

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب: یک مطالعه شبه تجربی قبل و بعد

صفورا هادیان^۱، شیدا جبل‌عاملی*^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۹/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۲/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای مشکلات خواب و فشارهای روانشناختی در دانشجویان، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب بود.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل و مراحل پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان دانشگاه پیام نور قهدریجان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر از دانشجویان دارای اختلال خواب به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر برای هر گروه). گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی متمرکز بر شفقت قرار گرفت اما به گروه کنترل هیچ درمانی ارائه نشد. پرسشنامه‌های نشخوار فکری و اختلال خواب در مراحل پیش آزمون و پس آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده‌های به دست آمده با SPSS-16 و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که در مرحله پس آزمون، بین نشخوار فکری گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/003$). علاوه بر این، درمان بر زیرمقیاس‌های نشخوار فکری (حواس‌پرتی، تأمل، خودخوری) نیز تأثیر داشته و باعث بهبود آن‌ها شده است ($P<0/05$). **بحث و نتیجه‌گیری:** طبق نتایج پژوهش حاضر، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب موثر باشد. **کلیدواژه‌ها:** اختلال خواب، دانشجو، درمان متمرکز بر شفقت، نشخوار فکری.

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره دوم، ص ۹۶-۸۶، اردیبهشت ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۴۱۳۹۴۶۴

Email: Sh.jabalamelii@yahoo.com

مقدمه

ضعیف خواب مسئله شایعی در محیط‌های دانشگاهی است (۴). دانشجویان از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر مشکلات خواب هستند. رجستاین^۱ و همکارانش (۵) بر پایه مطالعه‌ای مشکلات خواب در گروه‌های دانشجویی را ۲ تا ۵ برابر بیش از جمعیت عمومی به دست آورده‌اند. خواب ناکافی و محرومیت از خواب با افت تحصیلی و کاهش عملکرد عادی روزانه در کلاس درس همراه است (۶) و مانع شرکت دانشجویان در کلاس درس و خواب‌آلودگی آنان هنگام شرکت در کلاس‌ها می‌شود (۷)، احساس خستگی و ناراحتی در روز را به دنبال دارد و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را در آنان پدید آورده و یا

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های زندگی آدمی خواب می‌باشد و حدود ۱۷۵۰۰۰ ساعت از عمر ما در خواب سپری می‌شود (۱). با این حال خواب یک رفتار منظم است که به عنوان یک امر ضروری و حیاتی و بر اساس یک ریتم زیستی تکرار می‌شود (۲). اختلالات خواب شامل: بی‌خوابی (ناراضی از کیفیت و کمیت خواب) با علائمی همچون سختی در شروع خواب، حفظ و تداوم خواب و یا ناتوانی در داشتن یک خواب آرامش‌بخش می‌باشد (۳). همه افراد ممکن است با مشکلات خواب دست‌وپنجه نرم کنند. باوجود این عادت‌های

^۱ گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

^۲ گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

^۱. Regestein

موضوع درمان متمرکز بر شفقت این است که رفتارها، افکار، عوامل و تصاویر آرامبخش باید از حالت بیرونی به درونی تبدیل شوند و با این تغییر، ذهن انسان در برخورد با این عوامل درونی نیز آرام می شود (۲۲). درمان متمرکز بر شفقت در پی ایجاد تغییر از طریق گسترش "ذهن مشفق" است (۲۳). تعریف استاندارد شفقت که در این درمان از آن استفاده می شود عبارت است از: « حساس بودن نسبت به وجود رنج در خود و دیگران و تلاش برای بهبود یا پیشگیری از آن » (۲۲). در مطالعات اخیر نشان داده شده است که عمده ترین عنصر تأثیرگذار درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و با موضوع خود سرزنشگری در افراد دچار افسردگی می باشد (۱۹). بنابراین اثربخشی این درمان بر نشخوار فکری افراد مورد تأیید قرار گرفته است و از آنجاکه یکی از حیطه های مهم و موردبررسی در اختلالات خواب، نشخوار فکری افراد می باشد و از طرفی این نشخوارگری ها می تواند بر کمیت و کیفیت خواب تأثیرگذار باشد لذا درمان و کنترل این نشخوارگری ها از اهمیت بالایی برخوردار می باشد. همچنین با توجه به اهمیت خواب در زندگی انسان و میزان بالای شیوع اختلالات خواب و نشخوارهای فکری در جمعیت دانشجویان و همچنین با توجه به نیاز به بررسی اثربخشی این درمان در فرهنگ شرقی و با توجه به اینکه در داخل کشور کمتر به درمان متمرکز بر شفقت خصوصاً در دانشجویان پرداخته شده است، اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش احساس می شود. همچنین بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون در ایران پژوهشی در زمینه اثربخشی این درمان بر مشکلات افراد دارای اختلال خواب انجام نشده است و نوآوری پژوهش حاضر در استفاده از این درمان برای دانشجویان مبتلا به اختلال خواب بوده است. لذا این پژوهش بر آن است تا با توجه به اهمیت موضوع، به بررسی تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب بپردازد.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با مراحل پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری همه دانشجویان دانشگاه پیام نور قهدریجان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که از میان آن ها ۳۰ نفر از دانشجویان دختر دارای اختلال خواب از میان افراد

