



اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان دارای درد مزمن

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۶/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۲۴

خلاصه

مقدمه

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود کیفیت خواب سالمندان دارای درد مزمن انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود). جامعه آماری این پژوهش شامل همه سالمندان ۶۵ سال و بالاتر مقیم خانه سالمندان در مشهد در سال ۱۳۹۶ بود که تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش جهت اندازه‌گیری درد مزمن از مقیاس درد مزمن مک‌گیل (۱۹۷۵) و برای اندازه‌گیری کیفیت خواب از پرسشنامه کیفیت خواب پیتربورگ (۱۹۹۳) استفاده گردید. مداخله درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. پس از پایان دوره گروه درمانی، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر بهبود کیفیت خواب سالمندان دارای درد مزمن مؤثر است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش بیانگر است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان مبتلا به درد مزمن مؤثر است.

کلمات کلیدی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب، سالمندان، درد مزمن
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

حسین‌هادی طرقی^۱

شاهد مسعودی^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

^۲ دانشیار روانشناسی، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

* گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

Email: shahedmasoudi@gmail.com

مقدمه

جهان در آستانه یک نقطه عطف جمعیت شناختی است. همواره از آغاز تاریخ، فرزندان جوان بر جمعیت مسن تر فزونی داشته است؛ اما در دنیای جدید در سال‌های آینده تعداد افراد ۶۵ ساله، بیشتر از کودکان زیر ۵ سال، خواهد بود. نرخ زاد و ولد کاهش یافته و افزایش قابل توجهی در افزایش و حرکت به سمت پیر شدن جمعیت؛ با سرعت، ادامه خواهد داشت. بیشترین افزایش جمعیت نیز در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۱). به طور متعارف، «سالمندی»، سن ۶۵ سالگی یا بزرگ‌تر تعریف شده است، همچنین افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله را به عنوان «ابتدای سالمندی» و افراد بالای ۷۵ سال را به عنوان «انتهای سالمندی» نامگذاری می‌کنند (۲). در آمریکا از هر ۴ نفر افراد بالای ۶۵ سال؛ یک نفر تا سن ۹۰ سالگی زندگی می‌کند. این تغییر جمعیت محققان را بر آن داشته است تا تمرکز خود را بر ارتقاء خدمات درمانی این افراد، قرار دهند و سیاست‌گذاران نیز درصدد ارتقاء بهبود کیفیت زندگی آن‌ها هستند (۳). بیش از یک سوم از سالمندان، ابراز امیدواری برای زندگی طولانی‌تر را نادیده می‌گیرند زیرا فکر می‌کنند زندگی‌شان به مرحله پایانی رسیده است و به عنوان یک سرنوشت باید آن را بپذیرند، اما تعداد بیشتری یعنی؛ دو سوم از سالمندان امید زندگی طولانی‌تری دارند و معتقدند که زندگی طولانی‌تر تنها در صورتی امکان پذیر است که سطح سلامتی فعلیشان به صورت قابل قبول حفظ شود (۴). در سال‌های اخیر نیز بخش عمده‌ای از ادبیات مربوط به پیری بر اساس مدل حمایتی از این قشر است و با عنوان مبارزه با جنبه‌های دشوار و منفی زندگی پیری، مطرح است (۱۵). تحقیقات در ایران نشان می‌دهد کیفیت زندگی سالمندان متوسط می‌باشد و باید در این راستا اقداماتی را انجام داد (۶). درد مزمن یکی از شایع‌ترین شکایات جهانی مخصوصاً در میان افراد مسن ۶۵ سال و بالاتر است و با کاهش تحرک، اجتناب از فعالیت مرتبط با ناتوانی قابل ملاحظه‌ای در کاهش تحرک، افسردگی و اضطراب، اختلال در خواب و انزوا در ارتباط است (۷). درد یکی از دلایل رنج و ناتوانی و جستجوی افراد برای درمان پزشکی است (۸). افزایش

