

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر بهبودی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب

نویسندگان: صفورا هادیان، شیدا جبل عاملی*

گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

E-mail: Sh.jabalamehi@yahoo.com

* نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی

چکیده

مقدمه و هدف: دانشجویان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر مشکلات خواب هستند و شیوع بالای فشارهای روان‌شناختی و عواطف منفی در آنان می‌تواند مخر کیفیت و کمیت خواب باشد. تحقیقات نشان داده است که درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند بر بهبود اختلال خواب مؤثر باشد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبودی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه پیام نور قهدریجان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۷ بود. از جامعه آماری فوق ۳۰ نفر از دانشجویان دارای اختلال خواب به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۵ نفر برای هر گروه). مشارکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت را به صورت گروهی دریافت کردند. در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه پرسشنامه بهبودی ذهنی و پرسشنامه اختلال خواب را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) و تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پژوهش بود ($P=0/002$). همچنین این مداخله بر مؤلفه‌های بهبودی ذهنی (عواطف مثبت و منفی) نیز تأثیر داشت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: بنا بر یافته‌های این پژوهش درمان متمرکز بر شفقت درمان مؤثری بر روی بهبودی ذهنی دانشجویان است. لذا انجام مداخلات بر اساس این رویکرد می‌تواند برای دانشجویان دارای اختلال خواب مفید باشد.

واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، بهبودی ذهنی، دانشجویان، اختلال خواب

دوماهنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست‌وهفتم-شماره ۱۴۰

اردیبهشت ۱۳۹۸

دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۳

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۸/۰۱/۲۴

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۰۴

مقدمه

ممکن است با مشکلات خواب دست‌وپنجه نرم کنند. با وجود این عادت‌های ضعیف خواب مسئله شایعی در محیط‌های دانشگاهی است (۱۱). جیانگ^۱ و همکاران در پژوهش خود دریافتند که شیوع بی‌خوابی در بین دانشجویان، بالاتر از جمعیت معمولی است (۱۲). خواب با کیفیت، نقش اساسی در سلامتی و بهزیستی زندگی دارد (۴). سلامتی حالتی پویاست که بر اساس آن افراد به طور مداوم خود را با تغییرات محیط سازگار می‌کنند و بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌های مهم سلامتی است (۱۳). امروزه در روانشناسی در مقابل توجه و تمرکز سنتی دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی به طور اخص در حال شکل‌گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهزیستی است. بهزیستی ذهنی حوزه‌ای از روانشناسی مثبت‌نگر و یک مؤلفه یک مفهوم شخصی و فردی به معنای ارزیابی شناختی و عاطفی افراد از حوزه‌ها و جنبه‌های مختلف زندگی‌شان است (۱۴).

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی ذهنی" مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (۱۵). در واقع بهزیستی ذهنی به معنی قابلیت یافتن تمام استعداد‌های فرد است و از تعادل میان عاطفه مثبت و منفی، رضایت‌مندی زندگی ناشی می‌شود (۱۶). افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را

