پیشین بیانگر این است که احتمال بروز بیماری‌های عروق کرونر با کاهش عوامل خطر، کم‌تر می‌شود (اورتگو و ماترسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). با اینکه مؤلفه‌های زیستی نیمی از واریانس خطر ابتلا به این بیماری‌ها را تبیین می‌کنند، باین حال عوامل روانی-اجتماعی نقش مهمی در ابتلا، شدت و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلب و عروق دارند (کوآترار و گروسو<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲). نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد عوامل روانی-اجتماعی

شامل افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و استرس‌های مزمن زندگی به صورت معناداری باعث ایجاد و تداوم بیماری عروق کرونری در افراد می‌شوند (لیچمن، فرولیچر، بلومنتال و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴؛ کاپلان<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). نتایج مطالعات نشان می‌دهد افرادی که سطح بالایی از کیفیت خواب و زندگی را دارا هستند، آسیب روانی کمتری را تجربه می‌کنند (استگر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴) و این مؤلفه‌ها می‌توانند محافظ بالقوه‌ای برای سلامت روانشناختی بیمارانی صعب‌العلاج باشد (برنارد، استراسر، گاموندی و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷).

مشکلات خواب<sup>۱۰</sup> شایع‌ترین شکایت افراد در سنین میانسالی و سالمندی است؛ ۳۵ تا ۴۰ درصد از افراد از اختلال در خواب رنج می‌برند که افزایش سن به افزایش این اختلال کمک می‌کند (ایزدی، ادیب و افاضل، ۱۳۸۷). براساس مطالعه‌های پیشین، بیمارانی که از مشکلات خواب رنج می‌برند در معرض خطر ابتلا به مشکلات قلبی هستند؛ بنابراین، خواب برای حفظ سلامت قلبی-عروقی افراد اهمیت بالایی دارد (شوارتز، کورنونی-هانتلی، کولی و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴؛ چاندولا، فریه، پرسکی و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، نتایج برخی از مطالعه‌ها نیز نشان داده‌اند که بعد از سکته قلبی، کیفیت خواب کاهش می‌یابد (مرادی، داوودی-بروجردی، احمدی و جعفری، ۲۰۲۱)؛ بنابراین، افرادی که دچار بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی می‌شوند از کیفیت خواب بدی برخوردار هستند. همچنین، بستری شدن در بیمارستان و قرار گرفتن در

<sup>۶</sup>- Lichtman, Froelicher, Blumenthal & et al

<sup>۷</sup>- Kaplan

<sup>۸</sup>- Steger

<sup>۹</sup>- Bernard, Strasser, Gamondi & et al

<sup>۱۰</sup>- Sleep problems

<sup>۱۱</sup>- Schwartz, Cornoni-Huntley, Cole & et al

<sup>۱۲</sup>- Chandola, Ferrie, Perski & et al

<sup>۱</sup>- Cardiovascular

<sup>۲</sup>- Gaziano, Bitton, Anand & et al

<sup>۳</sup>- Members, Roger, Go & et al

<sup>۴</sup>- Ortega, & Materson

<sup>۵</sup>- Quatraro, & Grussu

فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (هیز، استروساهل و ویلسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته-ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با چالش‌های روزمره مقابله کنند (قربانی، زنجانی، امیدی و سرویزاده، ۲۰۲۱). اثربخشی این درمان در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (قربانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ پیرز و سوتون<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱؛ هوقوس، کلارک، کولکلوق و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷).

در یک مطالعه مروری سیستماتیک و فرا تحلیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی درد مزمن که توسط هوقوس و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد، نتایج ۱۱ مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل (بدون مداخله یا درمان متداول) ترجیح داده شد. اندازه‌های اثرهای قابل توجه، متوسط تا بزرگ برای اندازه‌گیری‌های پذیرش درد و انعطاف‌پذیری روانی که معمولاً فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نظر گرفته می‌شوند، یافت شد. اندازه‌های اثر کوچک تا متوسط قابل توجهی برای اندازه‌گیری عملکرد، اضطراب و افسردگی یافت شد. اندازه‌گیری شدت درد و کیفیت