درد سبب می‌شود؛ از لحظه رفتن به رختخواب تا خوابیدن ۳۰ دقیقه یا بیشتر طول بکشد و فرد بیش از ۳ بار در شب، بیدار گردد و کمتر از ۵ ساعت، خواب مفید داشته باشد (۹). مشکل خواب در زنان بیشتر از مردان و بیشتر مرتبط با درد است (۱۰). افراد دارای درد مزمن، نسبت به افراد دارای درد غیر مزمن، کیفیت خواب ضعیف‌تری دارند (۱۱). بنیاد ملی خواب آمریکا عوامل تعیین‌کننده کیفیت خواب را؛ خوابیدن در ۸۵٪ زمانی که در رختخواب هستید، خوابیدن در کمتر از ۳۰ دقیقه، بیدار نشدن بیش از یک بار در طول خواب و هوشیار بودن ۲۰ دقیقه یا کمتر در آغاز خوابیدن، می‌داند (۱۲). در مقایسه با افراد جوان‌تر، افراد مسن تغییرات خواب مربوط به سن از جمله مرحله خواب زود هنگام^۱ و کاهش خواب موج آهسته^۲ را نشان می‌دهند که منجر به خواب غیر مداوم و بیداری زود هنگام می‌شود (۱۳). بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد و کیفیت پایین خواب، باعث کاهش کیفیت زندگی در افراد سالمند می‌شود (۱۴). شرایط بهداشتی، مسائل روانی و اجتماعی، اثرات دارو و بسیاری از عوامل دیگر بر خواب تأثیر می‌گذارند و بی‌خوابی نیز اثرات منفی بر سلامت و کیفیت زندگی دارد (۱۵). درمان بی‌خوابی و مشکلات خواب شامل مشاوره بهداشت خواب، درمان رفتاری شناختی، درمان فیزیوتراپی، سلامت دهان و دندان، تسهیل‌کننده‌های خواب؛ مثل زولپیدم^۳ یا داروهای ضد افسردگی، مانند ترازودون^۴، دلوکستین^۵ می‌باشد (۱۶). استفاده از دارو برای اختلال خواب متداول است، اما داروها عوارض جانبی دارند؛ یک عارضه جانبی معمولاً به عنوان یک اثر ثانویه نامطلوب در نظر گرفته می‌شود که جدای از اثر درمانی یک دارو، ظاهر می‌شود. این عوارض جانبی ممکن است برای هر فرد بسته به وضعیت بیماری فرد، سن، وزن، جنسیت، قومیت و سلامت عمومی متفاوت باشد (۱۷). اگرچه دارو درمانی بخش مهمی از مراقبت از یک

¹ Advanced sleep phase

² Slow-wave sleep

³ Zolpidem

⁴ Trazodone

⁵ Duloxetine

همچنین با توجه به اینکه کیفیت خواب و در نهایت بهبود کیفیت زندگی در سالمندان ضروری می‌باشد. در این پژوهش از درمان پذیرش و تعهد استفاده شده است تا بررسی شود این روش درمانی بر بهبود کیفیت خواب سالمندان مبتلا به درد مزمن اثر بخش است یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش-آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) بود. تعداد نمونه آماری این تحقیق شامل ۲۴ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر دارای درد مزمن بود که در سال ۱۳۹۶ در خانه سالمندان نشاط در شهر مشهد حضور داشتند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که مقیاس درد مزمن مک گیل، برای کلیه سالمندان مقیم خانه سالمندان نشاط، اجرا گردید و تعداد ۲۴ نفر از سالمندانی که دارای درد مزمن بودند ضمن اخذ رضایت، انتخاب شدند.

بنابراین ۲۴ نفر از سالمندان دارای درد مزمن به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. ابتدا از تمام آزمودنی‌ها پیش آزمون گرفته شود و سپس به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در گروه آزمایش مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه برگزار گردید و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند. در نهایت پس از پایان مداخله، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود افراد نمونه؛ تشخیص ابتلاء به درد مزمن، دامنه سنی بالای ۶۵ سال و بالاتر، سطح سواد سیکل و بالاتر، اخذ رضایت آگاهانه و عدم شرکت در طرح پژوهشی دیگر و ملاک‌های خروج؛ غیبت بیش از یک جلسه و عدم تمایل به درمان بودند. شرکت کنندگان ۲۴ نفر سالمند؛ با میانگین سن ۷۰ سال و حداقل سن ۶۴ سال و حداکثر سن ۷۵ سال بودند. ۸ نفر زیر دیپلم و ۱۲ نفر دیپلم و ۴ نفر بالاتر از دیپلم بودند، ۲۴ نفر بیوه (همسر فوت) بودند.