خواب یکی از چشمگیرترین رفتارهای انسان محسوب می‌شود همه ما تقریباً یک‌سوم از زندگی را در خواب به سر می‌بریم (۱). اما به آن اندازه که از واقعیت‌های بیداری خود آگاهی داریم، از خواب خودمان کمتر می‌دانیم. در بین پستانداران، پرندگان، ماهیان و دیگر جانوران مراحل خواب و بیداری وجود دارد. خواب برای سلامت و بازسازی سیستم اعصاب و سیستم ایمنی و سیستم عضلانی-اسکلتی انسان‌ها و جانوران اهمیت دارد (۲). در واقع خواب یک رفتار سازمان‌یافته است که به عنوان یک ضرورت حیاتی و بر پایه ریتم بیولوژیک تکرار می‌شود (۳). خواب یک دوره سیر کادین و یک الگوی پیچیده زیست‌شناختی بوده و نه تنها موجب تجدید قوای جسمی و فیزیکی می‌شود بلکه باعث تجدید قوای روانی، عاطفی، یادگیری و حافظه نیز می‌شود (۴). بی‌خوابی یکی از شایع‌ترین اختلالات خواب است و تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت کل جهان گزارش تجربه بی‌خوابی مزمن یا مداوم را دارند (۵). ویژگی اصلی بی‌خوابی، ناتوانی برای به خواب رفتن، حفظ و تداوم خواب و نیز بیدار شدن‌هایی مکرر طی خواب یا در صبح زود و ناتوانی برای بازگشتن به خواب است. این علائم باید حداقل سه بار در هفته و به مدت حداقل سه ماه وجود داشته باشند (۶). این اختلال با پیامدهای قابل توجهی در طول روز همراه است و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر این بی‌خوابی با بار اقتصادی و اجتماعی بالا و آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات روان‌شناختی و جسمی همراه است (۷، ۸). همچنین افراد مبتلا به بی‌خوابی با مشکلات و نقص در عملکرد روزانه نیز مواجه هستند که از جمله می‌توان به خستگی، کاهش تمرکز، توجه، حافظه و بهره‌وری آکادمیک کمتر، نقص در عملکرد شغلی، علاوه بر اختلال در خلق و تحریک‌پذیری، غیبت‌های شغلی بیشتر، کاهش انگیزه و انرژی اشاره داشت (۹). مشکلات خواب، همچنین تأثیر منفی روی خلق، وجوب بودن روان‌شناختی دارد (۱۰). همه افراد

^۱. Jiang

درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌گیرد (۲۳). درمان متمرکز بر شفقت به دنبال تسهیل تغییر از طریق توسعه "ذهن مشفق" است (۲۴). اصل تعریف شفقت ریشه در آیین‌های خردورزانه کهن دارد، اما تعریف استاندارد وجود دارد که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود. این تعریف عبارت است از: «حساسیت نسبت به حضور رنج در خود و دیگران و تلاش متعهدانه برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از آن». این تعریف به دو بُعد اصلی شفقت اشاره می‌کند: بُعد اشتیاق به گشودگی نسبت به رنج و درگیر شدن به آن اشاره دارد و بُعد التیام بخشی که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی اشاره دارد که جهت کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن ضروری است (۲۱). درمان متمرکز بر شفقت مراجعان را به تمرکز بر روی، درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (۲۵). همچنین در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۴). با وجود اینکه درمان متمرکز بر شفقت به طور گسترده‌ای توصیف شده، در مطالعات تجربی کمی به کار گرفته شده و منتشر شده (۲۶، ۲۷). نتایج حاصل از این مطالعات امیدوارکننده است اما نیاز به تکرار و گسترش این نتایج به جمعیت‌های دیگر وجود دارد. و با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت، سازه‌ای نو پا در روان‌شناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به خصوص در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از غرب دارد، احساس می‌شود و با توجه به کمبود پژوهش‌های داخل در حیطه‌ی درمان مبتنی بر شفقت بر روی جامعه

