

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر
دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم

Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and
mindfulness-based cognitive therapy on difficulties in emotion regulation difficulties
and sleep quality in women with asthma

Fakhro Sadat Kazemi

Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C.,
Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Dr. Sheida Sodagar

Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C.,
Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Dr. Biuok Tajeri *

Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C.,
Islamic Azad University, Karaj, Iran.

biuok.tajeri@kiaou.ac.ir

Dr. Alireza Shokrgozar

Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C.,
Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Dr. Marzieh Tavakol

Non-Communicable Diseases Research Center,
Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

فخرالسادات کاظمی

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 بیوک تاجری (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

دکتر علیرضا شکرگزار

گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

دکتر مرضیه توکل

مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on difficulties in emotion regulation and sleep quality in women with asthma. This research employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and control groups and a three-month follow-up period. The statistical population included female patients with asthma who attended the Allergy Diseases Specialty Clinic of Imam Ali Hospital in Karaj in 2024. Using a purposive sampling method, 45 participants were selected and randomly assigned to three groups: experimental group 1 (n=15), experimental group 2 (n=15), and control group (n=15). Data were collected using the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz and Roemer, 2004) and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989). Each experimental group received eight weekly group intervention sessions. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results showed that the scores of emotion regulation difficulties and sleep quality differed significantly across the pre-test, post-test, and follow-up stages ($p < 0.01$). The findings also indicated that there was no significant difference between the two therapy groups over time ($p > 0.05$). Based on the above findings, it can be concluded that both interventions are effective in improving emotion regulation difficulties and sleep quality in women with asthma.

Keywords: Difficulties in Emotion Regulation, Sleep Quality, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Asthma.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به آسم مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیماری‌های آلرژی بیمارستان امام علی (ع) شهر کرج در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آن‌ها، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS؛ گراتز و رومر، ۲۰۰۴) و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI؛ بويس و همکاران، ۱۹۸۹) استفاده شد. گروه‌های آزمایش هر یک به مدت ۸ جلسه گروهی هفتگی مداخله را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که نمرات دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشتند ($p < 0.01$). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو گروه درمانی در طول زمان تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله در بهبود دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم مؤثر هستند.

واژه‌های کلیدی: دشواری در تنظیم هیجان، کیفیت خواب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، آسم.

مقدمه

شیوع فزاینده بیماری‌های مزمن در جهان، چالشی مهم برای نظام‌های بهداشتی و سلامت عمومی است (برناب^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). شیوع آسم در جهان افزایش چشمگیری داشته و در سال ۲۰۲۵ بیش از دو برابر دو دهه گذشته گزارش شده است (خو^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). برای مثال، شیوع این بیماری در آمریکا ۶/۷ درصد، در انگلستان ۱۰ درصد، و در کشورهای اروپایی نظیر فرانسه، آلمان، ایتالیا و اسپانیا بین ۴/۴ تا ۴/۸ درصد برآورد شده است (خان^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). در ایران نیز بین ۳/۹ تا ۱۳/۱۴ درصد برآورد شده است (پوریوسف و همکاران، ۲۰۲۵). این آمارها، اهمیت توجه به ابعاد مختلف مدیریت و درمان این بیماری را دوچندان می‌کند.

آسم یک بیماری التهابی مزمن مجاری هوایی است که علاوه بر اختلال فیزیولوژیکی، کیفیت زندگی و سلامت روان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (کولین^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). تنظیم هیجان فرآیندی است که طی آن افراد هیجان‌های خود را شناسایی، درک و مدیریت می‌کنند تا پاسخ‌هایشان با نیازهای محیطی سازگار شود (لاوباچر^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). بیماران آسمی اغلب در این توانایی دچار مشکل‌اند که تعامل اجتماعی و سلامت روان آنان را مختل می‌کند (لاوباچر و همکاران، ۲۰۲۴). این مسئله اهمیت تنظیم هیجان را دوچندان می‌کند، زیرا علاوه بر حفظ تعادل هیجانی و روابط اجتماعی، بر مدیریت علائم و پیامدهای بیماری مؤثر است. به‌عنوان مثال، شزربا^۶ و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند علائم آسم را تشدید کند و عامل خطر ثانویه بیماری باشد.

در کنار دشواری در تنظیم هیجان، افت کیفیت خواب^۷ نیز در بیماران آسمی شایع است و بیش از دو سوم آن‌ها مشکلاتی در خواب دارند (چهری و همکاران، ۱۳۹۳). خواب ناکافی در بیماران آسمی موجب کاهش کارکرد جسمی و روانی و افزایش تحریک‌پذیری هیجانی می‌شود (خان^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). فراتحلیل لیو^۹ و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان داد که اختلالات خواب، از جمله بی‌خوابی و کیفیت پایین خواب، با افزایش شیوع و شدت آسم ارتباط دارند. با این حال، لاول^{۱۰} (۲۰۲۵) گزارش کرد که درمان‌های دارویی رایج آسم غالباً ابعاد روانی و کیفیت خواب بیماران را در نظر نمی‌گیرند. این خلأ موجب توجه بیشتر به درمان‌های روان‌شناختی مکمل شده است.