فرد سالخورده است ولی فرآیند تجویز یک دارو پیچیده است و شامل، تصمیم‌گیری در مورد دارو، انتخاب بهترین دارو، تعیین دوز و برنامه مناسب برای وضعیت فیزیولوژیکی بیمار، نظارت بر اثربخشی و مسمومیت، آموزش بیمار در مورد عوارض جانبی احتمالی می‌باشد (۱۸). تحقیقات نشان می‌دهد درمان‌های ترکیبی یعنی طبی، دارویی و روان‌درمانی بهتر از درمان دارویی صرف است (۱۹). یکی از درمان‌های غیردارویی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. که تحقیقات اثر بخشی این درمان را برای درد مزمن در میان افراد سالمند نشان می‌دهد (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی رفتاری موج سوم است که هدف آن افزایش مشارکت در فعالیت‌هایی است که معنای زندگی، اعتبار و ارزش زندگی افراد مبتلا به درد، یا ناراحتی مداوم را فراهم می‌کند (۲۱). درمان پذیرش و تعهد برای جمعیت سالمند مناسب است زیرا بسیاری از افراد مسن، ممکن است به دلیل آگاهی از زمان محدود زندگی، جهت‌دهی ارزشی خوبی داشته باشند (۲۲). تمرکز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی^۲ است و این انعطاف‌پذیری می‌تواند سبب کاهش درد مزمن و اثرات بهتر درمان شود (۲۳). اگرچه درمان شناختی-رفتاری بر درد مزمن تأثیر دارد، اما این اثرات محدود است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، که هدف آن افزایش عمل ارزشمند در حضور درد است، به عنوان یک رویکرد جایگزین مطرح است (۲۴). این درمان، روشی منحصر به فرد را برای غلبه بر بی‌خوابی مزمن پیشنهاد می‌کند و آن پذیرش شرایط فیزیولوژیکی و روانی ناشی از درد مزمن را افزایش می‌دهد و چنین پذیرش و تمایلی، سبب کاهش برانگیختگی مغز در هنگام خواب شبانه می‌شود، در نتیجه حالت استراحت و خواب‌آلودگی رابه جای تقلا و بیداری به ارمغان می‌آورد. هر چه تمرکز بر رفتارهای مبتنی بر ارزش بیشتر باشد، الگوی اجتناب تجربی کاهش و نتیجه ایده آل، که خواب با کیفیت است، بیشتر ظهور می‌کند (۲۵).

با توجه به شواهد متعدد در رابطه با اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود ابعاد جسمانی و روانی درد مزمن و

¹ Acceptance and commitment therapy

² psychological flexibility

ابزار پژوهش

پرسشنامه میزان درد مک گیل (MPQ): در این پژوهش جهت تشخیص درد مزمن، از پرسشنامه میزان درد مک گیل^۱ استفاده شد. این پرسشنامه توسط ملزاک^۲ (۱۹۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۰ مجموعه عبارت دارد که هر مجموعه تعدادی از ویژگی‌های درد را شامل می‌شود؛ مجموعه ۱ تا ۱۰ ادراک حسی درد، مجموعه ۱۱ تا ۱۵ ادراک عاطفی درد، مجموعه ۱۶ ادراک ارزیابی درد و مجموعه ۱۷ تا ۲۰ دردهای متنوع را می‌سنجند. هر کدام از ویژگی‌های درد در هر مجموعه، دارای یک نمره است که توسط جدول نمره گذاری، محاسبه می‌شود (۲۶). در پژوهش دورکین (۲۰۰۹) روایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ به دست آمد (۲۷). پرسش نامه فارسی درد مک گیل با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب پایایی ۰/۸۰ برای بیماران سرطانی محاسبه شد و مشخص گردید از انطباق فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک درد مزمن برخوردار است (۲۸).

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQL): در این پژوهش جهت تشخیص کیفیت خواب از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۳ استفاده گردید. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سوال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه است. بویس، ری نولدس لی، مونک، برمن و کوپفر انسجام درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست

آوردند (۲۹). در نسخه ایرانی این پرسشنامه، روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۳۰)

روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش در خانه سالمندان مشهد و مراجعه به این مرکز پرسشنامه میزان درد مک گیل (۱۹۷۵) بر روی سالمندان اجرا شد و از آن میان تعداد ۲۴ نفر که بیشترین نمره را کسب کرده بودند و تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) تقسیم شدند. در نهایت پس از ریزش نتایج مربوط به ۲۲ آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (یک آزمودنی از شرکت در جلسات انصراف داد و نتایج مربوط به پرسشنامه یک آزمودنی مخدوش بود). سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دوبار در هفته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را براساس پروتکل درمانی اکت (۳۱) و درد مزمن (۳۲) که به اختصار در جدول زیر آمده است، دریافت کردند و گروه کنترل بخاطر حفظ و رعایت مسائل اخلاقی تا پایان پژوهش در لیست انتظار باقی ماندند (بعد از اتمام پژوهش درمان روانشناختی برای آنها نیز انجام شد). پس از پایان جلسات مداخله، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید تا اثر مداخله بر گروه آزمایش سنجیده شود. روش آماری مورد استفاده در این پژوهش در بخش توصیفی شامل ارائه جدول، نمودار، میانگین و انحراف معیار خواهد بود و در بخش استنباطی برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای سنجش نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف و پس از بررسی همگنی شیب رگرسیون‌ها و بنابراین پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌های آمار پارامتریک، جهت تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید.

