

## مقاله اصلی

# مقایسه درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۷

### خلاصه

**مقدمه:** مقایسه رویکردهای روان شناختی در جهت اثربخشی بیشتر از موضوعات مورد علاقه پژوهشگران می باشد؛ بنابراین هدف از این پژوهش مقایسه درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری می باشد. **روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی و طرح پژوهش به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری منطقه ۲ شهر تهران تشکیل دادند. روش نمونه گیری به صورت هدفمند و براساس ملاک های ورود و خروج به پژوهش ۴۵ نفر بود. که به صورت تصادفی ساده به دو گروه تجربی و یک کنترل تقسیم شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم مشخصات بالینی فردی، کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

**نتایج:** پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی نیز به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** می‌توان گفت که هر دو رویکرد بر بهبود اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری اثربخش است.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، اختلال خواب، کیفیت زندگی، اختلال یادگیری

ابراهیم کوبی<sup>۱</sup>

محمد مهدی جهانگیری<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد محلات، دانشگاه

آزاد اسلامی، محلات، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روان شناسی، واحد محلات، دانشگاه آزاد

اسلامی، محلات، ایران (نویسنده مسئول)

Email:

m\_jahangiri@iaumahallat.ac.ir

## مقدمه

در مقایسه با جنبه های آموزشی، عصبی و شناختی اختلالات یادگیری خاص، مسائل مربوط به خانواده در ادبیات اهمیت کمتری یافته است (۱). یافته‌ها نشان داد که والدین کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری خاص (SpLD) نسبت به والدین کودکان در حال رشد (TD) استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهند (۲). به عنوان مثال، مادران کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری خاص گزارش کرده اند که سلامت روانی و روابط اجتماعی ضعیف تری را تجربه کرده اند (۳)، و سطوح خفیفی از اضطراب در مادران تا زمان تشخیص اختلالات یادگیری خاص به ویژه مرتبط با اختلال (۴)، ضعف عملکردی فرزندشان، رفتار و چشم اندازهای آینده در زندگی (۵) (کاراند، کومبهاره، کولکارنی، و شاه، ۲۰۰۹) ظاهر شده است. علاوه بر این، کیفیت زندگی والدین در رابطه با روابط اجتماعی بر ابعاد مختلفی از HRQoL کودکان تأثیر می‌گذارد، یعنی (۱) خانواده، (۲) دوستان، و (۳) عملکرد روزانه مدرسه (۶).

افراد مبتلا به ناتوانی های یادگیری گروه متنوعی از افراد هستند. بر حسب ناتوانی یادگیری که ناتوانی ذهنی یا رشدی نیز نامیده می‌شود، یک اختلال شناختی را تعریف می‌کند که از دوران کودکی وجود دارد و بر عملکرد فکری، سازگاری و اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد (۷). اصطلاح ناتوانی های یادگیری یک اصطلاح ترجیحی است که توسط بسیاری از متخصصان با تجربه معاصر انتخاب ده است (۸).

در طول عمر خود، افراد دارای ناتوانی های یادگیری ممکن است درک، یادگیری، توسعه مهارت های جدید و برقراری ارتباط با نیازهای خود دشوارتر باشند (۹). شیوع جهانی ناتوانی یادگیری تا ۱،۵۵ درصد از جمعیت برآورد شده است (۱۰). در بریتانیا، تقریباً ۲،۳٪ از جمعیت (۱،۵ میلیون نفر) دارای تشخیص ناتوانی یادگیری هستند (۱۱).

تأثیر ناتوانی های یادگیری، مبارزه با تغییرات در زندگی و دشواری در برقراری ارتباط با نیازهای خود، در طیف وسیعی از شواهد بهداشتی و مراقبت اجتماعی به اثبات رسیده است. افراد

دارای ناتوانی های یادگیری نسبت به جمعیت گسترده تر، سلامت جسمانی ضعیف تری دارند (۱۲، ۱۳). احتمال مرگ آنها در سنین پایین تر و مرگ ناشی از بیماری های رایج در مقایسه با افراد غیر معلول بیشتر است (گلاور، و همکاران، ۲۰۱۷). آنها نسبت به جمعیت گسترده تر شبکه های اجتماعی محدودتری دارند. از تنهایی شدیدتر رنج می‌برند و دوستی های نزدیک و کمتری دارند (۱۴). افراد دارای ناتوانی یادگیری بیشتر احتمال دارد که عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت ضعیف را تجربه کنند، مانند "مسکن ضعیف، خشونت در خانواده، درآمد پایین تر و انزوای اجتماعی" (۱۵)، که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی می‌گذارد.

علاوه بر این، شیوع بالاتری از بیماری های روانپزشکی در بین بزرگسالان و کودکان دارای ناتوانی یادگیری وجود دارد (۱۶-۱۸). به عنوان مثال، در بریتانیا، شیوع مشکلات سلامت روان برای این جمعیت به طور قابل توجهی بیشتر از جمعیت عمومی (۳۰-۵۰٪) تخمین زده می‌شود (۱۹). علاوه بر این، شیوع بیشتری از رفتارهای چالش برانگیز در این جمعیت وجود دارد، به ویژه برای افرادی که دارای ناتوانی های یادگیری شدیدتر هستند (۲۰). رفتار چالش برانگیز معمولاً به عنوان "نلش [از سوی فرد دارای ناتوانی یادگیری] برای برقراری ارتباط با نیازهای برآورده نشده" درک می‌شود (۲۱) که می‌تواند شامل پریشانی روانی و درد فیزیکی باشد.

شرایط بهداشتی همراه شایع هستند و می‌تواند یک مسئله سلامت روان را پنهان کنند و درمان را پیچیده کنند (۲۲). تشخیص های روانپزشکی معمولاً با ارجاعاتی که بر مسائل رفتاری یا رابطه ای تمرکز می‌کنند به جای تشخیص اساسی نادیده گرفته می‌شوند. در این گروه آسیب پذیر (۱۳)، تاخیر در شناسایی و درمان بیماری های روانی می‌تواند باعث رنج غیرضروری، وخامت بیشتر سلامت روانی شود و ممکن است نیاز به درمان فشرده تر، ورودی مراقبت های اجتماعی یا پذیرش های پرهزینه بستری داشته باشد (۱۹). نوجوانان دچار بلوغ می‌شوند که یک دوره انتقالی یکپارچه است که در آن

جنبه‌های بار مراقبین برای انطباق با تغییرات فیزیکی، جنسی، عاطفی و رفتاری در فرزندش به خوبی شناخته نشده است.

**CBT** یک رویکرد به خوبی تحقیق شده برای مدیریت انواع اختلالات است که شامل اجزای مداخله شناختی و رفتاری است. **CBT** بر این فرض استوار است که ترکیبی از افکار، احساسات و رفتارها همه به هم مرتبط هستند و پرداختن یا تغییر بخشی از این سه گانه عناصر دیگر را نیز اصلاح می‌کند. بیشتر مداخلات **CBT** «موقعیت واسطه‌ای» را اتخاذ می‌کنند که فعالیت شناختی و واکنش فرد به محیط را واسطه می‌کند (۳۲).