معرض استرس‌های ناشی از بیماری قلبی می‌تواند بر کیفیت خواب این بیماران اثرگذار باشد (مرادی و همکاران، ۲۰۲۱). متعاقباً اختلالات خواب جنبه‌های متعدد کیفیت زندگی از جمله سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، شناختی و روانی را تحت تأثیر قرار داده و فعالیت‌های روزانه را مختل می‌کند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی چند بعدی بوده و شامل ابعاد سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی افراد است که با بیماری و درمان ارتباط دارد (سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). کاهش کیفیت زندگی<sup>۲</sup> یک مشکل لاینفک در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است، به طوری که کیفیت زندگی در این بیماران به دلیل علائم جسمانی بیماری، اثرات منفی ناشی از درمان و محدودیت‌های اجتماعی ایجاد شده در اثر بیماری آسیب می‌بیند (سون، لی و لی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰)؛ بنابراین بهبود کیفیت زندگی یک هدف مهم در درمان این بیماران محسوب می‌شود (مرادی و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان‌های مختلف روانشناختی با هدف قرار دادن مشکلات روانی ناشی از این بیماری و آموزش به آن‌ها به منظور پذیرفتن تغییراتی که در وضعیت جسمی و روانی او پدیدار شده است، می‌توانند نقشی کمک‌کننده به سازگاری این افراد با این بیماری داشته باشد. یکی از درمان‌های که در طی دو دهه‌ی اخیر، توسعه یافته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> است. رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل شش فرایند مرکزی است که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند. این شش

<sup>۱</sup>- World health organization (WHO)

<sup>۲</sup>- Quality of life

<sup>۳</sup>- Son, Lee & Lee

<sup>۴</sup>- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>۵</sup>- Hayes, Strosahl & Wilson

<sup>۶</sup>- Pears & Sutton

<sup>۷</sup>- Hughes, Clark, Colclough & et al

زندگی تفاوت معنی‌داری با صفر نداشت و عموماً اندازه اثر در دوره پیگیری کوچک‌تر بود (هوقوس و همکاران، ۲۰۱۷).

با توجه با اینکه مشکلات خواب در بیماران قلبی-عروقی شایع است و کیفیت زندگی آن‌ها در اثر این بیماری تحت تأثیر قرار می‌گیرد و همچنین مطالعات کمی در زمینه کیفیت خواب افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب وجود دارد؛ لذا مطالعه فعلی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران با مشکلات قلبی-عروقی انجام شد.

## روش

این مطالعه یک پژوهش شبه آزمایشی با گروه کنترل بود که شامل چهار مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، دوره پیگیری دو ماهه و شش ماهه بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران با مشکلات قلبی-عروقی بیمارستان‌های کرمانشاه بود. مطالعه در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در بیمارستان امام رضا در شهر کرمانشاه انجام گرفت. نمونه شامل ۴۰ بیمار قلبی-عروقی بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بعد از غربالگری ۲۰ نفر وارد گروه آزمایش و ۲۰ نفر به گروه کنترل اختصاص یافت. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن تشخیص مشکلات قلبی-عروقی براساس تشخیص پزشک متخصص، حداقل سن ۱۸ سال، دارا بودن حداقل مدرک دیپلم، رضایت برای شرکت در پژوهش و نداشتن سابقه‌ی سوءمصرف مواد در طی حداقل یک سال اخیر بود. معیارهای خروج نیز شامل: ناتوانی برای خواندن یا فهم زبان فارسی برای تکمیل پرسشنامه‌ها و پروتکل درمان، داشتن اختلالاتی از قبیل اسکیزوفرنیا که مانع درک

پرسشنامه یا پروتکل درمانی شود، افکار دیگرجکشی یا خودکشی، وجود مشکلات حاد جسمانی، سوءمصرف مواد، شرکت در دیگر مداخلات روانشناختی به طور هم‌زمان و عدم حضور در جلسات درمانی به مدت بیش از دو جلسه بود.