¹ McGill Pain Questionnaire (MPQ)

² Melzack

³ Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (PSQL)

جدول ۱- خلاصه محتوای طرح درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا و مؤلفه‌های درمان
جلسه اول	ارائه مفاهیم اساسی درمان؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی درد مزمن در هریک از اعضای گروه و اقدامات انجام شده؛ بحث پیرامون اجتناب تجربه‌ای و ایجاد درماندگی خلاق؛ توضیح اهمیت تکالیف در منزل
جلسه دوم	بازیابی ارتباط با ارزش‌ها (چه ارزش‌هایی برای آنها مهم است)؛ بررسی اقداماتی که در باقیمانده عمر می‌خواهند انجام دهند برای کشف ارزش‌ها؛ چقدر کنترل کردن درد با ارزش‌هایشان متناسب است؛ آیا گزینه‌های دیگری برای زندگی با درد و ناراحتی وجود دارد. تمرین ابتدائی ذهن آگاهی (خوردن کشمش) و ارائه تکلیف در منزل (خوردن آگاهانه غذا حتی با وجود درد)
جلسه سوم	مرور تکلیف؛ آگاهی از تجربه‌های درونی؛ یک فکر در مورد در، فقط یک فکر است؛ داشتن یک فکر در برابر محتوایات یک فکر؛ فاصله گرفتن از آسیب خود مفهوم سازی شده؛ زندگی با درد مزمن و ناراحتی‌ها؛ تمرین واریسی بدن و ارائه تکلیف در منزل (توجه به اعضای بدن هنگام خواب حتی با وجود درد)
جلسه چهارم	مرور تکلیف در منزل، ذهن آگاهی و تمرین تنفس آگاهانه؛ در لحظه حال بودن و تمرینات؛ عدم قضاوت افکار و احساسات در مورد درد مزمن و تنها مشاهده آنها؛ بررسی موانع موجود بر سر راه ارزش‌ها؛ ارائه تکلیف در منزل (توجه به تنفس در هنگام خواب)
جلسه پنجم	مرور جلسه قبلی، تکالیف در منزل و بیان تجربیات تکلیف پیرامون تنفس آگاهانه؛ چه اهدافی در زندگی تان در راستای ارزش‌ها هستند که درد مزمن نمی‌گذارد به سمت آن حرکت کنید؛ حرکت گام به گام به سمت هدف؛ تمرین ذهن آگاهی حرکت آگاهانه؛ ارائه تکلیف در منزل (دراز کشیدن آگاهانه و توجه به بالا و پایین رفتن شکم در هنگام خواب)
جلسه ششم	مرور تکلیف در منزل؛ چه اقداماتی برای رسیدن به ارزش‌ها و اهداف برداشته اید؛ برنامه ریزی برای رسیدن به هدف همراه با اقدام متعهدانه؛ ارائه تکلیف در منزل
جلسه هفتم	داشتن توجه آگاهی در زندگی و فعالیت‌های روزمره (تمرینات غیر رسمی)؛ داشتن ذهن مبتدی و آشنایی با موانع زبان و استعاره شیر شیرشیر، ارائه تکلیف در منزل
جلسه هشتم	مرور جلسات گذشته، اهمیت مداومت در انجام تمرینات؛ اهمیت فقط مشاهده کردن افکار؛ اهمیت داشتن تعهد در رسیدن به ارزش‌ها حتی با وجود درد و اهداف زندگی

نتایج

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش ۲۴ نفر از سالمندان دارای درد مزمن در دو گروه آزمایش و کنترل با میانگین سنی ۷۰ سال و حداقل سن ۶۵ سال و حداکثر ۷۵ سال شرکت کرده بودند ۸ نفر زیر دیپلم و ۱۲ نفر دیپلم و ۴ نفر بالاتر از دیپلم و هر ۲۴ نفر بیوه (همسر فوت) بودند.

پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها (بررسی همگنی واریانس‌ها، سنجش نرمال بودن داده‌ها، بررسی همگنی شیب رگرسیون‌ها) آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات آزمون پرسشنامه بهبود کیفیت خواب مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهبود کیفیت خواب	۸/۳۰	۳/۴۳	۶/۶۰	۲/۹۱	۸/۶۷	۳/۶۳	۸/۳۳	۳/۵۲
کیفیت ذهنی خواب	۱/۸۰	۰/۶۳	۱/۱۰	۰/۵۷	۱/۸۳	۰/۷۲	۱/۸۳	۰/۷۲
تأخیر در به خواب رفتن	۲/۱۰	۱/۲۹	۱/۶۰	۱/۰۷	۲/۰۸	۱/۲۴	۲/۰۸	۱/۲۴
مدت زمان خواب	۱/۹	۰/۷۸	۱/۱	۰/۷۸	۱/۵	۱	۱/۳	۰/۷۱
میزان بازدهی خواب	۰/۳۰	۰/۳۱	۰/۲۸	۰/۴۸	۰/۸۳	۰/۲۸	۰/۸۳	۰/۲۸
اختلالات خواب	۲/۴	۰/۵۶	۱/۲	۰/۵۱	۲/۱	۰/۵۷	۲	۰/۵۱
استفاده از داروهای خواب‌آور	۱/۹۰	۱/۳۰	۱/۱۰	۰/۷۳	۰/۹۱	۱/۳۷	۱	۱/۲۷
اختلالات عملکردی روزانه	۰/۵۶	۰/۴۸	۰/۶۱	۱/۰	۰/۴۱	۰/۷۹	۰/۵	۰/۹۰