در این راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۱} (ACT) به‌عنوان یکی از مداخلات نسل سوم روان‌درمانی، با تمرکز بر پذیرش تجربیات ناخوشایند، حضور در لحظه و حرکت به سوی ارزش‌های شخصی، انعطاف‌پذیری روانی را افزایش داده و به مقابله بهتر با درد، بیماری و فشارهای روانی کمک می‌کند (ایستوود و گادفری^{۱۲}، ۲۰۲۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ACT می‌تواند کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اضطراب، افسردگی و اختلالات خواب را در بیماران مبتلا به سرطان بهبود بخشد (ژانگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴) و در کاهش پریشانی و بهبود هیجانات مثبت نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی نقش موثری ایفا کند (کیم^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۵). لذا، ACT می‌تواند بستر مناسبی برای بهبود دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب مبتلایان به بیماری‌های مزمن باشد.

در مقابل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۵} (MBCT) که یکی دیگر از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری است که با تقویت آگاهی غیرقضاوتی و پذیرش افکار و احساسات در لحظه (رودریگز^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۵)، به افراد کمک می‌کند تا از چرخه‌های فکری و هیجانی ناسازگار فاصله گرفته و مهارت‌های تنظیم هیجان خود را بهبود دهند (گکینتون^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که MBCT می‌تواند دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب را بهبود دهد؛ به‌عنوان مثال، جوادزاده و همکاران (۲۰۲۴) گزارش

1. Bernabe

2. Xu

3. Khan

4. Kollin

5. Laubacher

6. Szczesba

7. sleep quality

8. Khan

9. Liu

10. Lovell

11. therapy based on acceptance and commitment

12. Eastwood & Godfrey

13. Zhang

14. Kim

15. mindfulness-based cognitive therapy

16. Rodrigues

17. Gkintoni

کردند که MBCT موجب بهبود دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب می‌شود. توصیفیان و همکاران (۲۰۲۵) نیز بهبود چشمگیر در توانایی تنظیم هیجانات و کاهش اضطراب در زنان مبتلا به سرطان پستان را پس از آموزش ذهن‌آگاهی تأیید کردند.

اگرچه هر دو روش درمانی اثربخشی قابل‌توجهی دارند، اما تفاوت‌هایی اساسی در هدف‌گذاری و فرایندهای درمانی آن‌ها وجود دارد؛ در حالی که ACT بر ترغیب به رفتارهای متعهدانه بر اساس ارزش‌های فردی تمرکز دارد، MBCT عمدتاً به کاهش علائم روان‌شناختی و مهارت‌های آگاهی ذهنی تأکید می‌کند (گکینتونی و همکاران، ۲۰۲۵). میرزایی و همکاران (۲۰۲۵) و ناصری و همکاران (۲۰۲۴) نیز به اثربخشی ACT و MBCT بر بهبود شاخص‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های قلبی-عروقی اشاره داشتند، با این حال، برخی از آن‌ها تفاوت معناداری بین اثربخشی دو رویکرد مشاهده نکردند.

با وجود شواهد قابل‌توجه درباره اثربخشی ACT و MBCT، پژوهش‌های مقایسه‌ای مستقیم بر بیماران مبتلا به آسم محدود است و بیشتر مطالعات پیشین روی جمعیت‌های مبتلا به افسردگی، اضطراب یا سرطان تمرکز داشته‌اند. همچنین، ابهام‌هایی درباره پایداری اثرات این دو مداخله و مقایسه توانایی آن‌ها در تعدیل تغییرات هیجانی و فیزیولوژیکی مرتبط با آسم وجود دارد. این خلأ پژوهشی موجب شده است تا شناخت ما از سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران آسمی ناقص بماند. پژوهش حاضر با مقایسه اثربخشی دو رویکرد ACT و MBCT در زنان مبتلا به آسم، به بررسی تأثیر این مداخلات بر دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب و پایداری اثرات آن‌ها می‌پردازد. نتایج می‌تواند ابهامات مربوط به کارایی نسبی درمان‌های نسل سوم روان‌شناختی را روشن کرده و مبنایی برای طراحی برنامه‌های تلفیقی دارویی-روان‌شناختی و تدوین پروتکل‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش فراهم کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب در مبتلایان به آسم بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به آسم مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیماری‌های آلرژی بیمارستان امام علی(ع) شهر کرج در سال 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. بنابراین، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی آسم توسط پزشک متخصص، سن ۲۰ تا ۴۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش و عدم سابقه بیماری روان‌شناختی یا جسمی دیگر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم دریافت همزمان سایر درمان‌های روان‌شناختی براساس اظهارنظر شخصی شرکت‌کننده بود. ملاک‌های خروج نیز شامل شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به‌صورت همزمان، غیبت بیش از دو جلسه در طول اجرای مداخله، نیاز به بستری، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی 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 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. 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. در نهایت، تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۱ (DERS): این مقیاس توسط گراتز و رومر^۲ (۲۰۰۴) ساخته شده و یک شاخص خودگزارشی برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان است. پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و شش عامل است: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۶ سؤال)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۵ سؤال)، دشواری در کنترل تکانه (۶ سؤال)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ سؤال)، دسترسی محدود به