مؤلفه شناختی بر شناسایی الگوهای تفکری متمرکز است که بر عملکرد تأثیر منفی می‌گذارد و بنابراین هدف کاردرمانی تغییر افکار و مفروضات ناسازگار است. تکنیک‌های شناختی خاص مورد استفاده در **CBT** شامل آموزش روانی و بازسازی شناختی است. آموزش روانی شامل آموزش نوجوان و خانواده در مورد این اختلال و علائم آن و همچنین کمک به نوجوان و خانواده برای درک چگونگی کمک به **CBT** است. هدف از بازسازی شناختی این است که به نوجوان کمک کند به شیوه‌ای متفاوت درباره خود و مشکلات فکر کند. روش‌های بازسازی شناختی مختلفی در **CBT** استفاده می‌شود، از جمله ثبت افکار خودکار، کمک به نوجوان برای شناسایی خطاهای شناختی، چارچوب‌بندی مجدد مشکلات و بررسی شواهد موافق و مخالف افکار خودکار (۳۳).

برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری سنتی (**CBT**)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (**ACT**) با هدف به چالش کشیدن یا تغییر افکار یا احساسات ناراحت‌کننده مرتبط با رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند بیماری‌ها نیست، بلکه بر ایجاد «زندگی ارزشمند» با ترویج معنا تمرکز می‌کند و هدف آن از طریق مشارکت در فعالیت‌های همسو با ارزش‌های اصلی بیماران می‌باشد (۳۴-۳۷). این رویکرد امکان بروز همزمان احساسات غم و اندوه و از دست دادن را فراهم می‌کند که در هنگام مواجهه با پیش‌آگهی محدودکننده زندگی طبیعی و مورد انتظار هستند (۳۸). **ACT** یک مداخله مبتنی بر شواهد است که خلق و خو و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۳۴-۳۶).

پسران و دختران با بلوغ جنسی، تغییرات فیزیکی و عاطفی مشخص و سریع را نشان می‌دهند (۲۳). همه این تغییرات شخصی، بیولوژیکی، جنسی و اجتماعی در طول این دوره انتقالی برای هر کودکی قابل توجه است، اما برای مراقبین اهمیت بیشتری دارد، زیرا کودکان مبتلا به **DD** در بیشتر فعالیت‌های زندگی روزمره خود به مراقبان خود وابسته هستند. با توجه به بسیاری از مطالعات قبلی، اکثر افراد مبتلا به **DD** توسط خانواده‌هایشان، معمولاً مادرانشان، تحت مراقبت قرار می‌گیرند، با مطالعاتی که در بسیاری از کشورها روند مشابهی پیدا کرده است (۲۴-۲۷) و مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، مراقبت را به عنوان مسئولیت اجتناب‌ناپذیر خود می‌دانند (۲۸).

با این حال، گزارش‌هایی در مورد تأثیرات منفی بر عهده گرفتن این مسئولیت مراقبت از کودکان مبتلا به **DD** بر زندگی مادران گزارش شده است. گزارش شده است که مادران نوجوانان مبتلا به **DD** سطوح بالاتری از استرس مراقبین را نسبت به مادران نوجوانان مبتلا به **TD** تجربه می‌کنند (۲۹)، سطح افسردگی و جسمی سازی بیشتری را نسبت به کودکان **TD** (۳۰) تجربه می‌کنند و بار مدیریت نیازهای مراقبت بهداشتی فرزندان خود را افزایش می‌دهند (۳۱). علاوه بر این، مادران کودکان مبتلا به **DD** مشکلات زناشویی و اختلالات خانوادگی بیشتری نسبت به کودکان **TD** نشان دادند (۲۴). و مادران مسن‌تر با کودکان نوجوان مبتلا به **DD** نسبت به مادران با سن مشابه کودکان مبتلا به **TD** بیشتر در معرض استرس هستند (۲۹).

یافته‌های فوق‌اجازه می‌دهد تا نگاهی اجمالی به چگونگی تأثیرپذیری مادران از نیاز به رسیدگی به تغییرات در فرزندان بالغ خود داشته باشیم. با توجه به زمان زیادی که مادران از بدو تولد برای مراقبت از کودکان نوجوان مبتلا به اختلالات بدخیم و همچنین میانسالی آنها می‌گذرانند، سلامت و کیفیت زندگی این مادران باید مورد توجه قرار گیرد زیرا سلامت و کیفیت زندگی مراقبین بر کیفیت زندگی کودک تأثیر می‌گذارد. با این حال، اطلاعات جزئی کمی در رابطه با تأثیر گذار کودک مبتلا به اختلالات ناخوشایند بر مادران وجود دارد، و بسیاری از

شدند و به روش تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شدند. پرسشنامه‌های اختلال خواب و کیفیت زندگی در اختیار آنان به‌عنوان پیش‌آزمون قرار گرفت. پروتکل درمان پذیرش و تعهد به مدت ۸ هفته روی آزمودنی‌های گروه تجربی اجرا شد و در مرحله نهایی از آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد.

### پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQ)

یکی از بهترین ابزارهایی که در زمینه سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شده است پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQ) است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب خود طی ۴ هفته‌ی گذشته بررسی می‌نماید. 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 نمره‌گذاری می‌شود.

دکتر بویس و همکاران (۱۹۸۹) انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (شهری‌فر، ۱۳۸۸ به نقل از حیدری، احتشام زاده و مرعشی، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۴۶ و به روش تنصیف ۰/۵۲ به دست آمد (حیدری، احتشام زاده و مرعشی، ۱۳۸۹). اعتبار این مقیاس ۰/۸۰ محاسبه شده و پایایی آن که با آزمون مجدد بررسی شده، بین ۰/۹۳ تا ۰/۶۸ گزارش شده است (اگرگون، کارا و انلا، ۱۹۹۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز تأیید شده است؛ ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه تا ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ به دست آمده (قزایی و همکاران، ۱۳۸۸). هم‌چنین در پژوهش صدری دمیرچی و چراغیان (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمده است.

### پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت

(۳۷، ۳۹). با توجه به مطالب ذکر شده محقق به دنبال مقایسه درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری می‌باشد.

### روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی می‌باشد و از نظر هدف کاربردی محسوب می‌شود. طرح پژوهش به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد

جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای حداقل یک فرزند با اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل خواهند داد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و براساس ملاک‌های ورود و خروج به تحقیق ۴۵ نفر بود که به صورت تصادفی ساده به دو گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند.

ابتدا با مراجعه به مراکز اختلال یادگیری از طریق پرونده‌های دانش آموزان دختر و پسر دوره ابتدایی که دارای اختلال یادگیری خاص (بدون در نظر گرفتن نوع اختلال) با بهره‌هوشی بهنجار (با توجه به نمره هوشی و کسلر در محدوده حداقل ۱/۵ انحراف استاندارد پایتتر از میانگین) بودند، از مادرانشان درخواست خواهد شد تا در پژوهش شرکت نمایند.

ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن فرزند با اختلال یادگیری خاص (با تشخیص مرکز اختلال)، نداشتن بیماری و اختلال خاص روانشناختی و روانپزشکی مادر (تشخیص از طریق مصاحبه با مکادران) خواهد بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از ۳ جلسه متوالی و عدم تمایل به ادامه همکاری در روند پژوهش می‌باشد.

یک پرسشنامه (پژوهشگر ساخته) حاوی اطلاعات مربوط به نام، سن مادر و کودک، در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. پس از بررسی پاسخ آزمودنی‌ها به سؤالات پرسشنامه، افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را نداشتند، کنار گذاشته شدند. سپس با توجه به معیارهای ورود به تحقیق ۳۰ نفر از مادران دارای حداقل یک فرزند با اختلال یادگیری به صورت هدفمند انتخاب

با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول زیر آمده است (جات و همکاران ۱۳۸۵).

### پروتکل درمان پذیرش و تعهد

گروه تجربی درمان پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمان اختلال بی خوابی فلتنجر به نقل از ال رفیعی-فریرا (۳۲) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای یک بار در هفته در جلسات حضور یافته و تمرینات مربوطه را انجام خواهند داد.

اول: تشریح اهداف آموزش و آشنایی با اعضا، ارزیابی و ناامیدی خلاقانه، معرفی درمان، تعهد به دوره، بنیان اتحاد درمانی، یادآوری ناتوانی خواب از طریق تصاویر، تمایل و پذیرش مروری بر دفترچه خواب تقویم خواب استعاره ها: لجن در لیوان: دو کوهستان: مردی در حفره چاه مدیتیشن: ذهن آگاهی. تکلیف شب: تقویم خواب یادداشت و تفسیرشان از بیل ها ارزیابی و تفسیر حواس پرتی آزمودنیها در زمان مدیتیشن در منزل و مطرح کردن در گروه.

دوم: ناامیدی خلاقانه، مدیتیشن یادآوری ناتوانی از به خواب رفتن از طریق تصاویر، مروری بر دفترچه خواب (تقویم خواب) ادامه ناامیدی خلاقانه. استعاره: طناب کشی با هیولا. تکلیف شب تقویم خواب، ذهن آگاهی با تمرکز بر تنفس و شمارش و یادداشت تجربه آزمودنیها از رها کردن طناب.

سوم و چهارم: پذیرش مشکل و عدم بکارگیری راهبردهای نامؤثر، مدیتیشن بیانیه مراجعان از تجربه ها، مروری بر تکلیف ذهن آگاهی و دفترچه تقویم خواب. استعاره ها: پلی گراف یا دروغ سنج، عاشق شدن کیک شکلاتی ژله ای گرم، مسافران داخل اتوبوس درد در برابر رنج کشیدن (راهکارهای مطرح شده توسط آزمودنیها)، تمایل و پذیرش، دو میزان. تکلیف شب: تقویم خواب، تمرینات مدیتیشن ها.

پنجم و ششم: مطرح کردن شخص به عنوان یک مفهوم و رهاسازی. مرور بر دفترچه خواب و مدیتیشنها (خاطرات اتفاقات آن) اعداد چه هستند. استعاره ها: شطرنج، تمرین شیر شیر شیر، مدیتیشن در جلسه، نشانه گذاری افکار، برگهای روی رودخانه. تکلیف شب: تقویم خواب، مدیتیشن و مرور جلسات و چک کردن ۵ دقیقه ای

زندگی ۱۰۰ سوالی بود (WHOQOL-۱۰۰). چند سال بعد برای استفاده آسان تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده میشود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ های مختلف استفاده می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶).

در ایران نیز نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیر مقیاس (یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است.

همچنین برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز

اثربخشی تمرین در درون گروه‌ها و مقایسه بین گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس در سطح  $P \leq 0/05$  استفاده شد. کلیه محاسبات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

### نتایج

نتایج نشان می‌دهد که میانگین سن گروه درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل به ترتیب برابر  $30/79$ ،  $30/6$  و  $29/15$  سال است. به علاوه، نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه حاکی از آن است که بین میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F=0/30, p=0/745$ ).

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره برای تعیین معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. با وجود این، ابتدا برای بررسی پیش فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون شاپیرو- ویلک و آزمون لون (جدول ۲) استفاده گردید.

نتایج آزمون شاپیرو- ویلک برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نشده است ( $P > 0/05$ )، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که همه متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند. همچنین نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که واریانس متغیرها بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ( $P > 0/05$ )، این به این معنی است که واریانس‌های دو گروه برابر هستند. نتایج آزمون ام باکس معنی دار نیست و این بدین معناست که ماتریس‌های واریانس- کوواریانس همگن هستند و این پیشفرض رعایت شده است. نتایج پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون برای هر دو گروه در متغیر کیفیت خواب و کیفیت زندگی یکسان است ( $P > 0/05$ ). در نهایت، نتایج مربوط به پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

هفتم و هشتم: مرور دفترچه خاطرات خواب و مدیتیشن، معرفی ارزشها، توجه بر روی اقدامات متعهدانه. استعاره‌ها: ولگرد کنار درف گذر از باتلاق. مدیتیشن با تمرکز بر ارزشها و اقدامات متعهدانه. تکالیف شب: مدیتیشنهای تمرین شده در جلسات (جلسه ۷)، تکمیل برگ ارزیابی ارزشها را برای جلسه ۸ کامل کردند.

### پروتکل درمان شناختی رفتاری

گروه تجربی درمان گروه تجربی درمان شناختی رفتاری براساس پروتکل درمان اختلال بی خوابی هدایت و عارفی (۴۰) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای یک بار در هفته در جلسات حضور یافته و تمرینات مربوطه را انجام خواهند داد.

جلسه اول بررسی برنامه تبیین و یادگیری اجتماعی از بی خوابی، تعیین هدف و قرارداد رفتاری، جلسه دوم: مؤلفه رفتاری شامل شیوه های کنترل خواب و محرک،

جلسه سوم: مؤلفه رفتاری شامل پرداختن به مشکلات حل مسأله بیماران در انجام تکالیف منزل

جلسه چهارم و پنجم: مؤلفه شناختی شامل بازسازی شناختی جلسه ششم: مؤلفه آموزشی شامل بهداشت خواب، جلسه هفتم بررسی و یکپارچه کردن تمامی مؤلفه های درمان؛ طراحی روشهایی برای ارتقای پایبندی به درمان؛ برنامه ریزی تعمیم مهارتهای تازه آموخته شده

جلسه هشتم: تعیین موقعیت های با خطر پذیری بالا بررسی راهبردهای ممانعت از عود بیخوابی و تثبیت منافع درمانی

### روش آماری

برای بررسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات خام از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای تعیین شاخص‌های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف استاندارد) از آمار توصیفی استفاده شد. به منظور بررسی مفروضه های امکان ورود به تحلیل استنباطی مانند توزیع طبیعی داده‌ها در بین گروه‌ها آزمون شاپیرو ویلک و جهت بررسی تجانس واریانس در بین گروه‌ها آزمون لوین مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین



				۳۰	۱۴۵۷۰۳	کل	
کیفیت	گروه	۶۹/۵۵	۱	۶۹/۵۵			
زندگی	خطا	۲۱۷/۶۵	۲۶	۸/۳۷			
	کل	۱۵۷۵۸۰	۳۰				

#### جدول ۴. میانگین نمره‌های تعدیل شده پس از آزمون کیفیت خواب و کیفیت زندگی

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد
کیفیت خواب	شناختی- رفتاری	۷۱/۰۱	۰/۶۸
	کنترل	۶۸/۲۶	۰/۶۸
کیفیت زندگی	شناختی- رفتاری	۷۴/۱۴	۰/۸
	کنترل	۷۰/۶۶	۰/۸

شناختی- رفتاری بر بهبود اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری اثربخش است. از این رو، می‌توان گفت فرضیه فرعی اول و دوم تأیید می‌شوند. جهت آزمون فرضیه‌های فرعی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۴ و ۵ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه درمان شناختی- رفتاری در متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی نیز به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان گفت که درمان

#### جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل

اثر	منبع تغییرات	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	ضریب اثر
گروه	اثر پیلایی	۱۰/۱۹	۲	۲۵	$< 0/001$	۰/۴۵
	لامبدای ویلکز	۱۰/۱۹	۲	۲۵	$< 0/001$	۰/۴۵
	اثر هتلینگ	۱۰/۱۹	۲	۲۵	$< 0/001$	۰/۴۵
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۱۹	۲	۲۵	$< 0/001$	۰/۴۵

می‌توان گفت که حداقل یکی از فرضیه‌های فرعی سوم و چهارم تحقیق حاضر تأیید می‌شوند. برای بررسی دقیق‌تر نتایج از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره در متن مانکوا استفاده شد که در جدول ۶ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل برای حداقل یکی از متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی معنادار است ( $P < 0/05$ ). از این رو،

#### جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره در متن مانکوا مربوط به متغیر کیفیت خواب و کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	ضریب اثر
کیفیت خواب	گروه	۵۰/۱۲	۱	۵۰/۱۲	۶/۳۲	۰/۰۱۸	۰/۱۹



			۲۰۶/۳۲	۲۶	۲۰۶/۳۲	خطا	
			۱۴۴۷۷۲	۳۰	۱۴۴۷۷۲	کل	
کیفیت	گروه	۱۷۴/۸	۱	۱۷۴/۸	۱	۱۷۴/۸	۰/۴۳
زندگی	خطا	۲۳۶/۰۱	۲۶	۲۳۶/۰۱	۹/۰۸	۲۳۶/۰۱	<۰/۰۰۱
	کل	۱۶۱۲۰۰	۳۰	۱۶۱۲۰۰			

### جدول ۷. میانگین نمره‌های تعدیل شده پس از آزمون کیفیت خواب و کیفیت زندگی

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد
کیفیت خواب	درمان پذیرش و تعهد	۷۰/۷۴	۰/۷۴
	کنترل	۶۸/۰۶	۰/۷۴
کیفیت زندگی	درمان پذیرش و تعهد	۷۵/۷۱	۰/۷۹
	کنترل	۷۵/۷۱	۰/۷۹

باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که سازوکار اصلی درگیر در تأثیر درمان پذیرش و تعهد، مربوط به تأثیری است که این درمان بر انعطاف‌پذیری روانی دارد و منجر به پذیرش هیجانات و رویدادهای رنج‌آور از یک سو و از طرف دیگر به دنبال ایجاد تعهد و یافتن معنا در رنج‌ها می‌شود (۳۷). یکی از نگرانی‌های افرادی که مشکل بی‌خوابی دارند، مربوط به طول مدت خواب است. آن‌ها هر چقدر تلاش می‌کنند بیشتر بخوابند، بیشتر ناکام می‌شوند. این رفتار که معروف به رفتار جستجوی امنیت است از درمان تأکید بر تمایل فرد به تجربه‌های درونی دارد. به همین دلیل بخشی از هدف مداخله، کمک به مراجع برای پذیرش این افکار و باورها به عنوان فقط یک فکر است. درمان پذیرش-تعهد با به کارگیری استعاره‌های مناسب، فرد را به این منطبق می‌رساند که رفتار ناکارآمد مضرتر است (نامیدی خلاقانه) و از سوی دیگر از طریق افزایش تمایل بیماران به داشتن تجربه خواب بد (قصد متناقض)، خواب آنان را بهبود می‌بخشد (۴۵). استعاره‌ها با ایجاد بازخورد ارزشمند به زندگی منجر به تغییر بازخورد فرد می‌گردند که از فرد درگیر به فرد نظاره‌گر بیرونی تبدیل می‌شوند. به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد با هدف قرار دادن

نتایج جدول ۶ و ۷ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه برای متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه درمان پذیرش و تعهد در متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی نیز به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد بر بهبود اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری اثربخش است. از این رو، می‌توان گفت فرضیه فرعی سوم و چهارم نیز تأیید می‌شوند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که بین درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به این معنی که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج این تحقیق در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب با نتایج تحقیق متقی و همکاران (۴۲)، همایی مجاز و همکاران (۴۳) و چاپوتوت و همکاران (۴۴) همسو می‌

علاوه بر آن، بیماران با فراگیری مهارت‌های ارتباطی روابط و فعالیتهای اجتماعی خود را بهبود میبخشند و گسترش میدهند. این روابط به افزایش کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند (۵۴).

در تبیین یافته‌های تحقیق در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی درمان پذیرش و تعهد ارزشها را به عنوان کیفیت انتخاب شده اعمال هدفمندانه تعریف میکند (۵۵) و به مراجعین یاد میدهد تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قائل شوند و ارزشها را انتخاب نمایند. به مراجعین گفته میشود تا آنچه را از زندگی میخواهند بررسی کرده و آن را در حوزه‌های مختلف زندگی از قبیل زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی رشد شخصی سلامتی و معنویت مدنظر قرار دهند این عناصر جزء مولفه‌های کیفیت زندگی است (۵۶). بررسی ارزشها در این درمان خود میتواند منجر به بهبود کیفیت زندگی شود (۵۵).

نتایج تحقیق نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر اختلال خواب مادران دارای کودکان اختلال یادگیری اثر معنی داری دارد. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیرهای کیفیت خواب معنادار است و میانگین نمره‌های گروه درمان شناختی- رفتاری در متغیر کیفیت زندگی نیز به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود اختلال خواب مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری اثربخش است.

