رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۱۱۵، دی ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(10), 2026

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و اضطراب در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Sleep Quality and Anxiety in Patients with Fibromyalgia

عنبر صدیقی
گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.
دکتر علیرضا شکرگزار (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
دکتر شیدا سوداگر
گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
دکتر مریم بهرامی‌هیدجی
گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
دکتر سیداحمد رئیس‌السادات
گروه طب فیزیکی و توان‌بخشی، بیمارستان شهید مدرس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Anbar Sadighi
Department of Clinical Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Dr. Alireza Shokrgozar *
Department of Clinical Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
dralirezashokrgozar@iau.ac.ir
Dr. Sheida Sodagar
Department of Clinical Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Dr. Maryam Bahrami Hidaji
Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Dr. Seyed Ahmad Raeissadat
Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Shahid Modarres Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه پژوهش را بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به کلینیک توانبخشی بیمارستان مدرس تهران در سال‌های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ تشکیل دادند که از بین آنها با روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه‌گروه ۱۵ نفره جایگذاری شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب بک (BAI؛ بک، ۱۹۹۸) و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI؛ بویس و همکاران، ۱۹۸۹) بود. گروه‌های آزمایش هر یک به‌مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله را به‌صورت گروهی دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که نمرات پیش‌آزمون اضطراب و کیفیت خواب با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۱). همچنین، نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۱)؛ که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به روش درمانی دیگر بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان به‌عنوان مداخله‌هایی پایدار بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مؤثر می‌باشند؛ اما درمان شناختی-رفتاری اثربخش‌تر است.

واژه‌های کلیدی: *کیفیت خواب، اضطراب، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فیبرومیالژیا.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and sleep quality in patients with fibromyalgia. This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up period. The study population consisted of patients with fibromyalgia who attended the rehabilitation clinic of Modarres Hospital in Tehran during 2023–2024. Using purposive sampling, 45 participants were selected and randomly assigned to three groups of 15 each. The research instruments included the Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, 1998) and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989). The experimental groups each received the intervention as a group for 8 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests. The results showed that the pretest scores of anxiety and sleep quality differed significantly from the posttest and follow-up scores ($p<0.01$). Moreover, the findings indicated a significant difference between the two treatments over time ($p<0.01$), suggesting greater effectiveness of cognitive-behavioral therapy compared to the other therapeutic approach. Therefore, it can be concluded that both treatments serve as stable interventions for reducing anxiety and improving sleep quality in patients with fibromyalgia; however, cognitive-behavioral therapy is more effective.

Keywords: *Sleep Quality, Anxiety, Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Fibromyalgia.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۴** **پذیرش: آبان ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

مقدمه

سندرم فیبرومیالژیا[1] یکی از شایع‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین اختلالات عضلانی-اسکلتی در بزرگسالان است که با مجموعه‌ای از علائم جسمانی و روان‌شناختی همچون درد مزمن منتشر، خستگی شدید، سردرد، اختلالات خواب، مشکلات خلقی-شناختی و خشکی صبحگاهی مفاصل مشخص می‌شود (مورتی و بارکر[2]، ۲۰۲۴). درد در این بیماران غالباً دوطرفه بوده و در نواحی گردن و تنه شدت بیشتری دارد. شیوع این سندرم در مطالعات جهانی قابل توجه است؛ به‌طوری‌که هاوزر[3] و همکاران (۲۰۲۵) میزان بروز آن را در حدود ۱۳/۴ درصد جمعیت بزرگسال اروپا گزارش کرده‌اند. در ایران نیز پژوهش‌ها شیوع این اختلال را حدود ۴ درصد برآورد کرده و نشان داده‌اند که نسبت ابتلای زنان به مردان تقریباً ۹ به ۱ است (قربان‌زاده و همکاران، ۱۴۰۴). این آمارها بیانگر آن است که فیبرومیالژیا نه‌تنها از نظر شیوع بلکه از نظر بار روانی-اجتماعی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد.

از آنجا که فیبرومیالژیا، فیزیوپاتولوژی مشخصی ندارد، بسیاری از پژوهشگران عوامل روان‌شناختی را در شکل‌گیری و تداوم آن دخیل می‌دانند (مارشال[4] و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از مؤلفه‌های اساسی در این بیماران، اختلال در کیفیت خواب[5] است (سینگ[6] و همکاران، ۲۰۲۴). کیفیت پایین خواب می‌تواند پیامدهای متعددی از جمله کاهش عملکرد شناختی، اختلال حافظه، ناتوانی در تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی و نارضایتی شخصی را به دنبال داشته باشد (جامعی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۳). یافته‌های اخیر نیز نشان داده‌اند که مشکلات ناشی از بی‌خوابی در طول زمان باعث تشدید درد ادراک‌شده در این بیماران می‌شود (چیچک[7] و همکاران، ۲۰۲۵). به همین ترتیب، اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب[8] نیز در میان مبتلایان به فیبرومیالژیا بسیار شایع است؛ به‌گونه‌ای که زینچوک[9] و همکاران (۲۰۲۵) گزارش کرده‌اند بیش از نیمی از این بیماران سابقه اختلال افسردگی و بین ۱۶ تا ۲۱ درصد آنها علائم اضطرابی داشته‌اند. اضطراب نه‌تنها به تشدید تجربه درد منجر می‌شود، بلکه چرخه معیوبی از استرس، تنش عضلانی، بی‌خوابی و ناتوانی عملکردی را در بیماران ایجاد می‌کند (ماسوبوچی[10] و همکاران، ۲۰۲۵).