1. the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

2. Gratz & Roemer

راهنمادهای تنظیم هیجان (۸ سؤال) و فقدان وضوح هیجانی (۵ سؤال). هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی به ندرت) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شود. بنابراین، نمره کل مقیاس بین ۳۶ تا ۱۸۰ متغیر است؛ نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان و نمرات پایین تر بیانگر توانایی بهتر در مدیریت و تنظیم هیجان‌ها هستند. لازم به ذکر است که سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. گراتز و رومر (۲۰۰۴) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی در بازه زمانی دو هفته‌ای ۰/۸۸ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین، روایی همگرا این مقیاس را با نمره مقیاس اجتناب هیجانی ۰/۶۰ گزارش کردند. بشارت (۱۳۹۷) در بررسی پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان، ضرابی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ را در فاصله ۴ تا ۶ هفته به دست آورد. در بررسی روایی همگرا و افتراقی نشان دادند که این مقیاس با بهزیستی روان شناختی (۰/۵۳-)، راهنمادهای رشد یافته تنظیم شناختی هیجان (۰/۴۷-) و عاطفه مثبت (۰/۴۵-) همبستگی منفی معنادار و با درماندگی روان شناختی (۰/۴۴-)، راهنمادهای رشد یافته تنظیم شناختی هیجان (۰/۵۱-) و عاطفه منفی (۰/۴۶-) همبستگی مثبت دارد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ (PSQI): این پرسشنامه توسط بویس^۲ و همکاران (۱۹۸۹) برای سنجش کیفیت خواب تدوین شده و شامل ۱۹ گویه است. ابزار مذکور دارای هفت زیرمقیاس است که عبارتند 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) نمره گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت خواب پایین تر است. در نسخه اصلی پرسشنامه، روایی تشخیصی برای نمره کلی بیش از ۵ گزارش شد؛ به گونه‌ای 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 آمد و پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد (بویس و همکاران، ۱۹۸۹). در ایران نیز، حیدری و همکاران (۱۳۸۹) روایی همگرای این پرسشنامه را در مقایسه با پرسشنامه شدت بی خوابی به دست آوردند (۳۵-۰/۳) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر پروتکل درمانی هیز و استروسال^۳ (۲۰۱۱) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از پروتکل درمانی سگال^۴ و همکاران (۲۰۰۲) در ۸ جلسه آموزشی-درمانی ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت گروهی و هفتگی ارائه شد. خلاصه محتوای جلسات آموزشی-درمانی این پروتکل‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی-درمانی

جلسه	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
اول	هدف: ایجاد ارتباط اولیه و معرفی اعضا. موضوع: معرفی قواعد درمان (انجام به موقع تکالیف، تعهد به حضور و همکاری)، مرور کلی اهداف درمان، بیان ارزش‌های بالقوه و بررسی درمان‌های گذشته.	برقراری رابطه درمانی، پاسخ به پرسش‌ها و بستن قرارداد درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، هدف: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا، باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از فن (کشمش).
دوم	هدف: افزایش آگاهی و شروع تغییر رفتار. موضوع: مرور تکالیف، تمرین ذهن آگاهی (اسکن بدن و تمرکز بر تنفس و اعضای بدن)، بررسی رابطه میان درد، خلق و عملکرد، ارائه تکالیف خانگی.	هدف: توجه به احساسات و افکار، گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، موضوع: پی بردن به ذهن سرگردان، تمرین توجه به بدن (فیزیکی و احساسی)، توجه به تنفس، یادگرفتن انجام امور روزمره همراه با توجه کردن به آن‌ها.
سوم	هدف: شفاف سازی ارزش‌ها. موضوع: مرور تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، استفاده از استعاره‌ها (مراسم دفن، سفر طولانی)، کشف ارزش‌های زندگی شرکت کنندگان، ارائه تکالیف.	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند.