نتایج این تحقیق در ارتباط با اختلال خواب با نتایج تحقیق عرب و محمدی (۵۷)، اسکات و همکاران (۵۸)، مانبر و همکاران (۵۹)، حسن و همکاران (۶۰) و ما و همکاران (۶۱) همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش دانی و همکاران (۶۲) نشان داد که درمان‌گری شناختی- رفتاری بر اختلال بیخوابی تأثیر مثبت دارد. همچنین نتایج حسن و همکاران (۶۰) نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش زمان آغاز خواب و بهبود کیفیت خواب اثربخش است. با تلفیق نتایج فرضیه این طور استنباط میشود که آموزش درمان شناختی- رفتاری بر اختلال خواب تأثیرگذار

بعد شناختی (ذهنی) و مدیریت هیجان باعث کاهش استرس و تندرستی می‌شود و باعث بهبود کیفیت خواب می‌شود (۴۲). نتایج این تحقیق در ارتباط با درمان شناختی رفتاری بر اختلال خواب با نتایج تحقیقات پال و همکاران (۴۶)، پالگینی و همکاران (۴۷)، ردکر و همکاران (۴۸) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که طرز فکر رابطه خاصی با بیخوابی دارد و اکثر افراد در هنگام بیخوابی در رختخواب از هجوم افکار منفی شکایت میکنند که اغلب آن را مغز بیخواب مینامند. افراد معمولاً در پی بروز این مشکلات یک سری واکنشهای رفتاری و روانی در رختخواب نشان میدهند که خود این واکنشها منجر به تداوم بیشتر مشکلات خواب میشود. هجوم افکار منفی و تالش برای اجتناب از افکار و باورهای منفی، با افزایش بیخوابی همراه است (۴۹) به طور کلی درمان شناختی رفتاری با بهره گرفتن از تکنیکهای شناختی رفتاری به مراجع کمک میکند با اصلاح الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود، اصلاح افکار، رعایت بهداشت خواب، ترمیم طرحوارها، پاسخهای مقابله‌ای و ذهنیت، رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد و از تداخل محرکهای محیطی در خواب جلوگیری کند و در نتیجه کیفیت خواب خود را افزایش دهد.

نتایج این تحقیق در ارتباط با کیفیت زندگی با نتایج تحقیق سعیدی و همکاران (۵۰)، محمودی مولایی و همکاران (۵۱)، جوادی و همکاران (۵۲) و هرتستین و همکاران (۵۳) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های تحقیق در ارتباط با درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی می‌توان گفت که تکنیکهایی که مولفه رفتاری اعمال ناکارآمد را هدف قرار میدهند عبارتند از شناسایی رفتارهای ایمنی، نگرانی شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهایی که نادیده گرفته شده بود. این تکنیکها رفتارهای ایمنی نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بازداری، پاسخ را به تدریج حذف میکنند. همچنین تکنیک آرام سازی به بیماران کمک میکند تا با به کارگیری این فنون تشهای روانی را در خود کاهش دهند.

میباشد و میتوان این نتیجه را به جامعه آماری تعمیم داد. در پژوهشی دیگر، متقی و همکاران (۶۳) گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری، کیفیت کلی خواب سالمندان را ارتقا و نشانههای اختلال بیخوابی در آنها را کاهش میدهد. در مطالعه دیگری که با رویکرد فراتحلیل و مرور ادبیات توسط میچل و همکاران (۶۴) انجام شد نیز این پژوهشگران با بررسی تعداد زیادی از پژوهشهای پیشین دریافتند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلالات خواب تأثیر مثبتی دارد.

در تبیین فرضیه میتوان گفت که خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است و اختلال خواب در اغلب موارد یک نشانه زودرس در بیماریهای روانپزشکی است (۶۵). بنابراین میتوان گفت که با توجه به جلسات آموزشی انجام شده در گروه آزمایش نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان بیماران مبتال بیخوابی مؤثر است و این تأثیر به این گونه اتفاق میافتد: الف) بیماران مبتال به بیخوابی تمایل دارند که در وهله پیش از خواب افکار منفی را برای خود تکرار کنند، این افکار منفی نتیجه استرس های روزمره آنها است. ب) در این موقعیت بیمار مبتال به بیخوابی به دنبال درمان برمیآید و وارد درمان شناختی-رفتاری میشود. ج) درمان شناختی-رفتاری با تکیه بر فونونی که اختلال خواب را کاهش میدهد، فرایندهای فکری را اصلاح میکند و کاری میکند که فرد فرایندهای فکری را تحت کنترل بگیرد، وارد عمل شده و موجب کاهش نشانگان بیخوابی در بیماران میشود

نتایج تحقیق نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری اثر معنی داری دارد. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون دو گروه برای متغیر کیفیت زندگی معنادار است و میانگین نمره های گروه درمان شناختی- رفتاری در متغیر کیفیت زندگی نیز به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می توان گفت که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری اثربخش است.

نتایج این تحقیق در ارتباط با کیفیت زندگی با نتایج نتایج تحقیق فتحی و همکاران (۶۶)، مهربان و همکاران (۶۷). همسو می باشد. مداخلات مبتنی بر CBT به عنوان استاندارد طلایی روان درمانی در نظر گرفته میشود که هدف آن تغییر فرآیندهای شناختی ناسازگاری است که باعث ایجاد ناراحتی عاطفی میشود و الگوهای رفتاری منفی را با تقسیم کردن مشکلات طاقت فرسا به بخشهای کوچکتر تغییر میدهد (۶۸). در تبیین این یافته می توان گفت که مداخله شناختی رفتاری به کار رفته در این پژوهش نیز با استفاده از به کارگیری استفاده از فنون آرامسازی، تصویرسازی، آموزش احساسات و حالت های هیجانی مختلف، درجه بندی کردن آنها، آموزش این مسئله که افکار چگونه بر احساسات اثر می گذارند و به چالش کشیدن افکار و نگرانی های مرتبط با بیماری و حتی سایر مسائل روزمره، آموزش مهارت های کنترل خشم، آموزش مهارت های مقابله ای سازگار سبب افزایش کیفیت زندگی در رابطه با آزمودنی ها در پژوهش شده باشد. همچنین می توان گفت که بین ادراک فرد از خود، اعتماد به نفس او، توانایی ایجاد احساسات مثبت در خود و مقاومت در مقابل احساسات منفی، دیدگاه مثبت نسبت به خود، دنیای خود و آینده و واقع بینی با نحوه کنار آمدن با بیماری های مزمن و از جمله مهم ترین آنها، یعنی دیابت، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد

نتایج تحقیق نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب مادران دارای کودکان اختلال یادگیری اثر معنی داری دارد. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون دو گروه برای متغیر کیفیت خواب معنادار است و میانگین نمره های گروه درمان پذیرش و تعهد در متغیر کیفیت خواب نیز به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می توان گفت که درمان پذیرش و تعهد بر بهبود اختلال خواب مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری اثربخش است. نتایج این تحقیق در ارتباط با اختلال خواب با نتایج متقی و همکاران (۴۲)، اکبریان و همکاران (۶۹)، نجفی خرم آبادی و همکاران (۷۰)، روان و همکاران (۷۱)، وانگ و همکاران (۷۲) همسو می باشد.