تجربه می‌کنند، از گذشته، حال و آینده خودشان، دیگران، رویدادها و حوادث ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند. در مقابل افراد با احساس بهزیستی پایین موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۷). در این میان عوامل و منابع گوناگونی می‌توانند در بهزیستی ذهنی نقش داشته باشند که یکی از این متغیرها، شفقت است. شفقت یک سازه جدید است که با بهزیستی ذهنی در ارتباط است (۱۸). که با افزایش عواطف مثبت و کاهش در عواطف منفی منجر به رضایت از زندگی می‌شود و باعث افزایش بهزیستی ذهنی می‌شود. افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌ات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند. جین معتقد است که این افراد احساس مهار و کنترل بالاتری دارند و میزان موفقیت و رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۷). در مقابل افراد با احساس بهزیستی پایین ارزیابی نامطلوبی نسبت به حوادث و موقعیت زندگی‌شان دارند و هیجان‌ات منفی بیشتری نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه خواهند کرد (۱۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فشار روانی و استرس میانجی ارتباط بین خواب و بهزیستی ذهنی می‌باشند (۲۰). اخیراً بسیاری از رویکردهای درمانی بر اهمیت و قدرت درمانی شفقت تمرکز کرده‌اند. درمان شفقت بر این باور است که ویژگی‌های شفقت بخش ریشه در حالت‌هایی از ذهن دارد که برانگیزاننده‌ی سیستم‌های فیزیولوژیکی و مهمی است که هم‌زمان در دلبستگی، نوع‌دوستی و رفتارهای مراقبتی نقش دارند (۲۱). در این راستا پاول گیلبرگ (۲۲)، بر اساس روانشناسی رشد، علم عصب‌شناسی هیجانی و نظریه تکاملی شکل جامعی از رفتاردرمانی تجربی را تحت عنوان "درمان متمرکز بر شفقت" ابداع نموده است. این درمان مبتنی بر روانشناسی تکاملی است، که بر اهمیت درک مغزها و احساسات ما در زمینه چگونگی شکل‌گیری فرایندهای تکاملی بیش از میلیون‌ها تأکید می‌کند.

¹. Compassion

گرفته و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش، جنبه کاملاً محرمانه دارد و فقط در راستای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین این تحقیق دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1397.033 است. ابزارهای

استفاده شده در این پژوهش به شرح زیر است:

پرسشنامه بهزیستی ذهنی: این مقیاس توسط مولوی، ترکان، سلطانی و پالاهنگ (۲۸) ساخته و هنجاریابی شده است شامل دو زیر مقیاس عاطفه مثبت (سرزندگی^۱ و اراده^۲) و عواطف منفی (استرس^۳ و افسردگی^۴) است. این پرسشنامه دارای ۳۹ گویه است، که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از کاملاً نادرست، تا کاملاً درست پاسخ داده می‌شود. گویه های مثبت از چپ به راست از ۱ تا ۵ و گویه های منفی از راست به چپ از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. مولوی و همکاران در تدوین پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی چهار عامل سرزندگی (۱۳ گویه: ۲، ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۳۲)، اراده (۱۰ گویه: ۵، ۶، ۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۸)، روان رنجوری (۱۰ گویه: ۱، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۴) و استرس افسردگی (۶ گویه: ۴، ۱۲، ۲۸، ۳۳، ۳۵، ۳۹) به دست آوردند. طی چندین مطالعه روایی و پایایی این مقیاس به تائید رسیده. آن‌ها همچنین قابلیت اعتماد پرسشنامه را برای چهار عامل فوق بالاتر از ۰/۸۰ و ضریب اعتبار کل این پرسشنامه را ۰/۹۶ گزارش کردند. همچنین میزان همسانی درونی این آزمون برای نوجوانان ۰/۸۴ به دست آمد. روایی تشخیص این پرسشنامه نیز بر اساس محاسبه بین دو گروه بیمار و سالم مطلوب گزارش گردید. نمره کل بهزیستی ذهنی از جمع تمامی ۳۹ ماده به دست می‌آید. حداقل امتیاز ممکن ۳۹ و حداکثر ۱۹۵ خواهد بود.

پرسشنامه اختلال خواب: این پرسشنامه توسط علی محمدی، دادخواه، مظفری و مولایی (۲۹) در سال

دانشجویان، ضرورت انجام این پژوهش بیش از پیش به نظر می‌رسد. بنابراین با توجه به اهمیت خواب در زندگی انسان و میزان بالای شیوع اختلالات خواب و همانندی آن با اغلب اختلال‌های روان‌شناختی از یک سو و از سوی دیگر، با توجه به خلأهای پژوهشی موجود و از طرف دیگر، شیوع بالای فشارهای روان‌شناختی در جمعیت دانشجویان که می‌تواند مخل کیفیت و کمیت خواب باشد، این پژوهش قصد دارد با توجه به نبود پژوهش جامع در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر بهزیستی ذهنی دانشجویان به افزایش دانش در زمینه روانشناسی و مشاوره کمک کند بر این اساس، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که "آیا درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی (عواطف مثبت و منفی) دانشجویان دارای اختلال خواب مؤثر است؟"