1. the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

2. Buysse

3. Hayes & Strosahl

4. Segal

چهارم	هدف: بررسی موانع دستیابی به ارزش‌ها. موضوع: مرور تکالیف، تمرین ذهن‌آگاهی (برگ‌های شناور روی آب)، بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی‌شده، شناسایی موانع تحقق ارزش‌ها، تعیین اهداف متناسب با ارزش‌ها.	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی، موضوع: یادگرفتن اینکه بدون قرار و دوری کردن از افکار و احساسات در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تقویت عمل متعهدانه. موضوع: مرور تکلیف و گزارش پیشرفت، طرح‌ریزی اقدامات لازم برای رسیدن به ارزش‌ها، تمرین ذهن‌آگاهی (مشاهده افکار مانند تصاویر روی صفحه نمایش)، آموزش عمل متعهدانه، ارائه تکالیف.	هدف: تغییر عادت‌های قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، قرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه، موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: افزایش انعطاف‌پذیری روانی. موضوع: مرور تکالیف، تمرین یکنواخت‌سازی حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین «توبوس پر از مسافر»، تمرین ذهن‌آگاهی عمومی، شناسایی موانع عمل متعهدانه و راهکارهای مقابله.	هدف: آگاه شدن از علائم هشدار دهنده بهزیستی روان‌شناختی، موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم	هدف: افزایش تمایل برای حرکت در مسیر ارزش‌ها. موضوع: مرور تکالیف، استفاده از استعاره‌ها برای بررسی موانع، تمرین پرش و خودمشاهده‌گری، تمرین‌های ذهن‌آگاهی پیشرفته.	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق، موضوع: هوشیار بودن از نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی، موضوع: برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.
هشتم	هدف: جمع‌بندی و تعهد به ادامه مسیر. موضوع: مرور روند درمان، شناسایی موقعیت‌های پرخطر، تقویت عمل متعهدانه، پیشگیری از عود، خداحافظی و ارزیابی پیشرفت‌ها.	هدف: تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره. موضوع: برنامه‌ریزی برای آینده، استفاده از فنون ذهن‌آگاهی در جریان زندگی و جمع‌بندی جلسات. در پایان این جلسه، پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل سه گروه ۱۵ نفری بود که در گروه ACT، ۵ نفر (۲۴ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۱۱ نفر (۶۶ درصد) ۳۱ سال و بالاتر بودند، در گروه MBCT، ۶ نفر (۴۰ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۹ نفر (۶۰ درصد) ۳۱ سال و بالاتر قرار داشتند و در گروه کنترل، ۵ نفر (۲۴ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۱۰ نفر (۶۶ درصد) ۳۱ سال و بالاتر بودند. درباره وضعیت تأهل، در گروه ACT، ۱۱ نفر (۷۴ درصد) متأهل و ۴ نفر (۲۶ درصد) مجرد مطلقه بودند؛ در گروه MBCT، ۹ نفر (۶۰ درصد) متأهل و ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد مطلقه و در گروه کنترل، ۱۰ نفر (۶۶ درصد) متأهل و ۵ نفر (۳۴ درصد) مجرد مطلقه بودند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه ACT، ۵ نفر (۳۴ درصد) ابتدایی، ۸ نفر (۵۲ درصد) متوسطه و ۲ نفر (۱۴ درصد) کاردانی-کارشناسی داشتند؛ در گروه MBCT، ۵ نفر (۳۴ درصد) ابتدایی، ۷ نفر (۴۶ درصد) متوسطه و ۳ نفر (۲۰ درصد) کاردانی-کارشناسی و در گروه کنترل، ۴ نفر (۲۴ درصد) ابتدایی، ۱۰ نفر (۶۰ درصد) متوسطه و ۲ نفر (۱۴ درصد) کاردانی-کارشناسی بودند. میانگین سنی بیماران در گروه ACT، $34/86 \pm 5/84$ سال، در گروه MBCT، $35/0 \pm 6/59$ سال و در گروه کنترل، $34/80 \pm 5/65$ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$). جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه	مرحله اندازه‌گیری			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	گروه پذیرش و تعهد	۱۰۵/۳۲	۱۳/۱۳	۷۹/۵۰	۱۳/۰۲
	گروه ذهن‌آگاهی	۱۰۵/۵۸	۱۵/۸۱	۸۳/۵۸	۱۴/۰۷
	کنترل	۱۰۲/۲۹	۱۴/۵۲	۱۰۲/۲۴	۱۴/۴۶
کیفیت خواب	گروه پذیرش و تعهد	۲۲/۱۷	۸/۸۰	۹/۳۸	۵/۵۸
				۸/۷۶	۱۰۲/۵۱
				۸۲/۳۲	۷۷/۲۲
				۱۲/۰۳	۱۴/۳۵
				۶/۰۹	۱۴/۲۰

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم
Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on ...

۶/۶۳	۹/۷۲	۶/۴۴	۱۰/۶۹	۸/۶۲	۲۱/۹۹	گروه ذهن آگاهی
۹/۰۶	۲۳/۱۸	۹/۱۸	۲۳/۱۱	۹/۸۳	۲۲/۱۲	کنترل

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود بعد از اعمال مداخلات درمانی-آموزشی در بیماران مبتلا به آسم گروه‌های آزمایشی میانگین دشواری در تنظیم هیجان 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 شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات تنظیم هیجان و کیفیت خواب سه گروه در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری ($p > 0.05$)، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های تنظیم هیجان در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F=1/18, p=0/381$)، پس‌آزمون ($F=1/75, p=0/186$) و پیگیری ($F=1/14, p=0/330$) و کیفیت خواب در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F=1/41, p=0/275$)، پس‌آزمون ($F=1/72, p=0/317$) و پیگیری ($F=1/13, p=0/209$) در جامعه و از آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس تنظیم هیجان ($F=1/16, p=0/379$) و کیفیت خواب ($F=1/01, p=0/481$)، 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 تنظیم هیجان ($W=0/24, p=0/721$) و کیفیت خواب ($W=0/13, p=0/866$) 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 تنظیم هیجان ($F=21/22, p<0/01$) و کیفیت خواب ($F=14/95, p<0/01$) معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان داد که ۵۱ درصد و ۴۲ درصد واریانس نمرات برای این متغیرها به ترتیب ذکر شده مربوط به عضویت گروهی است. 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)
تنظیم هیجان	زمان	۲۳۱۵/۱۹	۱	۲۳۱۵/۱۹	۲۳۲/۱۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	اثر درون‌گروهی	زمان×گروه	۲	۱۸۲۶/۶۴	۶۰/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	خطا	۸۹۱/۹۲	۴۲	۲۱/۲۴			
	اثر بین‌گروهی	گروه	۲	۲۰۱۶/۸۲	۲۲/۱۰۸	۰/۰۰۳	۰/۴۱
	خطا	۷۰۸/۵۲	۴۲	۳۵۴/۲۶			
	زمان	۱۱۲۳/۰۹	۱	۱۱۲۳/۰۹	۱۱۸/۹۳۳	۰/۰۰۳	۰/۳۹
کیفیت خواب	اثر درون‌گروهی	زمان×گروه	۲	۷۶۱/۷۳	۳۸/۱۶۴	۰/۰۰۶	۰/۳۵
	خطا	۲۱۱/۲۰	۴۲	۵/۰۳			
	اثر بین‌گروهی	گروه	۲	۱۴۲۲/۴۸	۳۰/۹۷۴	۰/۰۰۵	۰/۳۰
	خطا	۵۸۹/۱۱	۴۲	۱۴/۰۳			