**ACT**، به ویژه تمرین تمرکز حواس در **ACT**، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را با تأثیر بر نشانگرهای التهابی، ایمنی، و پیری بیولوژیکی برای بهبود کیفیت خواب افزایش می‌دهد (۸۸).

در تبیین یافته‌های تحقیق در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد و کیفیت زندگی می‌توان گفت که **ACT** از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان توانایی ارتباط کامل با لحظه حال به عنوان یک فرد آگاه و متعهد به دستیابی به اهداف ارزشمند باعث ارتقا کیفیت زندگی می‌شود (۸۹). از مواردی که در **ACT** باعث ارتقا کیفیت زندگی می‌شود درگیر شدن در فعالیت‌ها معنادار است (۹۰، ۹۱)

تمرین ذهن آگاهی به عنوان یک تکنیک اصلی **ACT**، ممکن است مکانیسم بالقوه دیگری باشد که توسط آن مداخله درک شدت علائم را کاهش می‌دهد و تماس مناسب با لحظه حال را ارتقا می‌دهد (۸۹).

از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به حجم نمونه کوچک اشاره کرد که قدرت آماری برای تشخیص اثرات را تضعیف می‌کند؛ همچنین روش نمونه‌گیری هدفمند بوده که باعث می‌شود قدرت تعمیم نتایج پایین بیاید

با توجه به نتایج پژوهش که نشان داد بین درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد پیشنهاد می‌گردد که در جهت بهبود خواب مادران دارای کودکان اختلال یادگیری از هر دو رویکرد درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد استفاده گردد.

با توجه به نتایج فرضیه اصلی دوم پژوهش که نشان داد بین درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد پیشنهاد می‌گردد که در جهت بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری از هر دو رویکرد درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد استفاده گردد. با توجه به اینکه حجم نمونه در این پژوهش کوچک بوده است پیشنهاد می‌گردد تحقیقی به مقایسه درمان شناختی رفتاری

در تبیین یافته‌های تحقیق در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد و اختلال خواب می‌توان گفت که **ACT**، موج سوم درمان شناختی رفتاری (**CBT**) بر اساس زمینه‌گرایی عملکردی و نظریه چارچوب رابطه‌ای، با کمک به افراد برای اصلاح عملکرد تجربیات درونی و تشویق آنها به استفاده از مجموعه‌ای از مهارت‌های انعطاف‌پذیر روان‌شناختی در هنگام مواجهه، بهزیستی را ارتقا می‌دهد و علائم را با افکار، احساسات و تجربیات ناخواسته کاهش می‌دهد (۷۳، ۷۴). یعنی **ACT** بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تمرکز می‌کند و در نتیجه علائم روانی فیزیولوژیکی یا ذهنی را کاهش می‌دهد (۷۵). چندین مطالعه بررسی کرده‌اند که آیا بی‌خوابی و **OCD** با افزایش انعطاف‌پذیری روانی بهبود یافته است یا خیر (۷۳، ۷۶، ۷۷).

نتایج تحقیق نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال یادگیری اثر معنی‌داری دارد. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه برای متغیر کیفیت زندگی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه درمان پذیرش و تعهد در متغیر کیفیت زندگی نیز به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری اثربخش است. نتایج این تحقیق در ارتباط با کیفیت زندگی با نتایج تحقیق ساریزاده و همکاران (۷۸)، نریمانی و همکاران (۷۰)، جمشیدی و همکاران (۷۹)، اسمعیلی و همکاران (۸۰)، نیک‌راه و همکاران (۸۱) و کسنتینو و همکاران (۸۲) همسو می‌باشد. درمان پذیرش و تعهد (**ACT**) در بهبود کیفیت خواب (**SQ**) مؤثر است (۸۳، ۸۴). چندین مطالعه نشان داده‌اند که **ACT** می‌تواند به‌طور مؤثر کیفیت خواب را افزایش دهد، استرس مرتبط با خواب و فعالیت شناختی را کاهش دهد، طول مدت خواب را افزایش دهد و باورها و نگرش‌های ناکارآمد مرتبط با خواب را تغییر دهد (۸۵). علاوه بر این، **ACT** در رسیدگی به بی‌خوابی ناشی از برانگیختگی ذهنی و فیزیولوژیکی مؤثر ثابت شده است (۸۶، ۸۷). به‌طور خاص،

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

و درمان پذیرش و تعهد بر اختلال خواب مادران دارای کودکان اختلال یادگیری با حجم نمونه بزرگتری پردازد

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد محلات می باشد. نویسنده از استاد راهنما و تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

## References

1. Strnadová I. Stress and resilience in families of children with specific learning disabilities. *Revista Complutense de Educación*. 2006.
2. Bonifacci P, Storti M, Tobia V, Suardi A. Specific learning disorders: A look inside children's and parents' psychological well-being and relationships. *Journal of learning disabilities*. 2016;49(5):532-45.
3. Karande S, Kulkarni S. Quality of life of parents of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2009;55(2):9.
4. Matteucci MC, Scalone L, Tomasetto C, Cavrini G, Selleri P. Health-related quality of life and psychological wellbeing of children with Specific Learning Disorders and their mothers. *Research in developmental disabilities*. 2019;87:43-53.
5. Karande S, Kumbhare N, Kulkarni M, Shah N. Anxiety levels in mothers of children with specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2009;55(3):165.
6. Ginieri- Coccossis M, Rotsika V, Skevington S, Papaevangelou S, Malliori M, Tomaras V, et al. Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Child: care, health and development*. 2013;39(4):581-91.
7. Organization WH. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience: World Health Organization; 2018.
8. Power N, Carr C, Millard E, Lawnmowers I, editors. Un-labelling the language: exploring labels, jargon and power through participatory arts research with arts therapists and people with learning disabilities. *Voices: A World Forum for Music Therapy*; 2022: Bergen Open Access Publishing.
9. Aftab R, Anam A. Adult learning disabilities. *InnovAiT*. 2019;12(11):651-5.
10. McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. *Current Developmental Disorders Reports*. 2016;3:104-15.
11. Statistics OfN. Estimates of the population for the UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland. Office for National Statistics London; 2020.
12. Kinnear D, Morrison J, Allan L, Henderson A, Smiley E, Cooper S-A. Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without Down syndrome: cross-sectional study. *BMJ open*. 2018;8(2):e018292.
13. Emerson E, Baines S, Allerton L, Welch V. Health inequalities and people with learning disabilities in the UK. 2011.
14. Cox J. 'Someone cares if I'm not there': addressing loneliness in disabled people. *British Journal of Healthcare Assistants*. 2017;11(10):503-11.
15. Wigham S, Emerson E. Trauma and life events in adults with intellectual disability. *Current Developmental Disorders Reports*. 2015;2:93-9.
16. Buckles J, Luckasson R, Keefe E. A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003–2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2013;6(3):181-207.