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دارای اختلال خواب دانشگاه پیام نور قهدریجان که در سال ۹۷-۱۳۹۶ در حال تحصیل بودند. نمونه مورد پژوهش، شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دختر دارای اختلال خواب در محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال، که به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند از میان افراد داوطلب و واجد شرایط ورود به پژوهش مانند دارا بودن علائم اختلال خواب طبق ملاک‌های DSM 5 و بر اساس مصاحبه‌ی بالینی و گرفتن شرح حال و همچنین عدم شرکت در دوره‌های درمانی روان‌شناختی و عدم مصرف دارو در طول دوره و نیز عدم سابقه ابتلا به اختلالات روانی شدید، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (برای هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان و عدم شرکت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان

1. Vitality

2. Determination

3. Neurosis

4. Stress-depression

شفقت را طی ۸ هفته متوالی دریافت کردند و گروه کنترل در طول مدت پژوهش درمانی دریافت نکردند. سپس یک هفته بعد از پایان جلسات آموزشی، پس از آزمون بر روی هر دو گروه (آزمایش و کنترل) اجرا شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام دوره اجرای پژوهش، گروه کنترل شکل رایج آموزش را دریافت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف داده‌ها و از آماره‌های استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANOVA) و تحلیل کوواریانس تک متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 انجام گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان دختر دارای اختلال خواب (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) مورد بررسی قرار گرفتند و میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن بررسی شد. تحلیل توصیفی داده‌ها در خصوص مؤلفه‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن افراد در گروه آزمایش $26/46 \pm 6/36$ و برای گروه کنترل $24/66 \pm 5/92$ سال بود. بررسی وضعیت تأهل آزمودنی‌ها در گروه آزمایش نشان داد که ۱۱ نفر متأهل و ۴ نفر مجرد و برای گروه کنترل ۷ نفر متأهل و ۸ نفر مجرد بودند. بررسی وضعیت اشتغال نیز حاکی از آن بود که ۴۰٪ در گروه آزمایش و ۶۷٪ در گروه کنترل شاغل و مابقی در گروه آزمایش و کنترل بیکار بودند. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

۱۳۸۸ برای جامعه ایرانی تهیه شده است. از این آزمون برای غربالگری استفاده شد. این آزمون ۱۷ سؤال دارد که اختلالات را در سه قسمت مشکل در شروع خواب، (۵ سؤال) در تداوم خواب (۷ سؤال) و بیداری از خواب (۵ سؤال) ارزیابی می‌کند. سؤالات در دو گزینه بله و خیر نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرات برای هر قسمت صفر و حداکثر نمرات برای قسمت اول و سوم ۱۰ که نمره بالای ۵ نشانه اختلال در شروع و بیداری از خواب و برای قسمت دوم ۱۴ بوده است که نمره بالای ۷ نشانه اختلال در قسمت تداوم خواب است. که اعتبار آن به شیوه اعتبار سنجی محتوایی و پایایی آن به شیوه بازآزمایی ($r = 0/86$) بررسی و تأیید شده است. پایایی سنجی پرسشنامه با همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ ($r = 0/94$) است.