افزایش می دهد (۸). طی پژوهش های انجام شده در جمعیت غیر بالینی نشان می دهد نشخوار فکری به طور مستقیم در بروز آشفتگی ها و اختلالات خواب نقش اساسی دارد (۹،۱۰). در واقع نشخوار فکری (واژه های عمومی است که به چند نوع تفکر اشاره می کند و غالباً به عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده کننده شناخته می شود که پاسخی به خلق پایین هستند (۱۱). پاپا جورجیو و ولز^۳ نشان دادند که نشخوار فکری متشکل از سه مؤلفه حواس پرتی^۴، تأمل^۵ و خودخوری^۶ است و همچنین ترینور^۷ و همکارانش نشان دادند که نشخوار فکری شامل دو زیرمجموعه خودخوری و تأمل است (۱۲) به نظر می رسد که خودخوری، شکل انفعالی نشخوار فکری و تأمل، شکل فعال آن باشد. در واقع به کارگیری تأمل در ارتباط با رویدادهای منفی زندگی افراد را به سمت حل مسئله پیش از غرق شدن در افکار منفی شان هدایت می کند، در مقابل خودخوری با سرکوب شناخت های منفی درباره ی رویدادهای منفی زندگی موجب ترغیب فرد به فرار از مشکل و تلاش های مقابله ای منفعلانه همچون انکار و اجتناب می شود (۱۳،۱۴). در مبتلایان به بی خوابی، کسانی که نشخوار فکری بیش تری دارند، از کارایی کمتری برخوردارند و در هنگام خوابیدن، زمان بیشتری را در بستر می مانند (۱۵). از جمله درمان های رایج امروزی در درمان اختلالات خواب، دارودرمانی است. گر چه این داروها مؤثر هستند اما اغلب عوارض جانبی زیادی مانند باقی ماندن تأثیر مسکن در طول روز در بدن، خواب آلودگی، گیجی، سردردهای خفیف، نقص های شناختی و وابستگی ایجاد می کند (۱۶). در سال های اخیر تحقیقات ثابت کرده اند که روان درمانی ها در اختلال خواب مؤثر بوده است (۱۷). از جمله این درمان ها، درمان مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماری های خاص جلب کرده است (۱۸). درمان مبتنی بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان شناسی موج سوم، بر این اساس و باهدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است (۱۹) گیلبرگ (۲۰)، برپایه روانشناسی تحولی، علم عصب پایه عاطفی، فلسفه عملی بودیستی و نظریه تکاملی، نوع کاملی از رفتار درمانی تجربی را تدوین کرده است که با نام "درمان متمرکز بر شفقت" شناخته می شود. که می تواند به عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد (۲۱).

5. Reflection

6. Brooding

7. Treynor

2. Rumination

3. Papageorgiou & Wells

4. Distraction

شد. این پرسشنامه شامل ۱۷ سوال است که اختلال خواب را در سه حیطه مشکل در شروع خواب (۵ سوال) مشکل در تداوم خواب (۷ سوال) و بیداری از خواب (۵ سوال) مورد بررسی قرار می دهد. به هر سوال با دو گزینه بله و خیر پاسخ داده می شود. کمترین نمره برای هر حیطه صفر و بیشترین نمره برای قسمت های اول و سوم ۱۰ می باشد که نمره بالای ۵ نشانه مشکل در شروع و بیداری از خواب و برای قسمت دوم ۱۴ است که نمره بالای ۷ نشانه مشکل در قسمت تداوم خواب است. روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha = 0.94$) می باشد و پایایی بازآزمایی آن ($\alpha = 0.86$) بوده است (۳۲).