17. Cooper SA, Smiley E. The Prevalence, Incidence and Factors Predictive of Mental Ill- Health in Adults with Profound Intellectual Disabilities. Prospective Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2007;20(6):505-9.
18. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2011;36(2):137-43.
19. Parish C. Commissioners to receive guidance on learning disability care services. *Learning Disability Practice (through 2013)*. 2012;15(1):7.
20. Bowring DL, Painter J, Hastings RP. Prevalence of challenging behaviour in adults with intellectual disabilities, correlates, and association with mental health. *Current Developmental Disorders Reports*. 2019;6:173-81.
21. Ali A, Blickwedel J, Hassiotis A. Interventions for challenging behaviour in intellectual disability. *Advances in psychiatric treatment*. 2014;20(3):184-92.
22. Beail N. Psychological therapies and people who have ID: a report from the Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2017;11(1):24-6.
23. Mendle J, Beltz AM, Carter R, Dorn LD. Understanding puberty and its measurement: ideas for research in a new generation. *Journal of Research on Adolescence*. 2019;29(1):82-95.
24. Gau SS-F, Chou M-C, Chiang H-L, Lee J-C, Wong C-C, Chou W-J, et al. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism spectrum disorders*. 2012;6(1):263-70.
25. Marquis S, Hayes MV, McGrail K. Factors affecting the health of caregivers of children who have an intellectual/developmental disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. ۱۶-۲۰۱۱:(۳)۱۶;۲۰۱۹ .
26. Norlin D, Broberg M. Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual well- being. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013;57(6):552-66.
27. Wakimizu R, Yamaguchi K, Fujioka H. Family empowerment and quality of life of parents raising children with developmental disabilities in 78 Japanese families. *International Journal of Nursing Sciences*. 2017;4(1):38-45.
28. Yang X, Byrne V, Chiu MY. Caregiving Experience for Children with Intellectual Disabilities among Parents in a Developing Area in C hina. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2016;29(1):46-57.
29. Caicedo C. Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2014;20(6):398-407.
30. Manor-Binyamini I, Benatov J, Abu-Kaf S. Social support, depression, and somatisation among Bedouin mothers of adolescents with or without developmental disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2020;45(3):245-53.
31. Strunk JA, Pickler R, McCain NL, Ameringer S, Myers BJ. Managing the health care needs of adolescents with autism spectrum disorder: The parents' experience. *Families, Systems, & Health*. 2014;32.۳۲۸:(۳)
32. Blagys MD, Hilsenroth MJ. Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*. 2002;22(5):671-706.
33. Weisz JR, Kazdin AE. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents: Guilford Press; 2010.
34. Levin ME, Hildebrandt MJ, Lillis J, Hayes SC. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*. 2012;43(4):741-56.
35. A-tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. S. Karger AG Basel, Switzerland; 2015. p. 30-6.
36. Jiménez FJR. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*. ۵۸-۳۳۳:(۳)۱۲;۲۰۱۲ .

37. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(1):1-25.
38. Low CA, Beran T, Stanton AL. Adaptation in the face of advanced cancer. *Handbook of cancer survivorship*: Springer; 2007. p. 211-28.
39. Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. S. Karger AG Basel, Switzerland; 2009. p. 73-80.
40. Hedayat S, Arefi M. The effect of cognitive-behavioral therapy on improving sleep quality in the elderly. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;16(2):60-8.
41. Rafihi-Ferreira E, Morin CM, Toscanini AC, Lotufo Neto F, Brasil IS, Gallinaro JG, et al. Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;43:504-9.
42. Mottaghi R, Maredpour A, Karamin S. A Comparison Study on the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Sleep Hygiene Education on Sleep Quality and Physiological Parameters in Older Adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022;17(2):170-85.
43. Homaie mojaz Z, saif aa, Kordnoghabi r. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment on the insomnia disorder in the middle-aged. *Journal of Psychological Science*. 2024;23(135):641-58.
44. Chapoutot M, Peter-Derex L, Bastuji H, Leslie W, Schoendorff B, Heinzer R, et al. Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for the discontinuation of long-term benzodiazepine use in insomnia and anxiety disorders. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(19):10222.
45. El Rafihi-Ferreira R, Morin CM, Toscanini AC, Lotufo F, Brasil IS, Gallinaro JG, et al. Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;43(5):504-9.
46. Pal A, Joshi T, Basu A, Gupta R. Management of Chronic Insomnia Using Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) During COVID-19 Pandemic: Does One Shoe Fit All? *Sleep and Vigilance*. 2022;6(1):51-60.
47. Palagini L, Bramante A, Baglioni C, Tang N, Grassi L, Altena E, et al. Insomnia evaluation and treatment during peripartum: a joint position paper from the European Insomnia Network task force "Sleep and Women," the Italian Marcè Society and international experts task force for perinatal mental health. *Archives of Women's Mental Health*. 2022;25(3):561-75.
48. Redeker NS, Yaggi HK, Jacoby D, Hollenbeak CS, Breazeale S, Conley S, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia has sustained effects on insomnia, fatigue, and function among people with chronic heart failure and insomnia: the HeartSleep Study. *Sleep*. 2022;45(1):zsab252.
49. Davoodi I, Neisi A, Khazei H, Arshadi N, Zakiei A. The Roles of Some Cognitive and Emotional Factors in Predicting Insomnia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017;27(150):107-2. 1
50. Saeidi A, Jabalameli S, Gorji Y, Ebrahimi A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy
51. and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and
52. Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2021;4:89-101.
53. Mahmoudi Molaey A, Hassanzadeh R, Khajevand Koshely A. Comparison of the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of life in Coronary heart disease patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2023;12(3):67-74.
54. Javadi s, Golparvar M, Izadi R. Comparison of the Effectiveness of three methods of Family Mode Deactivation Treatment, Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of life of Mothers and Aggression of Female adolescents with Behavioral Problems. *Journal of Nursing Education*. 2020;8(3):79-92.