مؤلفه‌های میزان بازدهی خواب، اختلالات عملکردی روزانه شاهدیم و این در حالیست که در گروه کنترل که هیچ آموزشی بر روی آنها انجام نشده است، تغییر میانگین‌ها بسیار کم بوده است در ادامه به گزارش نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر پرداخته می‌شود.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد در گروه آزمایش، درمتغیر بهبود کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن؛ کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی روزانه، بعد از درمان، کاهش میانگین را به جزء در

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب

توان آماری	ضریب اتا	سطح معناداری	نسبت f	مجذور میانگین	درجه آزادی	جمع مجذورات	
۱	۰/۸۴	۰/۰۰۰	۱۰۳/۹۱	۱۸۰/۱۳	۱	۱۸۰/۱۳	پیش آزمون بهبود کیفیت خواب
۰/۶۷	۰/۲۵	۰/۰۲۱	۶/۳۵	۱۱/۰۱	۱	۱۱/۰۱	پس آزمون
۰/۶۷	۰/۲۵	۰/۰۲۱	۶/۳۵	۱۱/۰۱	۱	۱۱/۰۱	پیگیری
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰	۶۷/۱۹	۶/۶۸	۱	۶/۶۸	پیش آزمون کیفیت ذهنی خواب
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰	۲۷/۲۶	۲/۷۱	۱	۲/۷۱	پس آزمون
				۰/۱۰	۱۹	۱/۸۹	پیگیری
۱	۰/۹۲	۰/۰۰۰	۲۲۶/۴۰	۲۵/۲۰	۱	۲۵/۲۰	پیش آزمون تأخیر در به خواب رفتن
۰/۹۱	۰/۳۹	۰/۰۰۲	۱۲/۱۶	۱/۳۵	۱	۱/۳۵	پس آزمون
				۰/۱۱	۱۹	۲/۱۲	پیگیری
۰/۹۷	۰/۴۷	۰/۰۰۴	۱۷/۰۱	۵/۳۲	۱	۵/۳۲	پیش آزمون مدت زمان خواب
۰/۸۸	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۰/۹۳	۳/۴۲	۱	۳/۴۲	پس آزمون
				۰/۲۲	۱۹	۴/۱۸	پیگیری
۰/۲۰	۰/۰۷	۰/۲۴۹	۱/۴۲	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	پیش آزمون میزان بازدهی خواب
۰/۲۳	۰/۰۸	۰/۲۱۵	۱/۶۴	۰/۲۴	۱	۰/۲۴	پس آزمون
				۰	۱۸	۰	پیگیری

۱	۰/۵۶	۰/۰۰۰	۲۴/۴۷	۲/۹۹	۱	۲/۹۹	پیش آزمون اختلالات خواب
۰/۶۳	۰/۲۳	۰/۰۲۶	۵/۸۱	۰/۷۱	۱	۰/۷۱	پس آزمون
				۰/۱۱	۱۹	۲/۱۱	پیگیری
۰/۹۰	۰/۳۸	۰/۰۰۳	۱۱/۵۶	۸/۶۶	۱	۸/۶۶	پیش آزمون استفاده از داروهای خواب آور
۰/۵۴	۰/۲۰	۰/۰۴۲	۴/۷۸	۳/۵۸	۱	۳/۵۸	پس آزمون
				۰/۷۹	۱۹	۱۴/۹۸	پیگیری
۰/۹۵	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۱۴/۴۹	۸/۳۹	۱	۸/۳۹	پیش آزمون اختلالات عملکردی روزانه
۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۵۲۴	۰/۴۲	۰/۲۴	۱	۰/۲۴	پس آزمون
				۰	۱۹	۰	پیگیری

در تبیین این یافته‌ها باید گفت درمان پذیرش و تعهد به دنبال افزایش انعطاف پذیری روانی است. انعطاف‌پذیری روانی به معنای برقراری ارتباط با لحظه حال، به عنوان یک آگاه است. درمان مبتنی پذیرش و تعهد، تغییر یا تداوم رفتار را به سمت انجام ارزش‌های انتخابی، تغییر می‌دهد و معتقد است زبان(ذهن)، افراد را به تلاش‌های بهبوده برای مبارزه با زندگی دورنی خود(افکار و احساسات) که این افکار جزئی از زندگی شان هستند، وادار می‌کند (۳۳). وقتی افراد نمی‌توانند به صورت انعطاف پذیر، سیال و داوطلبانه وارد لحظه حال شوند، ذهن آنها مشغول آینده و گذشته می‌شود و این مشغولیت در آینده و گذشته به صورت نشخوار فکری، اضطراب، افسردگی و... ظاهر می‌شوند(۳۴).