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، منبع زمان در متغیرهای تنظیم هیجان و کیفیت خواب معنادار شده است ($p<0/01$). همچنین بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($p<0/01$)، در اثر گروه نیز مشخص شد در متغیرهای تنظیم هیجان و کیفیت خواب بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/01$)، 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 سه گانه اندازه گیری

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
تنظیم هیجان	پیش آزمون	پس آزمون	۱۵/۹۷۸	۱/۰۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۷/۰۶۷	۱/۰۸۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۰۸۹	۰/۳۲۶	۰/۰۸۵
کیفیت خواب	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۷۳۳	۰/۶۹۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۸/۲۴۴	۰/۷۴۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۱۱	۰/۱۶۴	۰/۱۰۸

جدول ۴ نشان می دهد که تفاوت میانگین بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون ($p < 0/01$) و پیگیری ($p < 0/01$) برای تنظیم هیجان و کیفیت خواب معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری این متغیرها معنادار نیست ($p > 0/05$). از در ادامه به بررسی تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی پرداخته شده است (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
تنظیم هیجان	گروه پذیرش و تعهد	گروه ذهن آگاهی	-۳/۱۱۱	۲/۳۷۷	۰/۵۹۳
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۱۴/۹۷۸	۲/۳۷۷	۰/۰۰۱
	گروه ذهن آگاهی	کنترل	-۱۱/۸۶۷	۲/۳۷۷	۰/۰۰۱
کیفیت خواب	گروه پذیرش و تعهد	گروه ذهن آگاهی	-۰/۷۳۳	۱/۳۲۲	۱/۰۰۰
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۳۵۶*	۱/۳۲۲	۰/۰۰۱
	گروه ذهن آگاهی	کنترل	-۸/۶۲۲*	۱/۳۲۲	۰/۰۰۱

طبق جدول ۵ تفاوت میانگین بین گروه های درمانی در تنظیم هیجان و کیفیت خواب معنادار نیست ($p > 0/05$)، به این معنا که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش دشواری در تنظیم هیجان و مشکلات خواب بیماران مبتلا به آسم تفاوتی وجود ندارد. البته، تفاوت میانگین های بین گروه های درمانی با گروه کنترل در تنظیم هیجان و کیفیت خواب معنی دار است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت خواب در زنان مبتلا به آسم بود. نتایج نشان داد هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم شدند و این تغییر در گروه کنترل مشاهده نشد. یافته اول پژوهش نشان داد که ACT در کاهش دشواری در تنظیم هیجان در بیماران آسمی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج کیم و همکاران (۲۰۲۵) و میرزایی و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که زنان مبتلا به آسم با تجربه محدودیت های تنفسی، درد و نوسانات علائم جسمانی مواجه هستند که به صورت مستقیم بر وضعیت هیجانی آن ها تأثیر می گذارد و می تواند منجر به افزایش اضطراب، خشم و احساس ناتوانی در مدیریت هیجانات شود (کولین و همکاران، ۲۰۲۵). ACT با تمرکز بر پذیرش بدون قضاوت تجربیات ناخوشایند به بیماران می آموزد که به جای صرف انرژی روانی برای سرکوب یا اجتناب از هیجانات منفی، آن ها را مشاهده و بپذیرند. این فرآیند باعث کاهش مبارزه ذهنی و مقاومت روانی در برابر هیجانات منفی مرتبط با نوسانات علائم آسم می شود و امکان هدایت انرژی روانی آزاد شده به سمت رفتارهای متعهدانه و مبتنی بر ارزش های شخصی را فراهم می آورد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۵). به طور خاص، این مکانیسم برای بیماران آسمی اهمیت دارد، زیرا تمرکز بر ارزش ها و فعالیت های هدفمند به آن ها کمک می کند که در مواجهه با اضطراب