روش اجرا

روال انجام این مطالعه این گونه انجام شد که پس از نهایی‌سازی اهداف پژوهش و انجام هماهنگی‌های اداری و اخذ کد اخلاقی، به منظور اجرای این پژوهش، ابتدا اطلاعیه‌ای در مرکز دانشگاه پیام نور شهر قهدریجان نصب گردید و از دانشجویان واجد شرایط برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. سپس با داوطلبانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند و ثبت‌نام کردند، مصاحبه به عمل آمده و همگی پرسشنامه اختلال خواب (محمدی و همکاران) را تکمیل کردند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کافی است (۳۰)، از بین آن‌ها کسانی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان بین سنین ۲۰-۳۵ سال انتخاب شدند و در مرحله‌ی بعد به اعضای گروه به طور تصادفی کدهای زوج و فرد داده شد. کدهای زوج در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کدهای فرد در گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. سپس پیش‌آزمون بر روی همه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش، هم دانشجویان گروه آزمایش و هم دانشجویان گروه کنترل اجرا شد. یک هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیر پژوهش دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کلی بهزیستی ذهنی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۳/۰۲	۱/۳۷
		پس‌آزمون	۱۲/۷۲	۱/۲۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲/۷۶	۰/۵۵
		پس‌آزمون	۱۲/۷۷	۰/۷۰
عاطفه مثبت	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۸۸	۰/۹۴
		پس‌آزمون	۶/۴۶	۰/۸۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۶/۶۳	۰/۶۰
		پس‌آزمون	۶/۹۰	۰/۵۳
عاطفه منفی	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۱۳	۰/۷۳
		پس‌آزمون	۶/۳۵	۰/۵۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۶/۱۱	۰/۴۶
		پس‌آزمون	۵/۸۲	۰/۶۶

نتایج آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها حاکی از این است که این مفروضه در رابطه با بررسی درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر بهزیستی ذهنی برقرار است ($F=۲/۳۷۰$ ، $P=۰/۱۳۵$) و همچنین شاخص آماری لوین در ابعاد بهزیستی ذهنی معنادار است ($F=۰/۰۷۵$ ، $P=۰/۷۸۶$) در بعد عاطفه مثبت و در بعد عاطفه منفی ($F=۳/۴۰۱$ ، $P=۰/۰۷۶$) است. عدم معنی‌داری آزمون لوین و همچنین آزمون شاپیرو ویلکز نیز مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد. بنابراین برای تحلیل داده‌ها و بررسی تأثیر درمان‌گری متمرکز بر شفقت بر متغیر مربوطه و زیر مقیاس‌های آن در دانشجویان دارای اختلال خواب از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ و ۳ گزارش شده است.

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در متغیر پژوهش میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. و میانگین نمرات عواطف مثبت در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته و میانگین نمرات عواطف منفی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. که بیانگر اثربخشی درمان فوق بر گروه آزمایش بوده و معناداری میانگین نمرات است. اما در گروه کنترل تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون با پیش‌آزمون وجود ندارد.

نتایج آزمون شاپیرو-وویلکز جهت نرمال بودن توزیع متغیر وابسته حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیر پژوهش ($P>۰/۶۲۰$) و در زیر مقیاس عواطف مثبت ($P>۰/۱۸۴$) و در زیر مقیاس عواطف منفی ($P>۰/۸۸۲$) است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)

اثرات	ارزش	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معناداری	مجذوراتا
اثر پیلای	۰/۴۷۱	۶/۸۲۳	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۴۷
لامبدا وبلکز	۰/۵۲۹	۶/۸۲۳	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۴۷
اثر هتیلینگ	۰/۸۹۰	۶/۸۲۳	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۴۷
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۰/۸۹۰	۶/۸۲۳	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۴۷

از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه گردیده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0/002$). همان‌طور که مشاهده می‌شود ۴۷ درصد از تفاوت دو گروه به تأثیر درمان بستگی دارد. همچنین به منظور تعیین اینکه در کدام یک