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) معتقد است که کاهش درد(روانی و جسمی) برای کاهش ناتوانی کافی نیست. در عوض کاهش ناتوانی زمانی رخ می‌دهد که پاسخ‌ها به درد تغییر و تلاش‌ها برای کنترل درد کاهش یابد. بررسی‌ها نشان می‌دهد افرادی دارای درد مزمن بعد از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به کنترل درد مزمن روند کاهشی دارند و بیشتر در فعالیت‌های ارزشی درگیر می‌شوند(۳۲).

خط اول در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یا تمایل به تجربه درد وقتی که تلاش‌های کنترل درد بی‌اثر و یا مختل می‌شود. درمان ACT در بهبود عملکرد جسمانی و عاطفی، کاهش میزان استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و استفاده از مسکن، و افزایش حرکت فیزیکی موثر است (۳۵). تحقیقات تاثیر متوسط تا زیاد معیارهای پذیرش درد

باتوجه به نتایج جدول ۳، بین متغیر کمکی پیش آزمون(به عنوان متغیر تعدیل کننده) و متغیر وابسته(بهبود کیفیت خواب و مؤلفه‌هایش) رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اجرای پس آزمون، متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر متغیر وابسته (بهبود کیفیت خواب و مؤلفه‌هایش به جز بازدگی و اختلالات عملکردی روزانه) تأثیر معناداری دارد، سطح معناداری (۰/۰۰) کوچکتر از آلفای $\alpha = 0/05$ می‌باشد و نشان دهنده تاثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این متغیر می‌باشد. در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر روی بهبود کیفیت خواب و مؤلفه‌هایش به جز بازدگی و اختلالات عملکردی روزانه، تأثیر داشته و میانگین بهبود خواب و مؤلفه‌هایش بعد از درمان بیشتر شده است. این تغییرات میانگین و معناداری بعد از گذشت سه ماه و در مرحله پیگیری همچنان پایدار بودند.

بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق حاضر تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب سالمندان دارای درد مزمن بود. همانطور که نتایج نشان داد بین نمرات اعضای گروه آزمایش و کنترل در متغیر بهبود کیفیت خواب، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان فرضیه پژوهش را تایید نمود. این یافته در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگری همچون اسکات، دالی، یو و مک کراکن(۲۰۱۷)؛ پیچ، واولس و ویکسل(۲۰۱۷)؛ روبرت و سدلی(۲۰۱۶)؛ لین، کلارت، مک کراکن و بامیستر(۲۰۱۸) و هوگهس و همکاران(۲۰۱۷) هم سو هم جهت می‌باشد(۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴).

پژوهش، قابل تعمیم به سایر سالمندان نمی‌باشد. دوم، به دلیل محدودیت زمانی، جلسات هفته‌ای دوبار تشکیل شد به همین دلیل فرصت کافی برای تحلیل و تمرین مطالب آموخته شده وجود نداشت.

پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه دو مؤلفه کیفیت خواب یعنی؛ میزان بازدهی خواب و اختلالات عملکردی روزانه (که به معنی بهبود مشکلات خواب تأیید نشدند در تحقیقات بعدی بویژه برای سالمندان دارای درد مزمن به صورت دقیق تری بررسی شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه‌های بزرگتر مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش به اطمینان بیشتری برآورد شود. همچنین این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری طولانی تر تداوم اثر درمانی در آن بررسی شود. همچنین جهت اظهار نظر قاطعانه‌تر و بهتر در مورد نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری در همین زمینه و در خانه سالمندان دیگر انجام گردد تا بتوان با فراهم سازی امکان مقایسه، قدرت تعمیم نتایج را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از ریاست و پرسنل بهرستی مشهد، مرکز توان بخشی فیاض بخش و مدیریت خانه سالمندان نشاط و کارمندان و کلیه شرکت کنندگان در این طرح که نهایت همکاری را داشتند تشکر نماید.

و انعطاف پذیری روانشناختی را در کنترل درد مزمن که جزو فرایندهای ACT هستند مورد تایید قرار می‌دهد (۲۴).

از طرفی درد مزمن کیفیت زندگی افراد از جمله کیفیت خواب آنها را کاهش می‌دهد، که در این زمینه بررسی‌ها نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد تأثیر قابل توجهی در کاهش شدت بی‌خوابی و همچنین افزایش کیفیت و کارایی خواب در افراد دارای درد مزمن، دارد (۳۶). همچنین انعطاف ناپذیری روانی^۱ با سطوح بالای افسردگی و دشواری خواب همبستگی دارد (۳۷). که خود نشانگر نقش مهم انعطاف پذیری روانی، در بهبود کیفیت و آسانی خواب است.