ابتدا افراد واجد شرایط یعنی بیماران قلبی-عروقی که براساس مصاحبه‌ی بالینی توسط روانشناس بالینی و نمره‌ی پرسشنامه که واجد مشکلات خواب و کیفیت زندگی ضعیف بودند وارد پژوهش شدند. گروه کنترل صرفاً داروهای بیماری قلبی-عروقی را دریافت کردند؛ اما گروه آزمایش علاوه بر داروهای قلبی-عروقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نیز دریافت کردند. سپس جلسات درمانی توسط روانشناس بالینی در بیمارستان امام رضا در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی براساس پروتکل درمانی ایفرت و فورسایت (۲۰۰۹) انجام شد. پس از آغاز درمان یک نفر از گروه آزمایش و دو نفر از گروه کنترل در اکثر جلسات درمان شرکت نکردند؛ بنابراین پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری را تکمیل نکردند و از پژوهش حذف شدند. همچنین، یک نفر از گروه آزمایش به دلیل عود مشکلات قلبی-عروقی قادر به تکمیل دوره‌های پیگیری نشد. دو روز پیش از مداخله و دو روز پس از اتمام جلسه درمانی بیماران مجدد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. سپس پیگیری بعد از دو ماه و شش ماه انجام گرفت. به جهت رعایت عدم سوگیری همه ارزیابی‌های پس از درمان توسط روانشناس بالینی انجام گرفت. جهت رعایت اصول اخلاق در پژوهش موارد زیر رعایت شد: تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان پیش از شروع مداخله، آزاد بودن بیماران برای ترک جلسات درمانی، محرمانه بودن تمامی

روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. محتوای جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

اطلاعات جلسات درمانی و در اختیار قرار دادن اطلاعات لازم برای شرکت‌کننده‌ای که می‌خواست در مورد نتایج پژوهش آگاه شود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از

جدول ۱ خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایفرت، فورسیت، ارچ و همکاران، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد رابطه‌ی درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مسئله، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن در اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد فن گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده‌ی خود به عنوان زمینه، تضعیف خود به عنوان خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر
ششم	کاربرد فنون ذهن‌آگاهی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات به عنوان یک فرایند
هفتم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت پذیرش تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها

## ابزار

**پرسشنامه سلامت فرم کوتاه ۳۶ سؤالی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط ور و شربورن<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است. دارای ۳۶ سؤال، ۸ مؤلفه و یک نمره کلی است. نمره‌گذاری در این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت از ۱ (بسیار بد) تا ۵ (بسیار خوب) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا نشان دهنده‌ی کیفیت زندگی خوب و نمره پایین نشان دهنده کیفیت زندگی ضعیف است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۶ و روایی همزمان آن ۰/۶۴ گزارش شده است (ویر و شربورن، ۱۹۹۲). در پژوهش منتظری و همکاران پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ همچنین روایی همزمان

آن برابر با ۰/۷۱ گزارش شده است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵).

**مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۳</sup>:** توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. این پرسشنامه کیفیت خواب فرد در طی چهار هفته اخیر را می‌سنجد. تکمیل این پرسشنامه ۵ الی ده دقیقه به طول می‌انجامد. این پرسشنامه هفت زیر مقیاس و یک نمره کلی دارد. نمره کلی از ۰ تا ۲۱ است که نمره زیر پنج نشان دهنده‌ی کیفیت خواب طبیعی اما نمرات بالاتر از ۵ نشان دهنده‌ی کیفیت خواب ضعیف است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و اعتبار همگرایی آن برابر با ۰/۶۳ گزارش شده است (بویس، رینولدز، منک و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش ایرانی به روش

<sup>۱</sup>- The Short Form Health Survey-36 (SF-36)

<sup>۲</sup>- Ware & Sherbourn

<sup>۳</sup>- Pittsburgh Sleep Quality

<sup>۴</sup>- Buysse, Reynolds, Monk & et al

آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و اعتبار همگرایی آن ۰/۷۸ گزارش شده است (مقدم، نخعی، شبانی و همکاران، ۲۰۱۲).

### یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۲۵ مرد (۶۰٪) و ۱۵ نفر زن (۴۰٪) بودند؛ از نظر تأهل این افراد ۳۳ نفر متأهل (۲۰٪) و ۷ نفر مجرد (۸۰٪)؛ همچنین از نظر تحصیلات ۱۷ نفر دیپلم (۴۲/۵٪)، ۱۶ نفر کارشناسی (۴۰٪)، ۵ نفر کارشناسی ارشد (۱۲/۵٪) و ۲ نفر دکترا (۵٪) بودند. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت

موجلی و لوین بررسی شد. از آنجایی که آزمون ام‌باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری متغیرهای وابسته در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی بوده است. در جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در چهار دوره‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون پیگیری دو ماهه و شش ماهه ارائه شده است.

جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری دو ماهه	پیگیری شش ماهه
کیفیت زندگی	آزمایش	۷۳/۷۲	۷۹/۶۶	۷۹/۰۵	۷۸/۸۳
	کنترل	۷۴/۴۷	۷۴/۷۳	۷۴/۴۲	۷۴/۱۰
	انحراف استاندارد	۱/۱۲	۱/۵۵	۲/۰۰	۱/۸۸
کیفیت خواب	آزمایش	۱۱/۲۷	۷/۸۸	۸/۰۰	۸/۰۵
	کنترل	۱۲/۰۵	۱۰/۸۴	۱۰/۴۷	۱۰/۷۳
	انحراف استاندارد	۰/۷۰	۱/۵۰	۱/۵۷	۱/۵۵

همان‌گونه که نتایج جدول بالا نشان داد در گروه آزمایش میانگین نمره پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری در کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است. همچنین نمره کیفیت خواب در گروه آزمایش در پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. جهت

تحلیل نتایج در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که داده‌ها در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ تحلیل شدند و میزان اندازه اثر مربوط به هر متغیر از نظر اثر تعاملی، درون آزمودنی و بین آزمودنی نیز ارائه شده است. نتایج مربوط به تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر متغیرها

متغیر	منبع	F	میانگین	درجه	مجموع	سطح	مجذور
-------	------	---	---------	------	-------	-----	-------

کیفیت	اثر تعاملی (زمان*گروه)	۶۱/۰۸	۱۱۹/۶۱	۱	مجدورات آزادی	مجدورات	معناداری	تا
زندگی	اثر درون آزمودنی (زمان)	۶۷/۵۵	۷۰/۶۱۳	۳	۲۱۱/۸۴۰	۰/۰۱	۰/۶۳	۰/۶۳
	اثر بین آزمودنی (گروه)	۶۰/۴۸	۴۲۰/۲۳۴	۱	۴۲۰/۲۳۴	۰/۰۱	۰/۶۳	۰/۶۳
کیفیت	اثر تعاملی (زمان*گروه)	۱۰/۰۷	۱۲/۶۸۹	۱	۱۲/۶۸۹	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۲۲
خواب	اثر درون آزمودنی (زمان)	۶۲/۶۹	۵۰/۴۵۸	۳	۱۵۱/۳۷۵	۰/۰۱	۰/۶۴	۰/۶۴
	اثر بین آزمودنی (گروه)	۵۷/۱۲	۱۸۲/۳۴۲	۱	۱۸۲/۳۴۲	۰/۰۱	۰/۶۲	۰/۶۲

همان گونه که جدول بالا نشان می دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است باعث بهبود معنادار کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران شود ( $P < 0/01$ ).

## بحث

مطالعه فعلی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران با مشکلات قلبی- عروقی انجام شد. تجزیه و تحلیل یافته ها نشان داد که این درمان می تواند در بهبود کیفیت خواب و افزایش کیفیت زندگی مؤثر باشد. این یافته ها همسو با سایر مطالعات در این زمینه است (قربانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ هوقوس و همکاران، ۲۰۱۷؛ هرتنستین، تیل، لوکینگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). به عنوان مثال، در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، درمان با پذیرش و تعهد به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را بهبود بخشید و بی خوابی اولیه را در افرادی که به درمان شناختی- رفتاری پاسخ نمی دادند، درمان کرد که با یافته های این مطالعه همسو است (هرتنستین و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج یافته اول نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به مشکلات قلبی- عروقی می شود. این یافته همسو با یک مطالعه

مرور سیستماتیک است که توسط سالاری و همکاران (۲۰۲۰) بر روی ۱۹ مطالعه و با نمونه ۱۵۷۷ نفر در مورد بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی خوابی و کیفیت خواب انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل توجهی بر بی خوابی اولیه و همزمان و کیفیت خواب دارد؛ بنابراین، می تواند به عنوان یک روش درمانی مناسب برای کنترل و بهبود بی خوابی مورد استفاده قرار گیرد. در این درمان به مراجعه کنندگان کمک می شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه و رفتار قبلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است قدم بردارند. بنابراین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد جایگزینی برای چهار عامل انعطاف ناپذیری روانشناختی شامل: آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل تراشی است. این جایگزین ها عبارتند از: ۱- پذیرش: یعنی اینکه فرد تجارب درونی ناخواسته و نیز رویدادهای بیرونی غیرقابل تغییر را همان طور که هستند نه آنگونه که نشان می دهند بپذیرند. ۲- انتخاب: یعنی اینکه فرد به جای پرداختن به رویدادهای منفی، جهت ها و اهداف مهم و ارزشمند را در زندگی انتخاب کند و ۳- عمل: یعنی اینکه فرد پس از انتخاب اهداف نسبت به حرکت در راستای آن ها متعهد باشد و این روند