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره ابعاد

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا
عواطف مثبت	پیش‌آزمون	۷/۳۴۰	۱	۷/۳۴۰	۳۴/۳۰۸	۰/۰۰۰	۰/۵۶۰
	عضویت گروهی	۲/۶۶۳	۱	۲/۶۶۳	۱۲/۴۴۹	۰/۰۰۲	۰/۳۱۶
عواطف منفی	پیش‌آزمون	۵/۰۲۴	۱	۵/۰۲۴	۲۲/۷۶۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۷
	عضویت گروهی	۲/۰۴۸	۱	۲/۰۴۸	۹/۲۸۰	۰/۰۰۵	۰/۲۵۶

مطالعات طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) (۳۱)، جون و همکاران (۲۰۱۶) (۳۲) همسو است. در تبیین یافته‌ی به دست آمده در مورد تأثیر آموزش متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی (عواطف مثبت و منفی) دانشجویان با اشاره به مبانی نظری درمان متمرکز بر شفقت، که با استفاده مؤثر از ذهن آگاهی، شناسایی ارزش‌ها و تأکید بر تجربه هیجانات ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌هاست و همچنین مؤلفه‌های بعد اشتیاق (انگیزه مراقبت و توجه به سلامتی، حساسیت، همدردی، عقل پریشانی، همدلی، دیدگاه غیر قضاوتی بودن) که باعث می‌شود فرد با استفاده از به هوشیاری تجربه هیجانی خود را بشناسد و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات و عواطف منفی خود پیدا کند و دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده خود اجتناب نکند. بلکه فرد با مهربانی و نوعی مهرورزی

با توجه به نتایج جدول ۳، با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های متغیر پژوهش، عواطف مثبت و منفی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). همان‌طور که مشاهده می‌شود ۳۱ درصد از نمرات عواطف مثبت و ۲۵ درصد از نمرات عواطف منفی در مرحله پس‌آزمون متأثر از درمان متمرکز بر شفقت بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی (عاطفه مثبت و عاطفه منفی) دانشجویان دارای اختلال خواب انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این مداخله درمانی بر بهزیستی ذهنی و عاطفه مثبت و منفی دانشجویان تأثیر معناداری داشته است. بر اساس جستجوهای انجام گرفته یافته‌های این پژوهش با

نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود و احساسات مشترک انسانی و اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند، به آن‌ها نزدیک می‌شود (۳۳). بنابراین عواطف منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شود و فرد با توسعه توانایی‌هایی برای ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکین بخشی می‌تواند به عنوان پادزهری در برابر احساس تهدید شدگی خشم، استرس، خلق افسرده و عواطف منفی و در نهایت افسردگی و اضطراب عمل کند. بنابراین آگاهی و حساسیت دانشجویان نسبت به عواطف منفی در روان رنجوری‌ها، استرس و افسردگی بدون اینکه در دام سرزنش و قضاوت و شرم بیفتند و با همدلی کردن با خود و با انگیزه التیام بخشیدن به رنج خود باعث می‌شوند تا با جابه‌جایی عواطف و احساسات موفق به کنترل عواطف خود و این جابه‌جایی منجر به بهبود خلق و در نتیجه حفظ بهزیستی ذهنی می‌شود. شفقت به خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد است (۳۴). افراد دارای شفقت خود بالا زمانی که رویدادهای منفی را تجربه می‌کنند با مهربانی و گرمی و ملاحظت با خود برخورد می‌کنند که این امر در ابتدا باعث افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری و سرکوبی افکار منفی مثل اضطراب و در نهایت باعث بهزیستی ذهنی می‌شود. اینکه شفقت با خود به عنوان شکلی از ارتباط با خود، میزان رضایت‌مندی فرد را افزایش می‌دهد و افراد دارای شفقت خود را بالا در موقعیت‌های مختلف و چالش‌انگیز کارآمد عمل می‌کنند و به واسطه مهربانی با خود، شایستگی‌های خود را شناسایی و بر مشکلات غلبه می‌کنند. همچنین این افراد از تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی منظم و پذیرش خود برخوردارند که این عوامل از طریق افزایش سلامت و

