مقاله پژوهشی

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 آن ها ۳۰ نفر از دانشجویان دارای اختلال خواب به شیوه نمونه گیری 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 دقیقه ای تحت درمان گروهی متمرکز بر شفقت قرار گرفت اما به گروه کنترل هیچ درمانی ارائه نشد. پرسشنامه های نشخوار فکری و اختلال خواب در مراحل پیش آزمون و پس آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده های 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=۰/۰۰۳). علاوه بر این، درمان بر زیرمقیاس های نشخوار فکری (حواس‌پرتی، تأمل، خودخوری) نیز تأثیر داشته و باعث بهبود آن ها شده است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: طبق نتایج پژوهش حاضر، درمان متمرکز بر شفقت می تواند 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.jabalameli@yahoo.com

مقدمه

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های زندگی آدمی خواب می‌باشد و حدود ۱۷۵۰۰۰ ساعت از عمر ما در خواب سپری می شود (۱). با این حال خواب یک رفتار منظم است که به عنوان یک امر ضروری و حیاتی و بر اساس یک ریتم زیستی تکرار می شود (۲). اختلالات خواب شامل: بی‌خوابی (نارضایتی 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. باوجوداین عادت‌های ضعیف خواب مسئله شایعی در محیط‌های دانشگاهی است (۴). دانشجویان از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر مشکلات خواب هستند. رجستاین [1] 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

[۱] گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

[۲] گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول)

[1]. Regestein

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

افزایش می‌دهد (۸). طی پژوهش‌های انجام‌شده در جمعیت غیر بالینی نشان می‌دهد نشخوار فکری به‌طور مستقیم در بروز آشفتگی‌ها و اختلالات خواب نقش اساسی دارد (۹،۱۰). در واقع نشخوار فکری[2](واژه‌ای عمومی است که به چند نوع تفکر اشاره می‌کند و غالباً به‌عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده کننده شناخته می‌شود که پاسخی به خلق پایین هستند (۱۱). پاپا جورجیو و ولز[3] نشان دادند که نشخوار فکری متشکل از سه مؤلفه حواس‌پرتی [4]، تأمل [5] و خودخوری [6] است و همچنین ترینور[7] و همکارانش نشان دادند که نشخوار فکری شامل دو زیرمجموعه خودخوری و تأمل است (۱۲) به نظر می‌رسد که خودخوری، شکل انفعالی نشخوار فکری و تأمل، شکل فعال آن باشد. درواقع به‌کارگیری تأمل در ارتباط با رویدادهای منفی زندگی افراد را به سمت حل مسئله پیش از غرق شدن در افکار منفی‌شان هدایت می‌کند، در مقابل خودخوری با سرکوب شناخت‌های منفی درباره‌ی رویدادهای منفی زندگی موجب ترغیب فرد به فرار از مشکل و تلاش‌های مقابله‌ای منفعلانه همچون انکار و اجتناب می‌شود (۱۳،۱۴). در مبتلایان به بی‌خوابی، کسانی که نشخوار فکری بیش‌تری دارند، از کارایی کمتری برخوردارند و در هنگام خوابیدن، زمان بیشتری را در بستر می‌مانند (۱۵). ازجمله درمان‌های 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، خواب‌آلودگی، گیجی، سردردهای خفیف، نقص‌های شناختی و وابستگی ایجاد می‌کند (۱۶). در سال‌های اخیر تحقیقات ثابت کرده‌اند که روان‌درمانی‌ها در اختلال خواب مؤثر بوده است (۱۷). ازجمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (۱۸). درمان مبتنی بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی 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 می‌تواند به‌عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد (۲۱).

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 عمده‌ترین عنصر تأثیرگذار درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و با موضوع خود سرزنشگری در افراد دچار افسردگی می‌باشد (۱۹). بنابراین اثربخشی این درمان بر نشخوار گری افراد مورد تأیید قرار گرفته است و ازآنجاکه یکی از حیطه‌های مهم و موردبررسی در اختلالات خواب، نشخوار فکری افراد می‌باشد و از طرفی این نشخوارگری‌ها می‌تواند بر کمیت و کیفیت خواب تأثیرگذار باشد لذا درمان و کنترل این نشخوار گری‌ها از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. 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 ـ 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

[2]. Rumination

[3]. Papageorgiou &Wells

[4]. Distraction

[5]. Reflection

[6]. Brooding

[7]. Treynor

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

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

پرسشنامه پاسخ نشخواری[8](RRS): این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارلو [9] 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). پاپاجورجیو 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. منصوری و همکاران (۲۸) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و همچنین حسنوندی، ولی زاده و مهرابی زاده هنرمند (۲۹) آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای آن گزارش کردند. ترینور و همکارانش[10] (۱۲)، برای نشخوار فکری سه خرده مقیاس حواس‌پرتی (پرسش‌های ۱،۲،۳،۴،۶،۸،۹،۱۴،۱۷،۱۸،۱۹،۲۲)، تأمل (پرسش‌های ۷،۱۱،۱۲،۲۰،۲۱) خودخوری (پرسش‌های ۵،۱۰،۱۳،۱۵،۱۶) را معرفی کرده است. گزارش‌ها حاکی از پایایی و اعتبارخرده 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. به‌طورکلی 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 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 (r= ۰/۹۴) می باشد و پایایی بازآزمایی آن (r= ۰/۸۶) 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 وهمکاران) بر روی آن ها 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 آزمون در دو گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. در گروه آزمایش، درمان متمرکز بر شفقت طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفتگی انجام شد اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. سپس بعد از اتمام جلسات درمان، پس آزمون 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 آزمودنی های هر دو گروه تکمیل شد. علاوه بر این، بر محرمانه بودن یافته های پژوهش و استفاده از آن ها برای اهداف پژوهشی تاکید شد و به آزمودنی ها 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:

8. Ruminative Response Scale

9. Nolen-Hoeksema & Morrow.

10. Treynor et al

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

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

جلسات	عنوان	محتوا
جلسه اول	معارفه، پیش‌آزمون	معارفه 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
جلسه دوم	مفهوم‌سازی موردی	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت
جلسه سوم	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان	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. تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است؟
جلسه چهارم	آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغزآگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، شنیدن توجه آگاهانه (به‌عنوان‌مثال: تمرین شنیدن صداهای اطراف). تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، شنیدن، دیدن و خوردن توجه آگاهانه در خانه
جلسه پنجم	آشنایی با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بُعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی 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. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند
جلسه ششم	استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. استفاده از ریتم تنفسی آرام‌بخش، آموزش نحوه تصویرسازی خودِ مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای فن صندلی مشفق (یا فن دو صندلی). تکلیف: مراجع چند ثانیه نشخوار فکری کنند و بعد تمرین خودِمشفق 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
جلسه هفتم	تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	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 دیاگرام مغز و تقصیر تو نیست، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج
جلسه هشتم	احساس مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از تمرین. تمرین شفقت ورزی به خود، فن ایجاد یک تصویر مشفقِ ایدئال و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت، انجام تمرین استعاره روز عالی در جلسه برای شناخت ارزش‌ها. تکلیف: مراجع تمرین‌های یاد گرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد
جلسه نهم	رفتار مشفقانه	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؛ نامه‌های مشفقانه برای خود در خانه بنویسد
جلسه دهم	اختتامیه	جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته. بازنگری تکالیف خانگی و بازنگری کل برنامه، اجرای پس‌آزمون، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

در این پژوهش، داده های به دست آمده با نرم افزارSPSS16 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 (۶/۳۶ ± ۲۶/۴۶) و در گروه کنترل (۵/۹۲± ۲۴/۶۶) 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.

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

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
حواس‌پرتی	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

جدول ۲ نشان می دهد 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 می دهد اما در گروه کنترل بین نمرات پس آزمون با پیش آزمون تفاوت معناداری مشاهده نمی شود.

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

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

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

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی‌داری	نتیجه
حواس‌پرتی	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 داده ها 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 معنی‌داری
حواس‌پرتی	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 (P=۰/۸۹۴، F=۰/۰۱۸)؛ و همچنین شاخص آماری لوین در تمام ابعاد نشخوار فکری معنادار است (P>۰/۰۵)، 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 آماری
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 (حواس‌پرتی، تأمل و خودخوری) تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). 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.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

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

اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
حواس‌پرتی	۱۸۲/۹۹۸	۱	۱۸۲/۹۸۸	۱۵/۹۷۴	۰/۰۰۰	۰/۳۹۰	۰/۹۷۰
تأمل	۵۳/۸۱۴	۱	۵۳/۸۱۴	۸/۴۸۶	۰/۰۰۷	۰/۲۵۳	۰/۷۹۹
خودخوری	۳۶/۸۹۷	۱	۳۶/۸۹۷	۱۰/۵۶۱	۰/۰۰۳	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($p<۰/۰۵$). به عبارتی با توجه به مجذور اتا ۳۹ درصد از نمرات حواس‌پرتی و ۲۵ در صد 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 می توان 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)، قنواتی و همکاران (۳۴)، شیرالی نیا، چلداوی و امان الهی (۳۵)، رایس (۳۶)، کریگر و همکاران (۳۷) و لویس ویوتلی (۱۹) همسو است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند نشخوار فکری را کاهش و هیجانات مثبت و شفقتِ به خود آن‌ها را افزایش دهد. لویس و یوتلی 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 موردبررسی 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، درنتیجه، 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 می توانند تجارب هیجانی خود را شناسایی کنند و یک نگرش مشفقانه نسبت به افکار و احساسات منفی و ناراحت کننده خود پیدا می کنند. 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 ازجمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن آگاهی فرد را از دامنه‌ای از محرک‌های درونی ازجمله (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 تولیدشده 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

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

آسیبی که به بار می‌آورند آگاه شده، این چرخه‌های نشخوار فکری و افکار خود اعتقادی و تخریب‌گر را بهتر درک کرده و آن‌ها را درهم شکنیم بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود. درواقع می‌توان گفت مؤلفه ذهن آگاهی با کاهش نشخوار فکری منجر به کاهش عاطفه منفی می‌شود؛ و همچنین کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار وارسی 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 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.

به‌طورکلی، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان مبتلا به اختلال خواب مؤثر می‌باشد. لذا از آنجایی‌که خود نشخوار فکری یکی از جنبه‌های اثرگذار بر بی‌خوابی و ایجاد مشکلات خواب در دانشجویان می‌باشد به نظر می‌رسد 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 می‌باشد.

References:

1-Sadock B, Virginaia 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.

7- Lund HG.Sleep patterns and perdictors of dis turbed sleep in a large population of college students. J Adolesc Health 2009;15:134-37.

8-Fernl ndez-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 2009;32:1059-74.

9- Fernandez-Mendoza J, Vela-Bueno A, Vgontzas AN, Ramos-Platon MJ, Olavarrieta-Bernardio 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

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

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. Usefulnees of mindfulness –based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anziety 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 indiviualwith Generalized Anxiety Disorder, Obsessivr-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 tosuicidal 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, MoIarr B. The prevaience of sleep disorder in Ardabil city university students. J Nurs Midwifery 2009; 11:11-1.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

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.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

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

Safoura Hadian[1], 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 8weekly 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)*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]