55. Hertenstein E, Thiel N, Lüking M, Külz AK, Schramm E, Baglioni C, et al. Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2014;83(6):371-3.
56. Emami M, Askarizade G, Faziltpour M. Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management Group Therapy on Resilience and Hope in Women with Breast Cancer. *Positive Psychology Research*. 2018;3(4):1-14.
57. Dehghani A, Rezaei Dehnavi S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Patients under Methadone Maintenance Treatment. *Internal Medicine Today*. 2018;24(3):246-52.
58. Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Quality of Life in Patients with Functional Gastro Intestinal Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;7(4):93-105.
59. Arab S, Mohammadi A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Disorder and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*. 2023;9(1):102-89.
60. Scott H, Cheung JM, Muench A, Ivers H, Grandner MA, Morin CM, et al. Baseline sleep characteristics are associated with gains in sleep duration after cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine*. 2023;102:199-204.
61. Manber R, Bei B, Simpson N, Asarnow L, Rangel E, Sit A, et al. Cognitive behavioral therapy for prenatal insomnia: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(5):911-9.
62. Hasan F, Tu Y-K, Yang C-M, Gordon CJ, Wu D, Lee H-C, et al. Comparative efficacy of digital cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2022;61:101567.
63. Ma Y, Hall DL, Ngo LH, Liu Q, Bain PA, Yeh GY. Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer: a meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2021;55:101376.
64. Danny JY, Angus PY, Li SX, Chan RN, Fong DY, Chan DK, et al. Effects of Tai Chi and cognitive behavioral therapy for insomnia on improving sleep in older adults: Study protocol for a non-inferiority trial. *Journal of Exercise Science & Fitness*. 2023;21(1):67-73.
65. Motaghi R, Kamkar A, Mardpour A. The Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the sleep quality of the elderly with insomnia. *Salamand. Iranian Journal of Geriatrics*. 2015;11(2):243-34.
66. Mitchell LJ, Bisdounis L, Ballesio A, Omlin X, Kyle SD. The impact of cognitive behavioural therapy for insomnia on objective sleep parameters: A meta-analysis and systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2019;47:90-102.
67. van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep medicine reviews*. 2019;48:101208.
68. Fathi M, Abdolmaleki L, Makki Alamdari S, Mohaqeqi SH. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Quality of Life among Women with HIV. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2023;6(1):69-79.
69. Mehraban S, jahandar M, Hojjatzadeh Z, Toosi M, Ahmadboukani S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life of Patients with Diabetes in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Nursing*. 2023;11(1):2086-99.
70. David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*. 2020;9:333730;18
71. Akbarian M, Mohammadi shir mahalleh F, Borjali A, Hassanabadi H, Abolghasemi S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Anxiety, Sleep and Severity of Pain in Patients with Fibromyalgia. *Health Psychology*. 2022;10(40):1130-1
72. Najafi Khorramabad H, Jayervand H, Sadat Marashian F. Comparison of the Effectiveness of Self-determination Theory Training and Acceptance and Commitment Therapy on Sleep Quality and Academic Hope in Students with Internet Gaming Disorder with and without Comorbidity of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder.



- Quarterly Journal of Child Mental Health. 2022;9(1):67-83.
73. Ruan J, Chen S, Liang J, Mak YW, Yee Ho FY, Chung KF, et al. Acceptance and commitment therapy for insomnia and sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022.
  74. Wang D, Lin B, Xiong F, Deng Y, Zhang L. Effectiveness of Internet-delivered self-help acceptance and commitment therapy (iACT) on nurses' obsessive-compulsive symptoms and sleep quality: A randomized controlled trial with 3-month follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 2023;341:319-28.
  75. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*. 2017;40(4):751-70.
  76. Lin Y-Y, Rogge RD, Swanson DP. Cross-cultural flexibility: Validation of the traditional Mandarin, simplified Mandarin, and Japanese translations of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;15:73-84.
  77. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004;35(4):639-65.
  78. Armstrong AB. Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder: Utah State University; 2012.
  79. Zou J, Yuan X, Hu Z, Hu M. Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;12:720518.
  80. Sarizadeh MS, Rafienia P, Sabahi P, Tamaddon MR. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hemodialysis Patients' Quality of Life: A Randomized Educational Trial Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2018;17(3):241-52.
  81. Jamshidi m, Khayatan F, Aghaie A. Comparison of the effectiveness of combination of acceptance and commitment therapy with theraplay and acceptance and commitment therapy on quality of life in depressed children. *Journal of Nursing Education*. 2020;8(1):106-18.
  82. Esmali Kooraneh A, Alizadeh M, Khanizadeh Balderlou K. THE EFFECTIVENESS OF GROUP PSYCHOTHERAPY BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT ON QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER. *Studies in Medical Sciences*. ۲۴-۳۶۵:(۵)۲۷;۲۰۱۶ .
  83. Nikrah N, Bahari F, Shiri A. Effectiveness of the acceptance and commitment therapy on resilience and quality of life in patients with post-acute COVID-19 syndrome. *Applied Nursing Research*. 2023;73:151723.
  84. Konstantinou P, Ioannou M, Melanthiou D, Georgiou K, Almas I, Gloster AT, et al. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023.
  85. Philip J, Cherian V. Acceptance and commitment therapy in obsessive-compulsive disorder: A case study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2022;44(1):78-82.
  86. Mosher CE, Secinti E, Wu W, Kashy DA, Kroenke K, Bricker JB ,et al. Acceptance and commitment therapy for patient fatigue interference and caregiver burden in advanced gastrointestinal cancer: Results of a pilot randomized trial. *Palliative medicine*. 2022;36(7):1104-17.
  87. Davoudi M, Taheri AA, Foroughi AA, Ahmadi SM, Heshmati K. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and sleep quality in painful diabetic neuropathy: a randomized clinical trial. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2020;19:1081-8.
  88. McCracken LM, Vowles KE .Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *American psychologist*. 2014;69(2):178.
  89. Paulos-Guarnieri L, Linares IMP, El Rafihi-Ferreira R. Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of contextual behavioral science*. 2022;23:1-14.
  90. Zhang X, Haixia M, Yee LC, Wk HG, Mak YW. Effectiveness of Acceptance and

- Commitment Therapy on self-care, psychological symptoms, and quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023.
91. Li H, Jin X, Ng MSN, Mann KF, Wang N, Wong CL. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on fatigue interference and health-related quality of life among patients with advanced lung cancer: A pilot randomized controlled trial. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2022;9(8):100102.
92. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-oncology*. 2013;22(2):459-64.
93. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*. 2015;24(1):15-27.

*Original Article***Comparison of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on sleep disorder and quality of life of mothers with children's learning disabilities**

Received: 20/02/2023 - Accepted: 07/04/2024

Ebrahim Kokabi<sup>1</sup>  
Mohammad Mehdi Jahangiri<sup>2\*</sup><sup>1</sup> Master of Degree., Department of Psychology, Mahallat Branch, Islamic Azad University, Mahallat, Iran.<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Mahallat Branch, Islamic Azad University, Mahallat, Iran. (Corresponding Author)Email:  
m\_jahangiri@iaumahallat.ac.ir**Abstract****Introduction:** Comparing psychological approaches for more effectiveness is one of the topics of interest to researchers; Therefore, the purpose of this research is to compare cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on sleep disorder and quality of life of mothers with children with learning disabilities.**Methods:** The research method is semi-experimental and the research design is pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study was made up of all mothers with children with learning disabilities who referred to learning disability centers in the 2nd district of Tehran. The sampling method was purposeful and based on the criteria of entering and exiting the research was 45 people. which were randomly divided into two experimental and one control groups. Individual clinical profile form, Petersburg Sleep Quality Score (PSQI) and World Health Organization Quality of Life were used to collect data. To analyze the data, multivariate analysis of covariance was used using SPSS version 26 software.**Results:** After controlling for the effect of the pre-test, the difference between the pre-test and post-test scores of the two groups is significant for the sleep quality and quality of life variables, and the mean scores of the cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy groups in the sleep quality and life quality variables are significantly higher than the control group. ( $P < 0.05$ ).**Conclusion:** It can be said that both approaches are effective in improving the sleep disorder and the quality of life of mothers with children with learning disabilities.**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance And Commitment Therapy, Sleep Disorder, Quality Of Life, Learning Disorder