به منظور انجام این پژوهش، پس از تعیین اهداف و طی روند اداری و اخذ کد اخلاقی، ابتدا از طریق نصب اطلاعیه‌ای در دانشگاه پیام نور شهر قهدریجان از دانشجویان داوطلبی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند دعوت شد. سپس با ۶۰ دانشجوی داوطلبی که ثبت نام کرده بودند، مصاحبه شد و پرسشنامه اختلال خواب (محمدی و همکاران) بر روی آن‌ها اجرا شد و از میان آن‌ها کسانی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس پیش از شروع در دو گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. در گروه آزمایش، درمان متمرکز بر شفقت طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی انجام شد اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. سپس بعد از اتمام جلسات درمان، پس از شروع در هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. بعد از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان در گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد. علاوه بر این، بر محرمانه بودن یافته‌های پژوهش و استفاده از آن‌ها برای اهداف پژوهشی تاکید شد و به آزمودنی‌ها گفته شد که نتایج پرسشنامه‌ها در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر خواهد شد. ضمناً برای رعایت حقوق آزمودنی‌ها از پرسشنامه‌های بدون نام استفاده شد. همچنین مشارکت در این تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای آزمودنی‌ها نداشت. خلاصه پکیج آموزشی برگرفته از پروتکل درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) به‌طور خلاصه در جدول (۱) آمده است:

داوطلب و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر برای هر گروه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن نشانه‌های اختلال خواب طبق ملاک‌های DSM 5 و بر اساس مصاحبه‌ی بالینی و گرفتن شرح حال، دامنه سنی ۲۰-۳۵ سال، عدم شرکت در دوره‌های درمانی روانشناختی، عدم مصرف دارو در طول دوره پژوهش و نیز نداشتن سابقه ابتلا به اختلالات روانی شدید بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تکمیل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش در زیر آمده است:

پرسشنامه پاسخ نشخواری^۸ (RRS): این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارلو^۹ در سال ۱۹۹۱ (۲۴) ساخته شده است و برای ارزیابی نشخوار فکری ۲۲ ماده دارد که این ماده‌ها روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۲۵) از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون دامنه نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد. نمره کل نشخوار فکری از جمع همه ماده‌ها محاسبه می‌شود (۲۶). پایاچورجیو و ولز (۲۷) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و همبستگی درون طبقه‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. منصور و همکاران (۲۸) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و همچنین حساسیتی، ولی زاده و مهربانی زاده هنرمند (۲۹) آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای آن گزارش کردند. ترینور و همکارانش^{۱۰} (۱۲)، برای نشخوار فکری سه خرده مقیاس حواس‌پرتی (پرسش‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۲، ۱۱، ۷) خودخوری (پرسش‌های ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۱۰، ۵) را معرفی کرده است. گزارش‌ها حاکی از پایایی و اعتبار خرده مقیاس‌ها است (۳۰). فرخی، سیدزاده و مصطفی پور (۳۱) در پژوهشی پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش کردند. به‌طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی و همسانی درونی مناسبی برخوردارند و برای کاربردهای تشخیصی، درمانی و پژوهشی پیرامون نشخوار فکری ابزار مناسبی می‌باشد.

پرسشنامه اختلال خواب: پرسشنامه اختلال خواب در سال ۱۳۸۸ توسط علی محمدی، دادخواه، مظفری و مولایی (۳۲) ساخته

¹⁰. Treynor et al

⁸. Ruminative Response Scale

⁹. Nolen-Hoeksema & Morrow.