شواهد زیادی وجود دارد که درمان، با استفاده از ذهن آگاهی و رویکردهای مبتنی بر پذیرش برای بهبود علائم بی‌خوابی مفید هستند، افزایش آگاهی از حالات ذهنی و جسمی که در هنگام تجربه علائم بی‌خوابی بوجود می‌آید، همچنین یادگیری و آگاهی از نحوه تغییر فرآیندهای ذهنی می‌تواند یک موضع انطباقی برای پاسخ به این نشانه‌ها ایجاد کند. این فرآیندهای فراشناختی با ارزیابی متعادل، انعطاف‌پذیری شناختی و تعهد به ارزش‌ها کمتر بر انگیزه می‌شوند و این کاهش بر انگیزه‌نگی منجر به بهبود بی‌خوابی می‌گردد (۳۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد خواب، با کنترل کمتر اطلاعات پردازشی در طول روز و غیر فعال سازی شناختی تسهیل می‌شود و این موضوع باعث می‌شود پذیرش خود به خودی فرایندهای فیزیولوژیکی و روانی بیشتر اتفاق بیفتد و درگیری ذهنی در هنگام خواب کاهش یابد (۳۹).

پذیرش و تعهد درمانی (ACT) رویکردی نوظهور برای درمان مشکلات روانی سالمندان است (۴۰). پژوهش حاضر هم در راستای همین تحقیقات نشان می‌دهد درمان مبتنی پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی، زندگی در حال، پذیرش، تعهد و ارزش‌ها توانسته است در بهبود کیفیت خواب سالمندان مؤثر باشد.

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت؛ اول اینکه جامع آماری پژوهش محدود به سالمندان با درد مزمن بود لذا یافته‌های

^۱ Psychological Inflexibility

References

1. World Health Organization. Global Health and Aging, Orange Country Master Aging Plan (1rd ed.). Translated by: K. Mehri., F. Akabri & M. Hassn Zadeh. Tehran: Besat publication, 2014 (Persian).
2. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of "elderly". *Geriatrics & gerontology international*. 2006 Sep;6(3):149-58.
3. American Psychological Association [homepage on the Internet]. *Washington D.C: Older Adults Health and age-related changes*, [updated 2017 January 30; cited 2017 January 30.] Available from: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/older.aspx/>
4. Ekerdt DJ, Koss CS, Li A, Münch A, Lessenich S, Fung HH. Is longevity a value for older adults?. *Journal of aging studies*. 2017 Dec 1;43:46-52. Gilleard, C. (2018). Suffering: The darker side of ageing. *Journal of Aging Studies*, 44, 28-33.
5. Seraji M, Shojaeizadeh D, Goldoost F. Quality of Life of the Elderly Residing in Zahedan (South East of Iran). *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017 Jan 1;15(3):215-20.
6. Simon LS. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*. 2012 Jun 22;26(2):197-8.
7. Miller R, Stoleting R. *Basics of anesthesia* (5rd ed.). Translated by: A. Moradi Moghadam. Tehran: Rafihe publication, 2012 (Persian)
8. Keilani M, Crevenna R, Dorner TE. Sleep quality in subjects suffering from chronic pain. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2018 Jan 1;130(1-2):31-6.
9. Rezaeipandari H, Morowatisharifabad MA, Hashemi SJ, Bahrevar V. Sleep Quality among Older Adults in Mehriz, Yazd Province, Iran. *Elderly Health Journal*. 2015 Jun 15;1(1):5-11.
10. Karaman S, Karaman T, Dogru S, Onder Y, Citil R, Bulut YE, Tapar H, Sahin A, Arici S, Kaya Z, Suren M. Prevalence of sleep disturbance in chronic pain. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014 Sep 1;18(17):2475-81.
11. The National Sleep Foundation (NSF). What is Good Quality Sleep Available from: <https://sleepfoundation.org/press-release/what-good-quality-sleep> (23 January 2017)
12. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of general and family medicine*. 2017 Apr;18(2):61-71.
13. Do Valle CR, Valle E, Valle L, Fior CA. Quality of life and sleep disorders in elderly. *Sleep Medicine*. 2013 Dec 1;14:e291.
14. Khan-Hudson A, Alessi CA. Sleep and quality of life in older people. In *Sleep and quality of life in clinical medicine 2008* (pp. 131-138). Humana Press.
15. Marshansky S, Mayer P, Rizzo D, Baltzan M, Denis R, Lavigne GJ. Sleep, chronic pain, and opioid risk for apnea. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2017 Jul 19.
16. US Food and Drug Administration. Learning about Side Effects, Unwanted or Unexpected Drug Reactions. Available from: <https://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/ucm196029.htm> (26 January 2017)
17. Rochon PA. Drug prescribing for older adults. Sokol N, Dep. Ed). <http://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-olderadults>. 2013 May 24.
18. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds III CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. 2014 Feb;13(1):56-67.
19. Scott W, Daly A, Yu L, McCracken LM. Treatment of chronic pain for adults 65 and over: Analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*. 2017 Feb 1;18(2):252-64.
20. Pielech M, Vowles KE, Wicksell R. Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: Theory and application. *Children*. 2017 Jan 30;4(2):10.
21. Roberts SL, Sedley B. Acceptance and Commitment Therapy with older adults: Rationale and case study of an 89-year-old with depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*. 2016 Feb;15(1):53-67.
22. Lin J, Klatt LI, McCracken LM, Baumeister H. Psychological flexibility mediates the effect of an online-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: an investigation of change processes. *Pain*. 2018 Apr 1;159(4):663-72.
23. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*. 2017 Jun 1;33(6):552-68.
24. Meadows, G. Acceptance and Commitment Therapy for Insomnia (ACT-I). *Association for Contextual Behavioral Science*.