اگرچه داروهای ضدافسردگی، ضدالتهابی غیراستروئیدی و داروهای ضدتشنج (مانند دولوکستین و آمی‌تریپتیلین) به‌طور گسترده برای مدیریت علائم این بیماری استفاده می‌شوند (دی‌کلیفورد-فاوگر[11] و همکاران، ۲۰۲۴)، اما شواهد نشان می‌دهد که این درمان‌ها اغلب پاسخ نسبی ایجاد کرده و بیماران از اثربخشی ناکافی و عوارض جانبی آن‌ها شکایت دارند. همین امر سبب شده است که توجه پژوهشگران و درمانگران به سمت مداخلات روان‌شناختی و غیردارویی جلب شود که بتوانند هم‌زمان مشکلات روانی و کیفیت خواب را نیز هدف قرار دهند (کلیمنت-سانز[12] و همکاران، ۲۰۲۵).

در این میان، درمان شناختی-رفتاری[13] (CBT) یکی از مداخلات شناخته‌شده‌ای است که اثربخشی آن در طیف وسیعی از اختلالات روانی و جسمانی از جمله دردهای مزمن گزارش شده است. این درمان با تمرکز بر اصلاح الگوهای ناکارآمد شناختی و رفتاری، به بیماران کمک می‌کند راهکارهای سازگارانه‌تری در مواجهه با درد، اضطراب و مشکلات خواب به کار گیرند (نجفی‌دهقانی و همکاران، ۱۴۰۴). شواهد حاکی از آن است که CBT می‌تواند به‌طور معناداری سطح اضطراب و علائم خلقی را کاهش داده و کیفیت خواب را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ارتقا بخشد (آلایتی[14] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی، افزایش شفقت به خود و بهبود آشفتگی روان‌شناختی بیماران فیبرومیالژیا گزارش شده است (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۴). مرور وی[15] و همکاران (۲۰۲۵) نیز اثربخشی این رویکرد را در ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن تأیید کرده است. از

1. Fibromyalgia
2. Moretti & Barker
3. Häuser
4. Marshall
5. sleep quality
6. Singh
7. Çiçek
8. anxiety
9. Zinchuk
10. Masubuchi
11. De Clifford-Faugère
12. Climent-Sanz
13. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
14. Alaiti
15. Wie

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[1] (ACT) به‌عنوان رویکردی نسل سوم در روان‌درمانی، بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش تجارب ناخوشایند، تمرکز بر لحظه حال و تعهد به ارزش‌های فردی تأکید دارد (چانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که ACT در کاهش افسردگی، اضطراب و شدت درد ادراک‌شده در بیماران مزمن مؤثر بوده و می‌تواند کیفیت خواب و سازگاری بیماران را بهبود بخشد (ذوالفقاری و اسماعیل‌زاده، ۱۴۰۳؛ ناوارو-لدسما[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ موشر[4] و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌هایی نیز کارآمدی این درمان را در قالب مداخلات حضوری (رستمی‌پور و همکاران، ۲۰۲۴) و دیجیتال (کاتلا [5] و همکاران، ۲۰۲۴) گزارش کرده‌ان. مرور سیستماتیک یی[6] و همکاران (۲۰۲۴) نیز اثرات پایدار ACT را بر کاهش شدت درد، اضطراب و افسردگی تأیید کرده است. با این حال، برخی پژوهش‌ها بیان کرده‌اند که هر دو درمان در کاهش علائم مؤثر بوده‌اند، اما تفاوت‌هایی در میزان و چگونگی تأثیر آن‌ها وجود دارد که هنوز نیاز به مطالعه بیشتر در این زمینه را نمایان می‌کند (بارنس[7] و همکاران، ۲۰۲۵؛ کوجوکارو[8] و همکاران، ۲۰۲۴).

با وجود شواهد قابل‌توجه درباره اثربخشی CBT و ACT، پژوهش‌های مقایسه‌ای مستقیم بر روی بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بسیار محدود است. در حالی که CBT بیشتر بر بازسازی شناختی و اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد متمرکز است، ACT بر پذیرش تجربه‌های دشوار و تقویت انعطاف‌پذیری روانی تأکید دارد. این تفاوت بنیادین در مکانیسم‌های تغییر، اهمیت بررسی تطبیقی این دو رویکرد را در بهبود علائمی چون اضطراب و کیفیت خواب در بیماران فیبرومیالژیا برجسته می‌سازد. افزون‌براین، هنوز ابهام‌هایی در مورد پایداری اثرات این دو مداخله در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب، و نیز درباره این‌که کدام رویکرد می‌تواند تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مرتبط با فیبرومیالژیا را بهتر تعدیل کند، وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی CBT و ACT در کاهش اضطراب و ارتقای کیفیت خواب در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا طراحی شده و تلاش دارد روشن سازد که کدام مداخله مؤثرتر است و اثرات آن تا چه میزان پایدار است. نتایج این پژوهش می‌تواند ابهامات موجود در زمینه کارایی نسبی CBT و ACT در بیماران فیبرومیالژیا را برطرف کند و مبنایی علمی برای طراحی برنامه‌های تلفیقی درمانی فراهم آورد. از منظر کاربردی، یافته‌های این مطالعه می‌توانند به‌صورت مستقیم در تدوین پروتکل‌های روان‌درمانی برای بیماران فیبرومیالژیا به‌کار روند و به‌صورت غیرمستقیم در آموزش درمانگران، توسعه خدمات روان‌درمانی و سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت در زمینه مدیریت بیماری‌های مزمن، به‌ویژه فیبرومیالژیا نقش‌آفرین باشند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به کلینیک توانبخشی بیمارستان مدرس تهران در سال‌های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود پژوهش شامل تشخیص قطعی فیبرومیالژیا اولیه توسط پزشک متخصص، گذشت حداقل شش ماه از تشخیص ابتلای به بیماری، سن ۴۵ تا ۶۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، رضایت‌نامه کتبی، نداشتن بیماری جسمی یا روان‌شناختی دیگر، عدم مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی و عدم دریافت همزمان سایر درمان‌های روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به‌صورت همزمان، اعلام انصراف از شرکت در پژوهش یا بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای مداخله، ابتلا به بیماری‌های جدید یا نیاز به بستری و نیاز به جلسات روان‌درمانی فردی بود. ملاحظات اخلاقی در تمام مراحل پژوهش رعایت شد. به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آنان در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها

1. Acceptance and Commitment therapy (ACT)
2. Chong
3 Navarro-Ledesma
4. Mosher
5. Catella
6. Ye
7. Burns
8. Cojocar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور اجرای پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. برای تضمین ناشناس بودن و حریم خصوصی، برای هر شرکت‌کننده کد اختصاص داده شد؛ همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1402.149 است که در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج تایید شده بود. پس از اجرای پیش‌آزمون حضوری، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس پس‌آزمون و پیگیری سه ماه بعد از مداخله در هر دو گروه و گروه کنترل اجرا شد. درنهایت، تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

سیاهه اضطراب بک[1] (BAI): این سیاهه توسط بک و همکاران (۱۹۹۰) طراحی شده و شامل ۲۱ گویه است که برای سنجش علائم اضطرابی به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است؛ به‌طوری که گزینه‌ها از «صفر = اصلاً» تا «۳ = شدید» درجه‌بندی می‌شوند.: نمره ۰ تا ۸ نشان‌دهنده عدم اضطراب یا اضطراب بسیار خفیف، نمره ۹ تا ۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط، و نمره ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید است. بک و همکاران (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. همچنین در بررسی روایی همگرا، همبستگی این پرسشنامه با مقیاس اضطراب حالت ـ صفت بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۹۰). در ایران، کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ را برای این سیاهه گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، سنجش روایی از طریق مقایسه ارزیابی بالینی متخصصان با نمرات حاصل از پرسشنامه، روایی مطلوبی (r=۰/۷۲) را نشان داده است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ[2] (PSQI): این شاخص توسط بویس[3] و همکاران (۱۹۸۹) برای سنجش کیفیت خواب تدوین شده و شامل ۱۹ گویه است. ابزار مذکور دارای هفت زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکرد روزانه. هر گویه در مقیاسی از ۰ (عدم مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار شدید) نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب پایین‌تر است. در نسخه اصلی این ابزار، روایی تشخیصی برای نمره کلی بیش از ۵ گزارش شد؛ به‌گونه‌ای که توانست افراد با کیفیت خواب مطلوب و نامطلوب را با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ درصد تفکیک کند که بیانگر توان بالای این ابزار در شناسایی مشکلات خواب است (بویس و همکاران، ۱۹۸۹). همچنین روایی سازه از طریق همبستگی زیرمقیاس‌ها با نمره کل بین ۰/۳۵ تا ۰/۷۶ به دست آمده و پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (بویس و همکاران، ۱۹۸۹). در ایران نیز، حیدری و همکاران (۱۳۸۹) روایی همگرای این شاخص را در مقایسه با پرسشنامه شدت بی‌خوابی به‌دست آوردند (r=-۰/۳۵) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

مداخلات درمانی

درمان شناختی-رفتاری بر اساس پروتکل درمان شناختی-رفتاری کلاسیک تورن[4] (۲۰۱۱) و درمان مبتنی پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی هیز و استروسال[5] (۲۰۱۱) طراحی شد و شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. جلسات به صورت هفتگی و در طول دو ماه در کلینیک روان‌شناسی دارای مجوز از سازمان نظام روان‌شناسی ایران، برگزار شد. در هر جلسه، ابتدا اهداف جلسه بیان می‌شد و سپس درمانگر به‌صورت گروهی محتوای جلسه را توضیح می‌داد. تکنیک‌های مربوطه به شرکت‌کنندگان آموزش داده شده و در طول جلسه اجرا می‌شد. در پایان هر جلسه، جمع‌بندی انجام می‌گرفت و تکالیف خانگی برای جلسه بعدی توضیح داده می‌شد. جزئیات محتوای جلسات این پروتکل‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

1. the Beck Anxiety Inventory (BAI)
2. the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
3. Buysse
4. Thorn
5. Hayes & Strosahl