جدول (۱): خلاصه بسته آموزش درمان متمرکز بر شفقت

محتوا	عنوان	جلسات
<p>معرفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر، تشریح هدف پژوهش و اهمیت مسئله، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، اخذ رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها و تأکید بر اصل رازداری</p> <p>برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت</p> <p>ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق.</p> <p>تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است؟</p>	<p>معرفه، پیش‌آزمون</p> <p>مفهوم‌سازی موردی</p> <p>معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان</p>	<p>جلسه اول</p> <p>جلسه دوم</p> <p>جلسه سوم</p>
<p>بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، شنیدن توجه آگاهانه (به‌عنوان مثال: تمرین شنیدن صداهای اطراف).</p> <p>تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، شنیدن، دیدن و خوردن توجه آگاهانه در خانه</p>	<p>آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بُعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری)، توضیح این موضوع که مراجع برای اینکه به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد.</p> <p>تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند</p>	<p>آشنایی با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. استفاده از ریتم تنفسی آرام‌بخش، آموزش نحوه تصویرسازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای فن‌صندلی مشفق (یا فن دو صندلی).</p> <p>تکلیف: مراجع چند ثانیه نشخوار فکری کنند و بعد تمرین خودمشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خود انتقادگری بپردازد</p>	<p>استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش، معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، توضیح دی‌گرام مغز و تقصیر تو نیست، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه.</p> <p>تکلیف: استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج</p>	<p>تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از تمرین. تمرین شفقت ورزی به خود، فن ایجاد یک تصویر مشفق ایدئال و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت، انجام تمرین استعاره روز عالی در جلسه برای شناخت ارزش‌ها.</p> <p>تکلیف: مراجع تمرین‌های یاد گرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد</p>	<p>احساس مشفقانه</p>	<p>جلسه هشتم</p>
<p>بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نام‌های مشفقانه برای خود در خانه بنویسد</p> <p>جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته. بازنگری تکالیف خانگی و بازنگری کل برنامه، اجرای پس‌آزمون، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین</p>	<p>رفتار مشفقانه</p> <p>اختتامیه</p>	<p>جلسه نهم</p> <p>جلسه دهم</p>

$\pm 26/46$ و در گروه کنترل ($24/66 \pm 5/92$) سال بود. همچنین از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایش ۱۱ نفر متأهل و ۴ نفر مجرد و در گروه کنترل ۷ نفر متأهل و ۸ نفر مجرد بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال نیز در گروه آزمایش ۴۰ درصد شاغل و ۶۰ درصد بیکار و در گروه کنترل ۴۶/۷ درصد شاغل و ۵۳/۳ درصد بیکار بودند. داده های توصیفی نمره نشخوار فکری و زیرمقیاس های آن در دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آمده است.

در این پژوهش، داده های به دست آمده با نرم افزار SPSS16 و با استفاده از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANOVA)) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تحلیل توصیفی داده‌های مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ($6/36$)

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد نشخوار فکری دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
حواس پرتی	کنترل	پیش‌آزمون	۲۵/۲۶	۶/۰۹
		پس‌آزمون	۲۵/۸۶	۷/۲۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۸/۲۶	۳/۸۴
		پس‌آزمون	۲۳/۳۳	۳/۱۹
تأمل	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰/۶۰	۲/۹۹
		پس‌آزمون	۱۱/۸۶	۳/۶۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲/۶۶	۲/۶۰
		پس‌آزمون	۱۰/۸۶	۲/۵۵
خودخوری	کنترل	پیش‌آزمون	۱۱/۳۳	۲/۹۱
		پس‌آزمون	۱۲/۲۰	۲/۸۳
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۵۳	۱/۹۵
		پس‌آزمون	۱۱/۲۰	۲/۰۰
نمره کلی نشخوار فکری	کنترل	پیش‌آزمون	۴۷/۲۶	۱۱/۰۰
		پس‌آزمون	۴۹/۹۳	۱۲/۲۵
	آزمایش	پیش‌آزمون	۵۴/۲۶	۶/۶۱
		پس‌آزمون	۴۵/۴۰	۵/۷۶

به‌منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های مربوط به تحلیل‌های آماری پارامتریک از طریق آزمون لوین، آزمون کولموگراف - اسمیرونوف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در جدول‌های ذیل ارائه شده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات نشخوار فکری و زیرمقیاس های آن در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است که تاثیر درمان بر گروه آزمایش را نشان می‌دهد اما در گروه کنترل بین نمرات پس آزمون با پیش آزمون تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