- availablefrom:https://contextualscience.org/acceptance_and_commitment_therapy_for_insomnia_act(accessed 6 Feb2006)
25. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975 Sep 1;1(3):277-99.
 26. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, Bhagwat D, Everton D, Burke LB, Cowan P, Farrar JT. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *PAIN®*. 2009 Jul 1;144(1-2):35-42.
 27. Khosravi M, Sadighi S, Moradi S, Zendehtdel K. Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. *Tehran University Medical Journal*. 2013 Apr 1;71(1).
 28. 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 May 1;28(2):193-213.
 29. Heydari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. The relationship between insomnia severity, sleep quality, sleepless and impaired mental health and academic performance of girls. *Journal Woman Culture*. 2010;1(4):65-76.
 30. Hayes SC. *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications; 2005 Nov 1.
 31. Vowles KE, Sorrell JT. *Life with chronic pain: an acceptance based approach. Therapist guide and patient workbook*. Unpublished manuscript. 2007.
 32. Hayes , s . About ACT, Association for Contextual Behavioral Science. Available from <https://contextualscience.org/act>(accessed 6 February 2017)
 33. Saif,A.Introduction and Cognitive Therapies of First ,Second,and Third Generations with Emphosis on Acceptance and Commitment Therapy(1rd ed.).Tehran:Didavar publication;2017(Persian)
 34. American Pain Society. Study Shows Pain Coping Success with Acceptance and Commitment Therapy:News from The Journal of Pain Available from: <http://americanpainsociety.org/about-us/press-room/coping-success-acceptance-commitment>(22 January 2014)
 35. Daly-Eichenhardt A, Scott W, Howard-Jones M, Nicolaou T, McCracken LM. Changes in sleep problems and psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy for chronic pain: an observational cohort study. *Frontiers in psychology*. 2016 Aug 31;7:1326.
 36. Kato T. Impact of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep difficulty in a Japanese sample. *SpringerPlus*. 2016 Dec;5(1):712.
 37. Ong JC, Ulmer CS, Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*. 2012 Nov 1;50(11):651-60.
 38. Lundh LG. The role of acceptance and mindfulness in the treatment of insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005 Apr 1;19(1):29-39.
 39. Petkus AJ, Wetherell JL. Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and behavioral practice*. 2013 Feb 1;20(1):47-56.

Original Article

Efficacy of Acceptance and Commitment-Based Group Therapy on Improvement of Sleep Quality in Elderly People with Chronic Pain

Received: 26/08/2018 - Accepted: 14/03/2020

Hossien Hadi Toroghi¹
Shahed Masoudi^{2*}

¹MSc in General Psychology, Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

²Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

* Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

Email: shahedmasoudi@gmail.com

Abstract

Introduction: This study was performed with aim to evaluate the efficacy of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on the improvement of sleep quality in elderly people with chronic pain.

Methods: This study was a semi-experimental (Pretest- posttest plan with unequal control group). The study population included all the elderly aged 65 years that 24 cases were selected by sampling method and then were randomly into two groups of experimental and control. McGill's Chronic Pain scale (1975) was used to measure chronic pain and Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (1993) was used to measure sleep quality. Treatment intervention was performed in 8 sessions of 90 minute on experimental group. After completion of the training program, post test was taken from both groups. One variate covariance analysis was used for data analysis.

Results: Data analysis showed that acceptance and commitment-based therapy significantly improves sleep quality among elderly people with chronic pain ($P<0.05$).

Conclusion: The results indicate that acceptance and commitment-based therapy is effective on sleep quality in elderly people with chronic pain.

Key words: Acceptance and Commitment-Based Therapy, Sleep quality, Elderly, Chronic pain

Acknowledgement: There is no conflict of interest.