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی-درمانی

جلسه	محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه و مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه؛ بیان انتظارات، آشنایی اعضا، وارسی اجمالی ادبیات مربوط به بیماری و آسیب‌های جسمانی؛ بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضا در مورد بیماری و ارائه بازخورد متقابل.	فراهم کردن فرصت برای مراجعان برای معرفی و شناخت یکدیگر، بیان قواعد اصلی درمان شامل انجام به موقع تمرینات، مرور کلی درمان و اهداف برنامه درمانی، بیان ارزش های بالقوه و انتخاب و بررسی درمان های گذشته مورد استفاده
دوم	تقویت اتحاد گروه، شکستن مقاومت‌ها و خودافشارسازی با یادآوری قوانین اخلاقی گروه؛ معرفی اصول CBT و توضیح تعامل افکار، احساسات و رفتار از طریق توالی ABC.	تغییر رفتار و ذهن آگاهی با اولویت مرور تکلیف، تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن و توجه به تنفس و اعضای بدن، رابطه بین درد، خلق و عملکرد و ارائه تکلیف
سوم	تحلیل رخدادهای فعال‌کننده، باورها و واکنش‌های عاطفی؛ شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد و تمرین خودگویی‌های مثبت جهت کنترل اضطراب و استرس؛ تعیین تکلیف برای شناسایی باورهای ناکارآمد و تمرین خودگویی مثبت.	مرور تکلیف، شفاف سازی ارزش ها، تمثیل مراسم دفن و تمثیل سفر طولانی، کشف ارزش های زندگی شرکت کنندگان، ارائه تکلیف
چهارم	زیر سؤال بردن باورهای بنیادین ناکارآمد و آموزش توالی ABCD) مناقشه کردن) برای چالش با باورهای مقاوم؛ مرور تکالیف جلسه قبل و تمرین خودگویی‌های مثبت.	مرور تکلیف، تمرین ذهن آگاهی (برگ های شناور روی آب)، بررسی ارزش های رتبه بندی شده و موانع رسیدن به آن ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش ها (ارزش ها همانند علامت هایی هستند که ما را به ارزش ها نزدیک می کنند).
پنجم	آموزش علمی آرامش عضلانی و تمرین عملی آن؛ اطمینان از یادگیری توالی ABCD و تعیین تکلیف در زمینه تمرین آرامش عضلانی در خانه.	مرور تکلیف، گزارش پیشرفت: وارسی کردن، طرح ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش ها (بررسی اقدامات مراجعان)، تمرین ذهن آگاهی (فرض کنید افکارتان همانند مطالب روی یک صفحه نمایش می آیند و می روند)، عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزش ها، ارائه تکلیف.
ششم	آموزش مهارت حل مسئله و مراحل آن؛ بررسی تأثیر حل مسئله بر رفتارهای مرتبط با سلامت روان؛ ارائه مثال‌های عملی و تکلیف خانگی مرتبط با حل مسئله.	مرور تکلیف، یکنواخت کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین اعداد چه هستند و قطبیت ذهنی تمرین اتوبوس پر از مسافر، ذهن آگاهی عمومی، تکلیف شروع کار مربوط به عمل متعهدانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آن ها و همچنین، راهنمایی ذهن آگاه شدن از اعمال و پیامدهای آن
هفتم	آموزش تحلیل رفتارهای ناسازگارانه از طریق تحلیل عینی، منطقی و سودمندی؛ ارائه تکالیف خانگی در زمینه تحلیل منطقی و سودمندی رفتارهای اضطراب‌آور و استرس‌زا.	مرور تکلیف، بررسی تمایل شرکت کنندگان برای حرکت در مسیر ارزش ها (استعاره ها)، بررسی موانع و اقدامی که هر شرکت کننده برای عبور از آن دارد، تمرین پرش، ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری
هشتم	مهارت‌های اجتماعی شامل ابراز وجود، مهارت‌های بین‌فردی و خودکنترلی؛ آموزش نقش اسناد و باورهای مخالف و تجربه دو حالت هیجانی ناهمساز؛ تمرین توقف فکر و پسخوراند زیستی برای افزایش هیجانات مثبت و تعیین تکلیف خانگی.	تعهد، خداحافظی، پیامدهای منفی و پیشگیری از عدم تعهد و پیگیری درمان، شناسایی پیشرفت و حرکت به سمت ارزش ها، شناسایی موقعیت خطرناک زندگی

یافته ها

نمونهٔ پژوهش شامل سه گروه ۱۵ نفری بود که در گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۹ نفر (۶۰٪) زن و ۶ نفر (۴۰٪) مرد بودند و در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۷٪) زن و ۵ نفر (۳۳٪) مرد حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروهِ درمان شناختی-رفتاری ۶/۴۱±۶۱/۸۶، گروهِ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵/۸۷±۵۹/۳۲ و گروهِ گواه ۶/۱۲±۶۰/۹۳ بود. از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به کارشناسی بود با ۱۰ نفر (۶۷٪) در گروه شناختی-رفتاری، ۱۰ نفر (۶۷٪) در گروه پذیرش و تعهد و ۸ نفر (۵۳٪) در گروه کنترل. در سطح دیپلم و زیردیپلم، این تعداد به ترتیب ۳، ۴ و ۶ نفر (۲۰٪، ۲۶٪، و ۴۰٪) بود. دارندگان مدرک کارشناسی ارشد نیز شامل ۲ نفر (۱۳٪) در گروه شناختی-رفتاری، ۱ نفر (۷٪) گروه پذیرش و تعهد و ۱ نفر (۷٪) در گروه کنترل بود. در متغیر شغل، اکثر شرکت‌کنندگان یعنی ۱۱ نفر (۷۴٪) در گروه شناختی-رفتاری، ۱۳ نفر (۸۷٪) در گروه پذیرش و تعهد و ۱۱ نفر (۷۴٪) در گروه کنترل شغل آزاد داشتند؛ در حالی که فقط ۴، ۲ و ۴ نفر (۲۶٪، ۱۳٪، و ۲۶٪) دارای شغل دولتی بودند. در نهایت، از نظر وضعیت تأهل، در گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و کنترل ۱۴ نفر (۹۳٪) و در گروه درمان پذیرش و تعهد ۱۲ نفر (۸۰٪) متأهل بودند و تنها ۱ نفر (۷٪) در گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و کنترل و ۳ نفر (۲۰٪) در گروه درمان پذیرش و تعهد مجرد یا مطلقه بودند. نتایج آزمون

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

مجذور کای نشان داد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر جنسیت، سن، تحصیلات، شغل و تأهل تفاوت معناداری نداشتند (p>۰/۰۵). جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری را به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه	مرحله اندازه‌گیری					
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	شناختی-رفتاری	۱۴/۵۳	۲/۶۲	۹/۲۷	۱/۶۱	۸/۵۲	۱/۰۳
	پذیرش و تعهد	۱۴/۶۸	۳/۱۶	۱۱/۶۷	۲/۰۷	۱۰/۵۲	۲/۳۵
	کنترل	۱۶/۳۳	۳/۱۰	۱۶/۳۴	۳/۴۶	۱۶/۰۹	۳/۲۰
کیفیت خواب	شناختی-رفتاری	۳۸/۲۷	۴/۶۱	۱۸/۵۳	۴/۶۲	۱۷/۸۷	۳/۵۲
	پذیرش و تعهد	۴۰/۶۷	۵/۰۷	۲۶/۵۳	۴/۱۶	۲۷/۸۰	۴/۵۲
	کنترل	۴۴/۱۳	۵/۴۶	۴۲/۳۳	۴/۱۰	۴۳/۱۳	۵/۹۷