جدول (۳): نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرونوف جهت نرمال بودن توزیع متغیر وابسته

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی داری	نتیجه
حواس پرتی	کنترل	۰/۹۴۲	۱۵	۰/۴۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	۰/۸۷۷	۱۵	۰/۵۱	
تأمل	کنترل	۰/۹۶۷	۱۵	۰/۸۱	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	۰/۸۴۶	۱۵	۰/۰۱	
خودخوری	کنترل	۰/۹۴۲	۱۵	۰/۰۵	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	۰/۸۶۸	۱۵	۰/۰۳	
نمره کلی نشخوار فکری	کنترل	۰/۹۴۲	۱۵	۰/۰۴	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	۰/۸۷۷	۱۵	۰/۴۰	

نتایج جدول ۲ حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیر
پژوهش می‌باشد. در زیر مقیاس تأمل و خودخوری در گروه آزمایش
نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار نبود.

جدول (۴): نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس خطا در متغیرهای پژوهش

متغیر	F	DF1	DF2	سطح معنی داری
حواس پرتی	۰/۰۳۷	۱	۲۸	۰/۸۵۰
تأمل	۰/۰۴۶	۱	۲۸	۰/۸۳۱
خودخوری	۳/۰۵۰	۱	۲۸	۰/۰۹۲
نشخوار فکری	۰/۰۱۸	۱	۲۸	۰/۸۹۴

نتایج جدول ۴ نشان داد که این مفروضه در رابطه با بررسی
درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر نشخوار فکری برقرار است
($F=0.018, P=0.894$)؛ و همچنین شاخص آماری لوین در تمام
ابعاد نشخوار فکری معنادار است ($P>0.05$)، بنابراین فرض
همسانی واریانس‌ها تأیید می‌گردد.

جدول (۵): تحلیل کوواریانس چند متغیره برای نشخوار فکری

اثرات	ارزش	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معناداری	مجذورات	توان آماري
نشخوار فکری	۰/۵۵۴	۶/۱۷۶	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۴۴	۰/۹۲

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۵ نشان می‌دهد
بین دو گروه آزمایش و کنترل در تمام زیر مقیاس‌های نشخوار فکری
(حواس پرتی، تأمل و خودخوری) تفاوت معناداری وجود دارد
($p<0.05$). بنابراین با توجه به مقایسه میانگین‌ها، ۴۴ درصد
از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به درمان متمرکز بر شفقت
می‌باشد که حاکی از تأثیرگذاری این مداخله دارد.

جدول (۶): تحلیل کوواریانس چند متغیره برای نشخوار فکری

توان	مجموع	درجه	F	مجدور میانگین	مجدور	آماره	اثرات
	مجدورات	آزادی			اتا		
حواس پرتی	۱۸۲/۹۹۸	۱	۱۵/۹۷۴	۱۸۲/۹۸۸	۰/۳۹۰	۰/۹۷۰	
تأمل	۵۳/۸۱۴	۱	۸/۴۸۶	۵۳/۸۱۴	۰/۲۵۳	۰/۷۹۹	
خودخوری	۳۶/۸۹۷	۱	۱۰/۵۶۱	۳۶/۸۹۷	۰/۲۹۷	۰/۸۷۸	

نتایج جدول (۶) نشان داد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در تمامی متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). به عبارتی با توجه به مجدور اتا ۳۹ درصد از نمرات حواس پرتی و ۲۵ درصد از نمرات تأمل و ۲۹ درصد از نمرات خودخوری در مرحله‌ی پس‌آزمون ناشی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بوده است. توان آماری برای هر ۳ زیر مقیاس حکایت از کفایت حجم نمونه دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش تعیین تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری دانشجویان مبتلا به اختلال خواب بود. بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت باعث بهبود نشخوار فکری دانشجویان مبتلا به اختلال خواب شده است. این یافته از پژوهش حاضر با یافته‌های نوربالا، برجعلی و نوربالا (۳۳)، فنوتای و همکاران (۳۴)، شیرالی نیا، چلداوی و امان الهی (۳۵)، رایس (۳۶)، کریگر و همکاران (۳۷) و لوپس ویوتلی (۱۹) همسو است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند نشخوار فکری را کاهش و هیجانات مثبت و شفقت به خود آن‌ها را افزایش دهد. لوپس و ویوتلی در فرا تحلیل خود دریافتند که عنصر اثربخش این درمان بر افراد افسرده اثرگذاری آن بر نشخوار فکری با موضوع خود سرزنشگری می‌باشد. عنصر نشخوارگری همان متغیری است که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین در راستای نتایج این پژوهش کریگر و همکاران دریافتند که افراد افسرده ایی که شفقت به خود بیشتری را پرورش دادند نشخوار فکری و اجتناب کمتری را تجربه کردند. از طرف دیگر با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و فن‌های ذهن آگاهانه می‌باشد (۳۸) بنابراین استفاده از این راهکارها بیشترین تأثیر را بر نشخوارگری داراست. رایس نیز ادعا می‌کند اگر نشخوار بالا