ناشی از علائم بیماری و محدودیت‌های فیزیکی، پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم و کنترل کنند. در نتیجه، توانایی بیماران در مواجهه سازگارانه با هیجانات منفی افزایش می‌یابد و دشواری‌های تنظیم هیجان کاهش می‌یابد، که این امر بهبود کیفیت زندگی و کاهش فشار روانی ناشی از بیماری را تسهیل می‌کند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که MBCT در کاهش دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به آسم مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های گکینتونی و همکاران (۲۰۲۵) و توصیفیان و همکاران (۲۰۲۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران مبتلا به آسم معمولاً در معرض چرخه‌های فکری تکراری و ناسازگار مانند نگرانی مداوم از شدت علائم، پیش‌بینی تشدید حملات آسم و اضطراب درباره پیامدهای بیماری هستند (لاوباچر و همکاران، ۲۰۲۴). این نشخوار فکری باعث افزایش واکنش‌های هیجانی منفی و کاهش توانایی کنترل هیجان‌ها می‌شود. MBCT با آموزش تکنیک‌های آگاهی غیرقضاوتی و تمرکز بر لحظه حال به بیماران می‌آموزد که افکار و احساسات مرتبط با علائم بیماری را بدون قضاوت و دخالت فعالانه مشاهده کنند. این فرآیند باعث می‌شود بیماران کمتر درگیر چرخه‌های فکری و هیجانی مخرب شوند، واکنش‌پذیری هیجانی کاهش یابد و الگوهای ناسازگار هیجانی شناسایی شوند (گکینتونی و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، تمرین‌های ذهن آگاهی باعث می‌شود بیمار توانایی مدیریت اضطراب و هیجانات منفی مرتبط با علائم آسم را به صورت لحظه‌ای افزایش دهد و انرژی روانی خود را به جای صرف برای مقاومت یا اجتناب، به استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه و تنظیم هیجان مؤثر هدایت کند. به این ترتیب، MBCT به بیماران آسمی کمک می‌کند که نوسانات هیجانی ناشی از علائم فیزیکی و محدودیت‌های عملکردی را با حضور در لحظه و پذیرش آگاهانه تجربه کنند و در نتیجه دشواری‌های تنظیم هیجان کاهش یابد و کیفیت زندگی روان‌شناختی آن‌ها بهبود یابد.

یافته سوم این پژوهش نشان داد که بین اثربخشی ACT و MBCT بر دشواری تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج میرزایی و همکاران (۲۰۲۵) و ناصری و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هر دو روش، به عنوان رویکردهای موج سوم روان‌درمانی، بر ارتقای آگاهی لحظه‌ای، پذیرش تجربیات هیجانی ناخوشایند و کاهش اجتناب ذهنی تمرکز دارند (هیز و همکاران، ۲۰۰۹). در بیماران آسمی، دشواری تنظیم هیجان غالباً ناشی از واکنش‌های شدید نسبت به علائم جسمانی، نگرانی مداوم از تشدید بیماری و احساس محدودیت در فعالیت‌های روزمره است (لاوباچر و همکاران، ۲۰۲۴). ACT با تمرکز بر عمل متعهدانه مطابق ارزش‌های فردی و MBCT با تمرکز بر تمرین ذهن آگاهی و مشاهده غیرقضاوتی افکار و هیجانات، هر دو بیماران را قادر می‌سازند تا از چرخه‌های هیجانی ناسازگار فاصله بگیرند، واکنش‌های خودکار منفی را کاهش دهند و انرژی روانی خود را به سمت رفتارهای تنظیم‌کننده هدایت کنند (میرزایی و همکاران، ۲۰۲۵). به این ترتیب، اگرچه تمرکز ACT بیشتر بر عمل مبتنی بر ارزش‌ها و MBCT بر کاهش نشخوار فکری و افزایش آگاهی ذهنی است، هر دو مسیر درمانی با ارتقای انعطاف‌پذیری هیجانی و توانایی مواجهه سازگارانه با هیجانات ناشی از علائم آسم، منجر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان می‌شوند.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که ACT در بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به آسم اثربخش است. این یافته با نتایج ژانگ و همکاران (۲۰۲۴) و کیم و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. اثربخشی ACT بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به آسم را می‌توان از طریق کاهش اجتناب شناختی و رفتاری و افزایش انعطاف‌پذیری روانی توضیح داد. در این بیماران، مشکلات خواب اغلب ناشی از واکنش‌های هیجانی منفی به علائم آسم، نگرانی از تشدید بیماری و حساسیت به تغییرات فیزیولوژیک بدن است که می‌تواند کیفیت خواب را کاهش دهد (خان و همکاران، ۲۰۲۳). ACT به افراد می‌آموزد که به جای مقاومت یا تلاش برای کنترل شرایط خواب، تجربه‌های جسمی و ذهنی مرتبط با خواب را بدون قضاوت بپذیرند و انرژی خود را به سمت رفتارهای ارزشمند و آرامش‌بخش هدایت کنند، مانند رعایت برنامه منظم خواب، تکنیک‌های تنفسی و توجه کامل به لحظه حاضر. این فرآیند سطح اضطراب عملکردی و درگیری ذهنی با مشکلات خواب را کاهش داده و توانایی فرد در داشتن خواب منظم و با کیفیت را افزایش می‌دهد. در نتیجه، بهبود کیفیت خواب بیماران، نه از طریق سرکوب افکار یا کنترل مستقیم خواب، بلکه از طریق پذیرش تجربیات هیجانی و تمرکز بر رفتارهای تنظیم‌کننده و سازگارانه حاصل می‌شود (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ کیم و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته‌های بعد پژوهش نشان دادند که MBCT نیز در بهبود کیفیت خواب بیماران آسمی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج جوادزاده و همکاران (۲۰۲۴) و توصیفیان و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. مکانیسم اثر MBCT در این زمینه از طریق کاهش نشخوار فکری، کاهش اضطراب مرتبط با علائم آسم و افزایش تمرکز بر تجربه‌های لحظه‌ای بدن و تنفس توضیح داده می‌شود. بیماران آسمی معمولاً پیش از خواب با افکار نگران‌کننده درباره وضعیت تنفسی و پیامدهای بیماری درگیر هستند که موجب برانگیختگی ذهنی و کاهش