در جدول ۲، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار برای اضطراب و کیفیت خواب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بعد از اعمال مداخلات درمانی-آموزشی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا گروه‌های آزمایشی میانگین اضطراب و مشکلات خواب آن‌ها به مقدار قابل توجهی کاهش یافته است. این کاهش میانگین بعد از گذشت سه ماه در مرحله‌ی پیگیری همچنان پایدار بود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات اضطراب و کیفیت خواب سه گروه در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری (p>۰/۰۵)، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های اضطراب در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۸۱، p=۰/۵۱۱)، پس‌آزمون (F=۱/۰۹، p=۰/۳۴۴) و پیگیری (F=۱/۷۰، p=۰/۲۷۹) و کیفیت خواب در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۳، p=۰/۸۳۱)، پس‌آزمون (F=۱/۶۸، p=۰/۲۸۰) و پیگیری (F=۱/۱۲، p=۰/۳۸۵) در جامعه و از آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس اضطراب (F=۱/۶۰، p=۰/۰۷۹) و کیفیت خواب (F=۱/۸۸، p=۰/۰۶۸)، استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موخلی استفاده شد که نتیجه این آزمون نیز برای اضطراب (W=۰/۸۷، p=۰/۴۲۱) و کیفیت خواب (W=۰/۵۸، p=۰/۷۶۶) معنی‌دار نبود. بنابراین، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را زیر سوال نبرده‌اند.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه برای اضطراب (F=۱۵/۴۸، p<۰/۰۱) و کیفیت خواب (F=۲۶/۴۱، p<۰/۰۱) معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان داد که ۴۳ درصد و ۵۶ درصد واریانس نمرات برای این متغیرها به ترتیب ذکر شده مربوط به عضویت گروهی است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	منابع تغییر		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	Eta (اندازه اثر)
اضطراب	اثر درون‌گروهی	زمان اندازه‌گیری	۱۰۸۱/۷۳	۱	۱۰۸۱/۷۳	۷۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶
		زمان×گروه	۸۹۲/۱۹	۲	۴۴۶/۱۰	۳۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴
		خطا	۵۷۱/۹۲	۴۲	۱۳/۶۲			
	اثر بین‌گروهی	گروه	۱۴۸۱/۴۴	۲	۷۴۰/۷۲	۱۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
		خطا	۷۳۲/۱۹	۴۲	۱۷/۴۳			
کیفیت خواب	اثر درون‌گروهی	زمان اندازه‌گیری	۴۳۵۱/۸۱	۱	۴۳۵۱/۸۱	۲۴۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵
		زمان×گروه	۲۷۸۱/۸۱	۲	۱۳۹۰/۹۱	۷۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹
		خطا	۱۹۸۲/۹۲	۴۲	۴۷/۲۱			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

اثر بین‌گروهی	گروه	۸۹۱۲/۸۲	۲	۴۴۵۶/۴۱	۳۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۵۰۷۱/۱۹	۴۲	۱۲۰/۷۴			

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، منبع زمان در متغیرهای اضطراب و کیفیت خواب معنادار شده است (p<۰/۰۱). همچنین بین گروه و زمان تعامل وجود دارد (p<۰/۰۵). در اثر گروه نیز مشخص شد در متغیرهای اضطراب و کیفیت خواب بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام مراحل اندازه‌گیری بین سه گروه در متغیرهای پژوهش تفاوت وجود دارد آزمون تعقیبی بن‌فرونی انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری

متغیر	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۹	۰/۲۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۵۱	۰/۲۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۲	۰/۱۱	۰/۹۱۲
کیفیت خواب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۸/۷۸	۱/۲۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۷/۹۱	۱/۳۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۳	۰/۱۳	۰/۸۶۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (p<۰/۰۱) و پیگیری (p<۰/۰۱) برای اضطراب و کیفیت خواب معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری این متغیرها معنادار نیست (p>۰/۰۵). از در ادامه به بررسی تفاوت اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی پرداخته شده است (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
اضطراب	درمان شناختی-رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۲/۱۱	۰/۹۱۹	۰/۰۱۸
		گواه	۵/۴۹	۰/۹۱۹	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گواه	۴/۰۸	۰/۹۱۹	۰/۰۰۱
کیفیت خواب	درمان شناختی-رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۳/۶۱	۱/۴۶۷	۰/۰۳۱
		گواه	۱۰/۴۹	۱/۴۶۷	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گواه	۷/۳۶	۱/۴۶۷	۰/۰۰۱

طبق جدول ۵ تفاوت میانگین بین گروه‌های درمانی در اضطراب و کیفیت خواب معنادار است (p<۰/۰۵)، به این صورت که درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و مشکلات خواب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا اثربخش‌تر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عمل کرده است. به‌علاوه، تفاوت میانگین‌های بین گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در اضطراب و کیفیت خواب معنی‌دار است (p<۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. نتایج نشان داد هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب شدند و این تغییرات در گروه کنترل مشاهده نشد؛ اما تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بود. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های آلایتی و همکاران (۲۰۲۲) و باقری شیخانگفشه و همکاران (۱۴۰۴) همسو بود. اثربخشی CBT را می‌توان از طریق مکانیسم‌های زیر تبیین کرد. این درمان با تمرکز بر شناخت‌درمانی، به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای فکری منفی و غیرمنطقی خود را که اضطراب آن‌ها را تشدید می‌کند، شناسایی و اصلاح کنند. برای مثال، بیمارانی که با تفکر فاجعه‌بار "درد من هیچ‌وقت خوب نمی‌شود" روبه‌رو هستند، با یادگیری تکنیک‌های CBT، می‌توانند این باور را به شکلی واقع‌بینانه‌تر تغییر دهند. همچنین، مداخلات رفتاری این رویکرد، مانند تمرین‌های تن‌آرامی، مواجهه‌درمانی و اصلاح رفتارهای اجتنابی، به بیماران کمک می‌کند تا با منابع اضطراب خود به شکلی فعالانه و سازگارانه روبه‌رو شوند. این اقدامات به کاهش تنش عضلانی و پاسخ‌های فیزیولوژیک اضطراب منجر می‌شود (نجفی‌دهقانی و همکاران، ۱۴۰۴).