باشد و درمان مبتنی بر شفقت نتواند آن را تغییر دهد، در نتیجه، نشخوار فکری به‌طور معکوس بدتر و بیشتر خواهد شد (۳۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت که در بسیاری از افرادی که با اختلال‌های روان‌شناختی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود به‌نوعی پرکاری شدید، دچار است که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد خواهد بود؛ از طرف دیگر سیستم رضایت و امنیت نیز در این افراد، سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان مبتنی بر شفقت برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم امنیت، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم، نشخوارهای فکری کاهش می‌یابد (۳۹) مؤلفه‌ی دیگری که در اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری نقشی مهم ایفا می‌کند به هوشیاری است. در واقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از بهوشیاری می‌توانند تجارب هیجانی خود را شناسایی کنند و یک نگرش مشفقانه نسبت به افکار و احساسات منفی و ناراحت کننده خود پیدا می‌کنند. در بیماران با اختلال بی‌خوابی، نشخوار ذهنی مداوم فرد در مورد بخواب رفتن در طول روز یا شب منجر به برانگیختگی جسمانی و هیجانی در فرد می‌شود. حتی فرد ممکن است در مورد خود این افکار نیز تفکر نماید. داشتن افکار فراشناخت مانند اینکه نباید این فکرها را داشته باشم می‌تواند به برانگیختگی بیشتر شخص منجر شود. تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن آگاهی فرد را از دامنه‌ای از محرک‌های درونی از جمله (افکار، هیجانات، حس‌های فیزیولوژیک) و محرک‌های بیرونی افزایش می‌دهد. علاوه بر این ذهن آگاهی مؤلفه مهمی است که از عناصر عمده در تمرینات درمان متمرکز بر شفقت است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن آگاهی تولید شده و انجام می‌پذیرد (۲۳). ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیا‌های درونی به بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند و همچنین ذهن آگاهی می‌تواند با کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوار گر خود و

شود. از سوی دیگر با توجه به شیوع بالای مشکلات خواب در بین دانشجویان و اثرات مخرب آن بر عملکردهای مختلف این افراد، توصیه می شود که از نتایج این مطالعه در مراکز سلامت و بهداشت جامعه خصوصاً مراکز درمانی و مشاوره ای دانشگاه ها توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود.

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان مبتلا به اختلال خواب مؤثر می باشد. لذا از آنجایی که خود نشخوار فکری یکی از جنبه های اثرگذار بر بی خوابی و ایجاد مشکلات خواب در دانشجویان می باشد به نظر می رسد که با کاهش نشخوارهای فکری منفی، زمینه مساعدتری برای بهبود در کیفیت و کمیت خواب این گروه از افراد فراهم شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی دانشجویان و همکاران گرامی در مرکز دانشگاه پیام نور شهر قهدریجان که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. در ضمن این تحقیق دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1397.033 می باشد.

References:

- 1-Sadock B, Virginia A, Pedro R. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/Clinical Psychiatry, Translated by Farzin Rezaee. Tehran: Arjmand; 2015. (Persian)
- 2- Linde Sh, Hauri P. Sleep and sleepless. Translated by Mehdi Gharachdaghi. Tehran: Mosalas; 2012. (Persian)
- 3-Eliza L, Sutton M. Insomnia. Med Clin North Am 2014; 3: 565-81.
- 4- 1. Lowry M, Dean K, Manders K. The link between sleep quantity and academic performance for the college student. Sentience 2010;3(2):16-9.
- 5-Regestein Q, Nataragan V, Pavlova M, Kawasaki S, Gleason R, Koffe E. Sleep depression in female college students. Psychiatry 2010; 176:349.
- 6- Ng EP, Ng DK, Chan CH. Sleep duration, Wake /sleep symptoms and academic performance in Hong Kong secondary school children. Sleep Breath 2009; 13: 357-67.