کیفیت خواب می‌شود (لاوباچر و همکاران، ۲۰۲۴). MBCT با آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و حضور غیرقضاوتی در لحظه حال به بیماران کمک می‌کند تا این افکار را بدون درگیر شدن با آن‌ها مشاهده کنند و تمرکز خود را بر نشانه‌های فیزیکی و تنفسی معطوف نمایند. این فرآیند باعث کاهش فشار ذهنی، افزایش آرامش و توانایی گذر از افکار مزاحم قبل از خواب می‌شود و در نتیجه کیفیت خواب بهبود می‌یابد (گراوانته و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین اثربخشی ACT و MBCT در بهبود کیفیت خواب تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه به‌طور کلی با یافته‌های میرزایی و همکاران (۲۰۲۵) و ناصری و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو رویکرد ACT و MBCT به بهبود تنظیم هیجان و کیفیت خواب بیماران آسمی کمک می‌کنند، اما از طریق چارچوب‌ها و مکانیسم‌های متفاوت. ACT از طریق پذیرش تجربیات ناخوشایند، کاهش اجتناب ذهنی و تمرکز بر ارزش‌های شخصی، تاب‌آوری بیماران در مواجهه با فشارهای ناشی از بیماری مزمن و محدودیت‌های جسمانی را افزایش می‌دهد و توانایی مواجهه سازگارانه با هیجانات منفی را ارتقاء می‌دهد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۵). بیماران یاد می‌گیرند به جای سرکوب یا کنترل هیجانات، انرژی خود را به سمت رفتارهای متعهدانه و معنادار سوق دهند، که این امر موجب بهبود تنظیم هیجان و کاهش اضطراب مرتبط با بیماری می‌شود (کولین و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، MBCT با آموزش آگاهی غیرقضاوتی و حضور در لحظه حال، بیماران را قادر می‌سازد تا از چرخه‌های فکری ناسازگار مانند نشخوار فکری درباره علائم آسم یا نگرانی از آینده فاصله بگیرند. این فرآیند موجب کاهش برانگیختگی ذهنی و واکنش‌پذیری هیجانی می‌شود و زمینه را برای مواجهه سازگارانه با هیجانات و تجربه خواب با کیفیت فراهم می‌آورد (گکینتونی و همکاران، ۲۰۲۵). به طور خاص، ACT بر تعهد به اهداف و ارزش‌های شخصی تمرکز دارد و این امر می‌تواند اضطراب مربوط به مدیریت بیماری و نگرانی‌های روزمره را کاهش دهد و به طور غیرمستقیم کیفیت خواب را بهبود بخشد، در حالی که MBCT با تمرین حضور ذهن و فاصله‌گیری از نشخوار فکری، کاهش مستقیم بر فعالیت ذهنی ناسازگار و آرامش پیش از خواب ایجاد می‌کند (گراوانته و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تنظیم هیجان و کیفیت خواب بیماران مبتلا به آسم مؤثر هستند، اما تفاوت معناداری در اثربخشی آن‌ها مشاهده نشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش تجربیات ناخوشایند و رفتارهای متعهدانه و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تقویت آگاهی لحظه‌ای و پذیرش افکار و احساسات، توانایی بیماران را در مدیریت هیجان و بهبود کیفیت خواب افزایش می‌دهند. بنابراین، هر یک از این درمان‌ها یا بهره‌گیری همزمان از آن‌ها می‌تواند به عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر در کنار درمان‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد و به ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران کمک کند. انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی مکانیزم اثرگذاری و مقایسه طولانی‌مدت این درمان‌ها در اختلالات مشابه نیز ضروری است.

مطالعه حاضر با نمونه‌ای محدود از زنان مبتلا به آسم و به شیوه هدفمند انجام شد که تعمیم نتایج را محدود می‌کند. حجم نمونه کوچک، پیگیری کوتاه‌مدت و عدم کنترل ویژگی‌های شخصی، شدت بیماری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی از دیگر محدودیت‌ها بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌گیری تصادفی، حجم نمونه بزرگ‌تر و دوره پیگیری طولانی‌تر استفاده شود. در زمینه کاربردی، استفاده از ACT و MBCT برای بهبود تنظیم هیجان و کیفیت خواب بیماران مبتلا به آسم توصیه می‌شود و می‌تواند به عنوان مداخلات مکمل روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی به کار گرفته شود.

منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۱۲(۴۷)، ۸۹-۹۲.
<https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcip/Article/1118414>
چهری، آ.، خزایی، ح. ا. و شاه‌حسینی، ا. (۱۳۹۳). بررسی اختلالات خواب در مبتلایان به آسم مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی ام رضا کرمانشاه. مجله علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۲(۷)، ۲۳-۱۱. <https://brieflands.com/articles/jkums-77146.pdf>
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>
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](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

- Eastwood, F., & Godfrey, E. (2024). The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia—a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Pain*, 18(3), 243-256. <https://doi.org/10.1177/20494637231221451>
- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). Mindfulness-based cognitive therapy in clinical practice: A systematic review of neurocognitive outcomes and applications for mental health and well-being. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1703. <https://doi.org/10.3390/jcm14051703>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- 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>
- Javadzade, N., Esmaili, S. V., Omranifard, V., & Zargar, F. (2024). Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: A randomized controlled trial study on depressed elderly. *BMC public health*, 24(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17759-9>
- Khan, A. H., Gouia, I., Jacob-Nara, J., Kamat, S., Jaffe, D., Balkaran, B. L., & Wisnivesky, J. (2025). Prevalence and burden of asthma in five European countries: a retrospective cross-sectional study. *BMJ open*, 15(5), e085175. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085175>
- Khan, A. H., Kosa, K., De Prado Gomez, L., Whalley, D., Kamat, S., & Clark, M. (2023). Content validation of patient-reported sleep measures and development of a conceptual model of sleep disturbance in patients with moderate-to-severe, uncontrolled asthma. *Patient Related Outcome Measures*, 57-71. <https://doi.org/10.2147/PROM.S392666>
- Kim, J. A., Sankar, A., Marks, R., Carrubba, E., Lecza, B., Quatrano, S., ... & Blumberg, H. P. (2025). Chronotherapeutic intervention targeting emotion regulation brain circuitry, symptoms, and suicide risk in adolescents and young adults with bipolar disorder: a pilot randomised trial. *BMJ Ment Health*, 28(1). <https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301338>
- Kollin, S. R., Clayton, C. K., Green, V. A., & Lee, A. A. (2025). Emotion regulation among adults with asthma: Links with short-acting inhaler medication overuse and utilization of acute medical care. *Journal of Asthma*, 62(3), 481-491. <https://doi.org/10.1080/02770903.2024.2409997>
- Laubacher, C., Kral, T. R., Imhoff-Smith, T., Klaus, D. R., Goldman, R. I., Sachs, J., ... & Rosenkranz, M. A. (2024). Resting state functional connectivity changes following mindfulness-based stress reduction predict improvements in disease control for patients with asthma. *Brain, Behavior, and Immunity*, 115, 480-493. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.10.026>
- Liu, X., Hong, C., Liu, Z., Fan, L., Yin, M., Chen, Y., ... & Gu, X. (2023). Association of sleep disorders with asthma: a meta-analysis. *BMJ Open Respiratory Research*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2023-001661>
- Lovell, L. (2025). *Efficacy of Pharmacotherapy vs Psychotherapy for Insomnia: A Clinical Review* [Master's capstone, Gardner-Webb University]. Digital Commons. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.101183>
- Mirzaei, S., Bagherian-Sararoudi, R., Emami, M. H. D., Izadi, R., & Sharbafchi, M. R. (2025). The effectiveness of internet-based acceptance and commitment therapy on acceptance of illness, emotion regulation, symptom severity reduction, and symptoms interference with function in patients with breast cancer. *BMC psychiatry*, 25(1), 599. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06823-2>
- Naseri, A., Rahmanian, M., & Rafiepoor, A. (2024). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based cognitive Therapy on Life Expectancy and Quality of Life in Coronary Heart Disease Patients with Hypertension. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802), 11(6). <https://doi.org/10.61838/rmdn.ijbmc.11.6.17>
- Pouryousef, A., Abbasi, R., Mehrabi, S., Moshfe, A., Mikaeili, F., Rezaei, Z., ... & ArefKhah, N. (2025). Serosurvey of Toxocariasis and Its Association With Allergic Asthma in Children: A Case–Control Study in Southwest Iran. *Parasite Immunology*, 47(2), e70005. <https://doi.org/10.1111/pim.70005>
- Rodrigues, M. F., Junkes, L., Appolinario, J., & Nardi, A. E. (2025). Mindfulness-based cognitive therapy as an adjunctive treatment for treatment-resistant depression: A systematic review. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 49, 100148. <https://doi.org/10.1016/j.pmpip.2025.100148>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical psychology & psychotherapy*, 9(2), 131-138. <https://doi.org/10.1002/cpp.320>
- Szczerba, M., Hejnosz, A., Majewski, G., Grodzka, O., & Domitrz, I. (2025). Asthma as a Modifiable Risk Factor for Dementia and Neurodegeneration: A Systematic Review. *Cureus*, 17(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.77540>
- Towsyfyan, N., Abadi, N. B., Imani, M., Mohammadifar, M., & Rostami, H. (2025). A Quasi-Experimental Study on the Effectiveness of Mindfulness Training on Emotional Self-Regulation, Anxiety, and Sense of Coherence in Women with Breast Cancer. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802), 12(1). <https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i1.734>
- Xu, S., Marcon, A., Bertelsen, R. J., Benediktsdottir, B., Brandt, J., Frohn, L. M., ... & Johannessen, A. (2025). Long-term exposure to air pollution and greenness in association with respiratory emergency room visits and hospitalizations: The Life-GAP project. *Environmental Research*, 270, 120938. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2025.120938>
- Zhang, Y., Liu, C., Chen, X., Zhang, Y., Li, Y., & Hu, X. (2024). Effects of Web-Based Acceptance and Commitment Therapy on Health-Related Outcomes Among Patients With Lung Cancer: A Feasibility Randomized Controlled Trial. *Psycho-Oncology*, 33(12), e70045. <https://doi.org/10.1002/pon.70045>