یافته بعدی پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بود. این یافته با نتایج موشر و همکاران (۲۰۲۵) و یی و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. اثربخشی ACT از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حاصل می‌شود. این رویکرد به جای تلاش برای کنترل یا حذف تجربیات ناخوشایند مانند اضطراب، به بیماران می‌آموزد که آن‌ها را بپذیرند و بدون قضاوت مشاهده کنند. در واقع، ACT به بیماران کمک می‌کند که از جنگ با افکار و احساسات خود دست بردارند و انرژی خود را صرف رفتارهایی کنند که با ارزش‌های شخصی آن‌ها هماهنگ است (چانگ و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد با کاهش تلاش برای اجتناب از اضطراب، چرخه‌ی معیوب ترس و تنش را می‌شکند و به بیمار اجازه می‌دهد تا به‌جای گرفتار شدن در دام اضطراب، بر روی فعالیت‌های معنادار در زندگی خود تمرکز کند (کاتلا و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های جامعی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۳)، آلایتی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. بهبود کیفیت خواب با CBT از طریق اصلاح عادات خواب و تغییر باورهای ناکارآمد مربوط به بی‌خوابی حاصل می‌شود. CBT به بیماران کمک می‌کند تا بهداشت خواب خود را بهبود بخشند (مانند تنظیم ساعت خواب و بیداری) و رفتارهای غیرتطابقی مانند ماندن در رختخواب در زمان بیداری را کاهش دهند. علاوه بر این، این رویکرد باورهای نادرست بیمار درباره خواب را به چالش می‌کشد (مانند این تفکر که "من هرگز نمی‌توانم خوب بخوابم") و با جایگزینی آن‌ها با باورهای واقع‌بینانه، استرس و اضطراب مرتبط با خواب را کاهش می‌دهد. این فرایند به کاهش چرخه معیوب اضطراب، بی‌خوابی و تشدید درد کمک می‌کند (جامعی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۳؛ زینچوک و همکاران، ۲۰۲۵؛ ماسوبوچی و همکاران، ۲۰۲۵).

به‌علاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در بهبود کیفیت خواب بیماران فیبرومیالژیا مؤثر است. این یافته با نتایج ذوالفقاری و اسماعیل‌زاده (۱۴۰۳) و اوارو-لدسما و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ACT با تقویت پذیرش و تمرکز حواس به بهبود کیفیت خواب کمک می‌کند. این رویکرد به بیماران می‌آموزد که افکار، احساسات و حس‌های جسمانی مربوط به بی‌خوابی را بدون تلاش برای تغییر یا کنترل آن‌ها مشاهده کنند. برای مثال، به جای درگیری با این فکر که "من باید بخوابم"، بیمار می‌آموزد که این فکر را صرفاً به عنوان یک رویداد ذهنی بپذیرد. همچنین، تمرین‌های پذیرش به بیماران کمک می‌کند تا ناامیدی و اضطراب ناشی از بی‌خوابی را کاهش دهند و به جای آن، به لحظه حال توجه کنند. این کاهش مقاومت در برابر بی‌خوابی، به کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی کمک کرده و به خواب طبیعی‌تر منجر شود (موشر و همکاران، ۲۰۲۵).

درنهایت، یافته‌های مربوط به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که اگرچه هر دو درمان CBT و ACT بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا اثربخش بوده‌اند، اما درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر بوده است. این یافته با نتایج بارنس و همکاران (۲۰۲۵) و کوجوکارو و همکاران (۲۰۲۴) ناهمسو بود. این ناهمسویی می‌تواند به ویژگی‌های نمونه‌ها، بافت فرهنگی و نحوه اجرای پروتکل‌ها نسبت داده شود؛ در این پژوهش نمونه‌ها بیماران ایرانی با تشخیص قطعی فیبرومیالژیا بودند و درمان‌ها به‌صورت گروهی و حضوری اجرا شد، در حالی که پژوهش‌های پیشین غالباً شامل نمونه‌های غیربالینی یا روش‌های فردی/آنلاین بودند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که CBT به‌صورت هدفمند و مستقیم بر افکار فاجعه‌بار و چرخه‌های نگرانی بیماران فیبرومیالژیا متمرکز است و از طریق بازسازی شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای و تغییر رفتارهای مرتبط با اضطراب، کاهش علائم را به‌طور مستقیم تسهیل می‌کند (زینچوک و همکاران، ۲۰۲۵). به عبارت دیگر، CBT با دستکاری شناخت‌ها و رفتارهای مرتبط با اضطراب، مسیر تغییر را کوتاه‌تر و اثرگذاری را سریع‌تر می‌کند. در مقابل، ACT بر پذیرش تجربیات درونی، کاهش اجتناب هیجانی و تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تمرکز دارد و تغییرات ایجادشده در اضطراب اغلب غیرمستقیم و تدریجی هستند. به عبارت دیگر، ACT با افزایش ظرفیت فرد برای تحمل و مدیریت افکار و هیجانات اضطرابی، مسیر کاهش علائم را از طریق تنظیم کلی روان‌شناختی هموار می‌کند، که ممکن است در مراحل اولیه درمان تأثیر کمتری بر شدت علائم اضطرابی نشان دهد (کوجوکارو و همکاران، ۲۰۲۴). این یافته نشان می‌دهد که برای کاهش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

سریع و مستقیم علائم اضطراب در بیماران فیبرومیالژیا، مداخلات متمرکز بر CBT ممکن است اثربخشی بالاتری داشته باشند، در حالی که رویکردهایی مانند ACT با هدف ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تغییرات پایدارتر و غیرمستقیم ایجاد می‌کنند.