آسیبی که به بار می آورند آگاه شده، این چرخه های نشخوار فکری و افکار خود اعتقادی و تخریبگر را بهتر درک کرده و آن ها را درهم شکنیم بخش عمده ای از هیجان های منفی که افراد تجربه می کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می شود. در واقع می توان گفت مؤلفه ذهن آگاهی با کاهش نشخوار فکری منجر به کاهش عاطفه منفی می شود؛ و همچنین کمک می کند که از شکل گیری افکار واریسی و معطوف به ارزیابی خود پیشگیری کند و باعث کاهش نشخوار فکری شود. در نهایت این پژوهش حاکی از اثر بخش بودن درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب بود. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به این مورد اشاره کرد که این پژوهش در یک نمونه خاص از دانشجویان (دختران و زنان دانشجو) در دسترس مبتلا به اختلال خواب در دانشگاه پیام نور قهدریجان صورت گرفته است، بنابراین تعمیم پذیری نتایج را به سایر جوامع و گروه های فرهنگی و جنسیتی با محدودیت مواجه می سازد. از سوی دیگر، به دلیل نداشتن دوره پیگیری، پایداری نتایج درمان در بلند مدت بررسی نشده است. لذا پیشنهاد می شود که این مطالعه در جوامع غیر دانشجویی و مناطق دیگر و بر روی گروه مردان نیز انجام گیرد تا تأثیر جنسیت، فرهنگ و نوع گروه در این نتایج مشخص

- 7- Lund HG. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. J Adolesc Health 2009;15:134-37.
- 8-Fernandez-mendoza J, Vela-Bueno A, Vontzas AN, Olavarrieta-brnadino S, Ramos-plat MJ, Bixler EO. Night time sleep and day time functioning correlates of the insomnia complaint in young adults. J Adolesc Health 2009;32:1059-74.
- 9- Fernandez-Mendoza J, Vela-Bueno A, Vgontzas AN, Ramos-Platon MJ, Olavarrieta-Bernardino S, Bixler EO, et al. Cognitive-emotional hyperarousal as a premorbid characteristic of individuals vulnerable to insomnia. Psychosomatic Med 2010; 72: 397-403.
- 10- Carney C, Harris A, Falco A, Edinger J.D. The relation between insomnia symptoms, mood, and rumination about insomnia symptoms. J Clin Sleep Med 2013; 9 (6): 567-75.
- 11- Callesen P, Backhausen Jensen A, Wells A. Metacognitive therapy in recurrent depression: A case