<sup>۱</sup> - Hertenstein, Thiel, Luking & et al



می‌تواند در بهبود کیفیت خواب این بیماران مؤثر باشد (هیز و استرسهال، ۲۰۰۹).

یافته دوم مطالعه ما نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. این یافته همسو با فرا تحلیل‌ها است (هن<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱؛ حسن زاده رسکاتی، میرزائیان و حسینی، ۱۳۹۸). یک مطالعه مروری با کار آزمایشی‌های بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد که این درمان باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌شود که همسو با نتایج فعلی است (حسن زاده و همکاران، ۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش درمانی است که در آن به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های ناراحت کننده، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساسات ناراحت کننده و همچنین با ایجاد اهداف قابل دسترس و تعهد به آن‌ها با مشکلات مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (هیز و استراسهال، ۲۰۰۹).

از طرف دیگر، دلیل موفقیت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با انواع مختلف بالینی و همچنین گروه‌های مختلف افراد این است که این رویکرد بیشتر تمرکز خود را بر روی فرآیندهای عملکردی که در پشت رفتارهای مختل هستند، می‌گذارد نه علائم مشخصه‌ی یک اختلال. در

واقع، این درمان الگوهای رفتاری که مانع از موفقیت در زندگی می‌شوند را مورد بررسی قرار می‌دهد. درمانگر با مراجع بیشتر از اینکه روی کاهش علائم تمرکز کند، بر بهبود کلی زندگی او تمرکز دارد. بعلاوه با تغییر شیوه زندگی و پیروی از ارزش‌های درونی، فرد به اهداف خود نزدیک می‌شود، عملکرد بالاتری دارد و طبیعتاً احساس رضایت بیشتری می‌کند (هولبرت-ویلیامز، استوری و ویلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). درگیری فعال در حوزه‌های ارزشمند زندگی منجر به بهبود پیامدهای پزشکی و روانی می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، پریشانی روانی بیمار را نیز بهبود می‌بخشد. می‌توان گفت فرآیند پذیرش و ذهن آگاهی از یک طرف و روند تغییر رفتار از سوی دیگر، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی را بهبود می‌بخشد. به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با بهبود زندگی ارزش محور، مهارت‌های ذهن آگاهی و افزایش انعطاف‌پذیری در افراد، باعث بهبود کیفیت خواب و افزایش کیفیت زندگی می‌شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود کیفیت خواب و کیفیت زندگی در بیماران با مشکلات قلبی-عروقی می‌شود. با وجود یافته‌های بالا پژوهش مزبور دارای محدودیت‌هایی از جمله مقطعی بودن، استفاده از ابزارهای خود گزارشی و عدم بررسی سایر مشکلات روحی و روانی افراد مبتلا به مشکلات قلبی-عروقی بود. در تعمیم‌پذیری یافته‌ها لازم است جانب احتیاط را نگه داشت. از این رو پیشنهاد

<sup>۲</sup>- Hulbert-Williams, Storey & Wilson

<sup>۱</sup>- Han

- quality in the elderly suffering from coronary artery disease. 44(4), 594-599. (In Persian)
- Eifert G, Forsyth J, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
- Farahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep and Breathing*, 16(1), 79-82.
- Gaziano T, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. (2010). Growing epidemic of coronary heart disease in low-and middle-income countries. *Current Problems in Cardiology*, 35(2), 72-115.
- Ghorbani V, Zanjani Z, Omidi A, Sarvizadeh M. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre-and post-test clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(3), 126-133.
- Han A. (2021). Effects of mindfulness-and acceptance-based interventions on quality of life, coping, cognition, and mindfulness of people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 23(2), 1-18.
- Hasannezhad Reskati M, Mirzaian B, Hosseini SH. (2018). A systematic review and meta-analysis of acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life of women with breast cancer. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(167), 192-207. (In Persian)
- Hayes S, Strosahl K, Wilson K. (2009). Acceptance and commitment therapy. *American Psychological Association Washington*, 168.
- Hertenstein E, Thiel N, Luking M, Külz A, Schramm E, Baglioni C, Spiegelhalder K, Riemann D, Nissen C. (2014). Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to