یافته نهایی پژوهش نشان داد که هر دو درمان CBT و ACT بر بهبود کیفیت خواب بیماران فیبرومیالژیا اثربخش بوده‌اند، اما درمان شناختی-رفتاری در بهبود کیفیت خواب نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر بوده است. این یافته با نتایج بارنس و همکاران (۲۰۲۵) و کوجوکارو و همکاران (۲۰۲۴) ناهمسو بود. این ناهمسویی می‌تواند ناشی از تفاوت در ویژگی‌های نمونه‌ها از جمله شدت اولیه اختلال خواب، مدت ابتلا به بیماری و ترکیب جنسیتی شرکت‌کنندگان باشد، چرا که نمونه حاضر شامل بیماران ایرانی با تشخیص قطعی و غالباً زنان میانسال بود که ممکن است ویژگی‌های فرهنگی و رفتاری خاصی در الگوهای خواب و پاسخ به درمان داشته باشند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اثربخشی بیشتر CBT در بهبود کیفیت خواب، به تمرکز مستقیم این رویکرد بر روی رفتارهای مرتبط با خواب و شناخت‌های ناکارآمد مربوط است. CBT به بیماران تکنیک‌های مشخص و ساختاریافته‌ای مانند کنترل محرک و محدودیت خواب را آموزش می‌دهد که به صورت مستقیم به بهبود بهداشت خواب منجر می‌شود. از سوی دیگر، هرچند ACT با کاهش مقاومت در برابر بی‌خوابی به بهبود خواب کمک می‌کند، اما فاقد دستورالعمل‌های رفتاری خاصی است که به طور مستقیم برای مقابله با مشکلات خواب طراحی شده باشند (رستمی‌پور و همکاران، ۲۰۲۴). این یافته نشان می‌دهد که در مدیریت مشکلات عینی و رفتاری مانند بی‌خوابی، رویکردهای ساختاریافته‌تر و متمرکزتر مانند CBT می‌توانند نتایج بهتری به همراه داشته باشند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا مؤثر هستند، با این حال CBT در کاهش شدت اضطراب و بهبود مشکلات خواب از ACT اثربخش‌تر بود. اثرگذاری بیشتر CBT می‌تواند به تمرکز مستقیم و ساختاریافته این رویکرد بر اصلاح باورهای ناکارآمد و آموزش تکنیک‌های رفتاری هدفمند، مانند کنترل محرک، محدودیت خواب و آرام‌سازی نسبت داده شود، در حالی که ACT با تأکید بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش تجربیات ناخوشایند، تأثیری غیرمستقیم بر کاهش علائم دارد. بنابراین، هر یک از این درمان‌ها یا استفاده ترکیبی از آن‌ها می‌تواند به عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر در کنار درمان‌های غیردارویی مانند فیزیوتراپی و ورزش‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد و به ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران کمک کند.

مطالعه حاضر در نمونه محدودی از بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا به شیوه هدفمند انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت و این امر تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین، حجم نمونه نسبتاً کوچک و عدم کنترل برخی متغیرهای مزاحم و میانجی مانند شدت و مدت بیماری، ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، بافت فرهنگی و دوره‌های آموزشی، از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شوند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل‌شده تصادفی با حجم نمونه بزرگ‌تر و دوره پیگیری طولانی‌تر استفاده شود تا تعمیم‌پذیری و روایی نتایج افزایش یابد و اثرات بلندمدت مداخلات نیز بررسی شود. علاوه بر این، بررسی مکانیزم‌های اثرگذاری هر درمان و ارزیابی ترکیب CBT و ACT به صورت تلفیقی می‌تواند به ارائه برنامه‌های درمانی بهینه برای بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا منجر شود. از نظر کاربردی، استفاده از CBT به عنوان گزینه اولیه درمانی و بهره‌گیری از تکنیک‌های ACT برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توصیه می‌شود و می‌تواند به‌عنوان مداخلات مکمل روان‌شناختی در کنار درمان‌های غیردارویی و پزشکی به‌کار گرفته شود.

منابع

باقری شیخانگفشه، ف.، تاجبخش، خ.، و حسین خانزاده، ع. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر جهت‌گیری منفی، حساسیت اضطرابی، و شفقت به خود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. *مطالعات تغییر رفتار*، ۳، ۵۲. https://jbms.guilan.ac.ir/article_8906.html

جامعی نژاد، ف.، امیدیان، م.، و بساک نژاد، س. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت خواب، علائم خلقی و اضطراب و علائم اعتیاد به بازی آنلاین در نوجوانان وابسته به بازی آنلاین. *مجله رویش روانشناسی*، ۱۳(۴)، ۲۰- ۱۲. https://frooyesh.ir/article-1-5087-fa.html

حیدری، ع.، احتشام‌زاده، پ.، و مرعشی، م. (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب‌آلودگی و اختلال در سلامت با عملکرد تحصیلی در دختران. *روان‌شناسی فرهنگی زن*، ۴(۱)، ۶۵-۷۶. https://sanad.iau.ir/journal/jwc/Article/523533?jid=523533

ذوالفقاری، ح.، و اسماعیل زاده، ز. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر تشویش، نشخوار ذهنی و اختلالات خواب در ریتم شبانه روزی نوجوانان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی تجربی و شناختی*، ۱(۲)، ۹۳- ۷۴. https://www.quarterlyecp.com/index.php/ecp/article/view/87

کاویانی، ح.، و موسوی، الف. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲)، ۱۳۶-۱۴۰. http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]

نجفی دهاقانی، ج.، مکوندحسینی، ش.، و مهری نژاد، ق. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انسجام درونی، قدرت ایگو و علائم بیماری پانیک. *مجله رویش روانشناسی*، ۱۴(۱)، ۸۴- ۷۵. https://frooyesh.ir/article-1-5480-fa.html

Alaiti, R. K., Castro, J., Lee, H., Caneiro, J. P., Vlaeyen, J. W., Kamper, S. J., & Da Costa, M. F. (2022). What Are the Mechanisms of Action of Cognitive–Behavioral, Mind–Body, and Exercise-based Interventions for Pain and Disability in People With Chronic Primary Musculoskeletal Pain?: A Systematic Review of Mediation Studies From Randomized Controlled Trials. *The Clinical Journal of Pain*, *38*(7), 502-509. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001047

Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *2*(2), 191. https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.191

Burns, J. W., Lumley, M. A., Vowles, K. E., Jensen, M. P., Day, M. A., Schubiner, H., ... & You, D. S. (2025). Comparative main effects, mediators, and moderators of cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and emotional awareness and expression therapy for chronic spinal pain: Randomized controlled trial rationale and protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 101428. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2025.101428

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193-213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

Catella, S., Gendreau, R. M., Kraus, A. C., Vega, N., Rosenbluth, M. J., Soefje, S., ... & Arnold, L. M. (2024). Self-guided digital acceptance and commitment therapy for fibromyalgia management: results of a randomized, active-controlled, phase II pilot clinical trial. *Journal of behavioral medicine*, *47*(1), 27-42. https://doi.org/10.1007/s10865-023-00429-3

Chong, Y. Y., Chien, W. T., Mou, H., Ip, C. K., & Bressington, D. (2025). Acceptance and Commitment Therapy-based Lifestyle Counselling Program for people with early psychosis on physical activity: A pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, *275*, 1-13. https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.11.007

Çiçek, F., Uçar, İ., Seber, T., Demir, F. G. Ü., & Çiftçi, A. T. (2025). Investigation of the relationship of sleep disorder occurring in fibromyalgia with central nervous system and pineal gland volume. *Acta Neuropsychiatrica*, *37*, e17. https://doi.org/10.1017/neu.2024.49

Climent-Sanz, C., Hamilton, K. R., Martínez-Navarro, O., Briones-Vozmediano, E., Gracia-Lasheras, M., Fernández-Lago, H., ... & Finan, P. H. (2024). Fibromyalgia pain management effectiveness from the patient perspective: a qualitative evidence synthesis. *Disability and rehabilitation*, *46*(20), 4595-4610. https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2280057

Cojocaru, C. M., Popa, C. O., Schenk, A., Suciu, B. A., & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Medicine and Pharmacy Reports*, *97*(1), 26. https://doi.org/10.15386/mpr-2661

De Clifford-Faugère, G., Nguefack, H. L. N., Godbout-Parent, M., Diallo, M. A., Guénette, L., Pagé, M. G., ... & Lacasse, A. (2024). The Medication Quantification Scale 4.0: An updated index based on prescribers' perceptions of the risk associated with chronic pain medications. *The Journal of Pain*, *25*(2), 508-521. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.010

Häuser, W., Fitzcharles, M. A., & Henningsen, P. (2025). Fibromyalgia syndrome—a bodily distress disorder/somatic symptom disorder?. *Pain reports*, *10*(1), e1223. https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001223

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press. https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000

Marshall, A., Rapteas, L., Burgess, J., Riley, D., Anson, M., Matsumoto, K., ... & Alam, U. (2024). Small fibre pathology, small fibre symptoms and pain in fibromyalgia syndrome. *Scientific Reports*, *14*(1), 3947. https://doi.org/10.1038/s41598-024-54365-6

Masubuchi, R., Kurahashi, K., & Satou, T. (2025). Investigation of the Clinical Application of Aromatherapy in the Treatment of Fibromyalgia Patients. *Natural Product Communications*, *20*(2), 1934578X251322308. https://doi.org/10.1177/1934578X251322308

Moretti, C., & Barker, K. K. (2024). Suffering without Remedy: The Medically Unexplained Symptoms of Fibromyalgia Syndrome and Long COVID. *Social Sciences*, *13*(9), 450. https://doi.org/10.3390/socsci13090450

Mosher, C. E., Lee, S., Addington, E. L., Park, S., Lewson, A. B., Snyder, S., ... & Johns, S. A. (2025). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for fatigue interference with functioning in metastatic breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *43*(6), 662-671. https://doi.org/10.1200/JCO.24.00965

Navarro-Ledesma, S., Hamed-Hamed, D., Gonzalez-Muñoz, A., & Pruimboom, L. (2024). Impact of physical therapy techniques and common interventions on sleep quality in patients with chronic pain: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, *76*, 101937. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2024.101937

Rostamipour, N., Rezaeinasab, F., Madani Javnqala, M., Savabi Niri, V., & Bourbour, Z. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Anxiety, Perfectionism, and Aggression of Women with Fibromyalgia. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, *9*(3), 1070-1080. https://doi.org/10.22034/IJMPP.9.3.1070

Singh, R., Rai, N. K., Pathak, A., Rai, J., Pakhare, A., Kashyap, P. V., ... & Mudda, S. (2024). Impact of fibromyalgia severity on patients mood, sleep quality, and quality of life. *Journal of neurosciences in rural practice*, *15*(2), 320. https://doi.org/10.25259/JNRP_14_2024

Thorn, B. E., Day, M. A., Burns, J., Kuhajda, M. C., Gaskins, S. W., Sweeney, K., ... & Cabbil, C. (2011). Randomized trial of group cognitive behavioral therapy compared with a pain education control for low-literacy rural people with chronic pain. *Pain*, *152*(12), 2710-2720. https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.007

Wie, C., Dunn, T., Sperry, J., Strand, N., Dawodu, A., Freeman, J., ... & Maloney, J. (2025). Cognitive Behavioral Therapy and Biofeedback. *Current Pain and Headache Reports*, *29*(1), 23. https://doi.org/10.1007/s11916-024-01348-x

Ye, L., Li, Y., Deng, Q., Zhao, X., Zhong, L., & Yang, L. (2024). Acceptance and commitment therapy for patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis on psychological outcomes and quality of life. *PloS one*, *19*(6), e0301226. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301226

Zinchuk, M., Kustov, G., Tumurov, D., Zhuravlev, D., Bryzgalova, Y., Spryshkova, M., ... & Guekht, A. (2025). Fibromyalgia in patients with non-psychotic mental disorders: Prevalence, associated factors and validation of a brief screening instrument. *European Journal of Pain*, *29*(2), e4730. https://doi.org/10.1002/ejp.4730

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.191]