- replication series in Denmark. *Scand J Psychol* 2013; 55: 60-4.
- 12- Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A Pasychometric analysis. *Cogn Ther* 2003; 27: 247-59.
- 13- Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behav Res Ther* 2007; 45: 3088- 3095.
- 14- Vesal M, Nazarinya A. Prediction of depression and sleep quality based on thought rumination and its components (inhibition and reflection) in patients with Rheumatoid arthritis. *Thought Behav Clin Psychol* 2016; 9(41): 47-56. (Persian)
- 15- Carney C, Harris A, Falco A, Edinger JD. The relation between insomnia symptoms, mood, and rumination about insomnia symptoms. *J Clin Sleep Med* 2013; 9 (6): 567- 75.
- 16- Han KH, Kim SY, Chung SY. Effect of acupuncture on patients With insomnia study protocols for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 403.
- 17- Yook K, Lee SH, Ryu M, Kim KH, Choi TK, Sun SY, et al. Usefulness of mindfulness –based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(6): 501-3.
- 18- Ros-Morente A, Mora CA, Nadal, CT, Belled AB, & Berenguer N J. An examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Annals Psychol* 2017; 34(1): 63-67.
- 19- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med* 2015; 45(5): 927-45.
- 20- Gilbert P. Compassion focused therapy special issue. *Int J Cogn Therap* 2010; 3: 197-201.
- 21- Palmer S. *The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*. Sage; 2015. P. 127.
- 22- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 2014; 53(1): 6-41
- 23- Irons C, Lad S. Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Aust Clin Psychol* 2017; 21: 3(1).
- 24- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J Personal Soc Psychol* 1991; 61(2): 115-21.
- 25- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnormal Psychol* 2000; 109(3): 504.
- 26- Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Pers Individ Dif* 2005; 39(6): 1105–11.
- 27- Papageorgiou C, Wells A. *Depressive rumination: Nature, Theory and Treatment*. England: John Wiley & Sons Inc; 2011.
- 28- Mansori A, Bakhshipoor Rodsari A, Mahmood Alilo M. The comparison of woeey, obsession and rumination in individual with Generalized Anxiety Disorder, Obsessiv-Compulsive Disorder, Major Depression Disorder and normal individual. *J Psychol Stud* 2012; 7(4): 55-74. (Persian)
- 29- Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *J Fundam Ment Health* 2013; 15(1): 71-81. (Persian)
- 30- Surrence K, Miranda R, Marroquin B, Chan SH. Brooding and reflective rumination among suicide attempters: Cognitive vulnerability to suicidal ideation. *Behav Res Ther* 2009; 47: 803-8.
- 31- Farrokhi H, Seyed Zadeh E, Mostafa Pur V. Investigating Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Version of the Positive and Negative Belief Rumination Scale and Rumination Response Scale. *Iran J Adv Progressn Behav Sci* 2013; 14(2): 21-37. (Persian)
- 32- Ali mohammadi M, Dadkhah B, Mozaffari N, Molarr B. The prevalence of sleep disorder in Ardabil city university students. *J Nurs Midwifery* 2009; 11: 11-1.

- 33- Noorbala F, Borjali A, Noorbala A A. The interaction effect between “Self Compassion” and “Rumination” of depressed patients in “Compassion Focused Therapy”. *Sci Res J Shahed Univ* 2013; 104: 77-84.
- 34- Ghanavati A, Bahrami F, Godarzi K, Rozbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Health Psychol* 2018; 7, 3 (27): 152-168. (Persian)
- 35- Shiralinia Kh, Cheldavi R., Amanelahi A. The effectiveness of compassionfocused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women 2018; 10(1): 37: 9-19.
- 36- Raes F. Rumintion and Worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Dif* 2010; 48: 757-61.
- 37- Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther* 2013; 44(3): 501-13.
- 38- Wells A, Fisher P. *Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies*. John Wiley & Sons; 2015.
- 39- Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Therapy* 2014; 31: 58: 43-51.

THE EFFECTIVENESS OF COMPASSION –FOCUSED THERAPY (CFT) ON RUMINATION IN STUDENTS WITH SLEEP DISORDERS: A QUASI-EXPERIMENTAL RESEARCH, BEFORE AND AFTER

Safoura Hadian¹, Sheida Jabalameli^{2*}

Received: 03 Dec, 2019; Accepted: 10 Mar, 2019

Abstract

Background & Aims: According to the high prevalence of sleep disorders and psychological problems in students, the purpose of this research was to study the effectiveness of Copassion-Focused Therapy (CFT) on rumination of the students with sleep disorders.

Materials & Methods: The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of this study was students with sleep disorders in Payame noor university of Ghahderijan in 2017-2018. The sample consisted of 30 students from this population that were selected by available sampling method and were randomly assigned to two experimental and control groups (15 individuals for each group). Participants in the experimental group participated in 8 weekly sessions, 90 minutes of CFT, while the control group did not receive any interventions. Both of the groups completed Rumination Questionnaire (Nolen- Hokesema, 1991) in pre-test and post-test. Data were analyzed using multivariate covariance analysis using SPSS-16 software.

Results: The results of multivariate covariance analysis indicated a significant difference between the two groups (experiment and control) in all research variables of Rumination ($p=0/003$). Furthermore, this intervention affected and improved the components of rumination (Distraction, Reflection, and Brooding) ($p<0/05$).

Conclusion: According to the findings of this study the CFT can be effective on rumination of the students with sleep disorder.

Keywords: Sleep Disorder, Student, Compassion- Focused Therapy (CFT), Rumination.

Address: Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Tel: (+98) 09134139464

Email : Sh.jabalameli@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2019; 30(2): 96 ISSN: 1027-3727

¹ Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

² Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author)