می‌شود تا در بخش‌های درمان بیماران قلبی - عروقی و در کلینیک‌های درمان سرپایی بیماران مبتلا آموزش‌های درمان‌های روانشناختی با رویکرد پذیرش و تعهد برای زنان و مردان در گروه‌های سنی مختلف انجام گیرد و همچنین پژوهش مورد نظر روی گروه‌های دیگر مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورده شود. همچنین بهتر است این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود.

### سپاسگزاری

این مقاله از یک طرح پژوهشی با کد ۳۰۰۸۶۶۹ و دارای مجوز اخلاق با کد IR.KUMS.REC.1399.033 از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد. از تمامی کسانی که در این مطالعه شرکت نمودند نهایت تشکر را داریم.

### References

- Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, Veri S, Borasio G, Pralong G, Pralong J. (2017). Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 514-522.
- Buyse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Chandola T, Ferrie J, Perski A, Akbaraly T, Marmot M. (2013). The effect of short sleep duration on coronary heart disease risk is greatest among those with sleep disturbance: a prospective study from the Whitehall II cohort. *Sleep*, 33(6), 739-744.
- Davodi-Boroujerdi G, Ahmadi S, Moradi P, Jafari M. (2021). Investigating factors affecting sleep

- cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 371-373.
- Hughes L, Clark J, Colclough J, Dale E, McMillan D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568.
- Hulbert-Williams N, Storey L, Wilson K. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15-27.
- Izadi Avani F, Adib Hajbaghery M, Afazel M. (2009). Quality of sleep and it's related factors in the hospitalized elderly patients of Kashan hospitals in 2007. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 12(4), 52-60. (In Persian)
- Kaplan B. (2016). Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. *Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), 78-79.
- Karami M, Khosravi Shadmani F, Najafi F. (2012). Estimating the contribution of diabetes on the attributable burden of cardiovascular diseases in Kermanshah, West of Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*, 8(3), 33-38. (In Persian)
- Khoramniya S, Taheri A, Mohammadpour M, Foroughi A, asaman Karimzadeh Y. (2018). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on interpersonal sensitivity and psychological flexibility in students with social anxiety: A randomized clinical trial. (In Persian)
- Lichtman J, Froelicher E, Blumenthal J, Carney R, Doering L, Frasure-Smith N, Freedland K, Jaffe A, Leifheit-Limson E, Sheps D. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 129(12), 1350-1369.
- Members WG, Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Ford ES. (2012). Heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125(1), 2-220.
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*, 14(3), 875-882.
- Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M. (2021). Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, 25(6), 993-1006.
- Ortega L, Materson B. (2011). Hypertension in peritoneal dialysis patients: epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Journal of the American Society of Hypertension*, 5(3), 128-136.
- Pears S, Sutton S. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for promoting physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 159-184.
- Quatraro R, Grussu P. (2020). *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice*. 1nd ed. New York: Routledge. 25-42.
- Sadeghi M, Haghdooost A, Bahrampour A, Dehghani M. (2017). Modeling the burden of cardiovascular diseases in Iran from 2005 to 2025: the impact of demographic changes. *Iranian Journal of Public Health*, 46(4), 506. (In Persian)
- Sakari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Ghasemi H, Mohammadi M, Shohaimi, S. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC Neurology*, 20(1), 1-18.
- Schwartz S, Cornoni-Huntley J, Cole S, Hays J, Blazer D, Schocken D. (2014). Are sleep complaints an independent risk factor for myocardial infarction?. *Annals of Epidemiology*, 8(6), 384-392.
- Shams-Beyranvand M, Farzadfar F, Naderimaghani S, Tirani M, Maracy M. (2017). Estimation of burden of ischemic heart diseases in Isfahan, Iran, 2014: using incompleteness and

- misclassification adjustment models. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 16(1), 1-11.
- Son Y, Lee Y, Lee H. (2020). Effectiveness of mobile phone-based interventions for improving health outcomes in patients with chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1749.
- Steger M. (2014). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology and spirituality.
- Ware J, Sherbourne C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473-483.
- World Health Organization. (2018). Identification and control of disease. *Related disease*. 321-415.