انسجام روانی باعث افزایش عواطف مثبت آنان و کاهش عواطف منفی و در نهایت افزایش بهزیستی ذهنی می‌شود. به طور کلی این پژوهش از تأثیرگذاری درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب حمایت می‌کند و می‌تواند تلویحات مناسبی به منظور مداخلات مشاوره و روان‌درمانی به‌ویژه با این قشر از جامعه داشته باشد. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، ویژگی‌های خاص نمونه (دختران و زنان دانشجوی) است که امکان تعمیم نتایج به دیگر گروه‌های فرهنگی و جنسیتی را محدود می‌سازد. محدودیت دیگر پژوهش این است که به دلیل انجام نشدن آزمون پیگیری پایداری نتایج در بلندمدت بررسی نشده است. با توجه به اینکه امکان دارد نتایج این مطالعه تحت تأثیر جنسیت شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد، پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی در مورد مردان دانشجوی انجام گیرد تا تأثیر جنسیت در این نتایج مشخص شود. و همچنین با توجه به شیوع بالای مشکلات خواب و کیفیت خواب نامناسب آن در دانشجویان و همچنین اثرات مخرب آن بر روی عملکردهای مختلف این افراد، پیشنهاد می‌گردد که این موضوع توسط متخصصین سلامت و بهداشت جامعه به‌ویژه مسئولین مراکز بهداشت و مشاوره دانشگاه‌ها جدی گرفته شده و تمهیدات لازم را برای کاهش مشکلات خواب مخصوصاً در دانشگاه‌ها و مراکز خوابگاهی تدارک ببینند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همکاران گرامی در مرکز دانشگاه پیام نور شهر قهدریجان که در برگزاری جلسات آموزشی همکاری داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Sadock B, Virginiaia A, Pedro R. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry, Translation by Farzin Rezaee, Tehran: Arjmand Book Publishing 2015; 2: 11.
2. Ghale Bandi MD. A group of faculty members of medical universities. Text of sleep medicine, Tehran: Arjmand Publications 2017.
3. Linde Sh, Hauri P. Sleep and Sleepless. Translated by Mehdi Gharachdghi. Tehran: Mosalas 2012.
4. World Health Organization. WHO technical meeting one sleep and health. Bonn: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.
5. Low Y, Goforth H, Preud Homme X, Edinger C, Krystal A. Insomnia in HIV-infected patients pathophysiologic implications. Aids Reviews 2014; 16: 3- 13.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM5), 2013: 485.
7. Harris K, et al. Sleep- related attentional bias in insomnia: A state-of-the-science review. Clinical Psychology Review 2015; 42: 16-27.
8. Amin nia M, Aghaei A, Molavi H, Najafi M. The effectiveness of group cognitive therapy on symptoms of insomnia in women with chronic insomnia. Knowledge & Research in Applied Psychology 2011; 12(2): 13-9. (Persian)
9. Molen YF, Carvalho LBC, Fernandesprado L, Fernandesprado G. Insomnia psychological and neurobiological aspects and nonpharmacological treatments. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2014; 72: 63-71.
10. Petterson PH, Suffoletto Bp, Kupas DF, Matthew DW, Hostler ND. Sleep quality and fatigue among prehospital provider. Prehospital Emergency Care 2010; 14(2): 187-93.
11. Lowry M, Dean K, Manders K. The link between Sleep quantity and academic performance for the college student. The university of Minnesota Undergraduate Journal of Psychology 2010; 23: 16- 9.
12. Jiang XL, et al. A systematic review of studies on the prevalence of Insomnia in university students. Public Health 2015; 16: 1-6.
13. Sánchez X, Bailey C, Arcos E, Muñoz LA, González L, Miranda R. Subjective well-being and the perception of health opportunities: The case study of senior citizens of the neighborhood of Playa ancha. World Development Perspective 2017; 5: 7-9.
14. Sabzi Z, Mancheri H, Royani Z, Aryaie M, Jafari S, Ahmadi G. Subjective well-being in nursing and midwifery students of Golestan university of medical sciences. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery 2015; 12(1): 76-84.
15. Bernerth JB, Hirschfeld RR. The subjective wellbeing of group leaders as explained by the quality of leader-member exchange. Leadersh Qualities 2016; 27(4): 697-710.
16. Tagharobi Z, sharifi KH, Sluki Z. Subjective well-being among students of kashan nursing and midwifery faculty. Scientific Journal of Hamadan Nursing and Midwifery Faculty 2012; 20(1): 54-62. (Persian)
17. Jin CH. The role of users motivations in generating social capital building and subjective well-being: The case of social network games. Computers in Human Behavior 2014; 39: 29-38.
18. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. Journal of Clinical Psychology 2013; 69: 28-44.
19. Bordwine VC, Huebner ES. The role of coping in mediating the relationship between positive affect and school satisfaction in adolescents. Child Indicators Research 2010; 3(3): 349-66.
20. Barber LK, Rupperecht BR & Munz DC. Sleep habits may undermine well-being through the stressor appraisal process. Journal of Happiness Studies 2014; 5(2): 285-299.
21. Gilbert, P. Introducing compassion focused-therapy. Advances in Psychiatric Treatment 2009; 15: 199-208.
22. Gilbert P. Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy. New York: Routledge Publication 2005.
23. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology 2014; 53(1): 6-41.
24. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist 2017; 21: 3(1).

25. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine* 2015; 45(5): 927-45.
26. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2006; 13(6): 353-79.
27. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2014; 21(1): 1-2.
28. Molavi H, TorKan H, Soltani I, Palahang H. Structure standardization, validity and reliability of subjective well-being questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2010; 16(3): 231-238. (Persian)
29. Alimohammadi M, Dadkhah B, Mozaffari N, MoIarr B. The prevalence of sleep disorder in Ardabil city university students. *Journal of Nursing and Midwifery* 2009; 11:1-11. (Persian)
30. Delavar, A. *Method of Resignation in Psychology and Educational Sciences*, Fourth Edition 1397. (Persian)
31. Karami T, Hosseini A, Dashtbozorgy Z. The effectiveness of compassion –focused therapy on resilience, self-disruption, life expectancy and psychological well-being of menopausal woman in Ahwaz. *Social Welfare* 2017; 5(3): 197-189. (Persian)
32. Jeon H, Lee K, Kwon S. Investigation of structural relationships between social support, self-compassion and subjective well-being in Korean elite student athletes. *Psychological Reports* 2016; 119(1): 39-54.
33. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development* 2009; 52: 211-214.
34. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness* 2016; 7(1): 264-274.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
27th Year, No.140
April-May 2019*

Received: 03/01/2019

Last revised: 13/04/2019

Accepted: 24/04/2019

The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being of students with sleep disorders

Safoura Hadian, Sheida Jabalameli*

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

*Corresponding author e-mail: sh.jabalameli@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Students are one of the susceptible groups for sleep disorders. High prevalence of psychological stresses and rumination in this group disturb the quality and quantity of sleep. Studies have shown that psychological treatments can improve sleep disorders. Therefore, the purpose of this research was to study the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being of the students with sleep disorders.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental and 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 city during the years 2017-2018. The sample was 30 students from this population that were selected by available sampling method and 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 groups completed subjective well-being questionnaire and sleep disorders questionnaire in pre-test and post-test. Data were analyzed using univariate and multivariate covariance analysis using SPSS-16.

Results: The results of multivariate covariance analysis indicated a significant difference between the two groups of experiment and control in all research variables ($p=0.002$). In addition, this intervention affected the components of subjective well-being (positive and negative affective) ($p<0.05$).

Conclusion: According to the finding of this study, the efficacy of CFT on subjective well-being of the students with sleep disorder is confirmed. Therefore, interventions based on this approach can be useful for the students with sleep disorders.

Keywords: Compassion-focused therapy (CFT), Subjective well-being, Students, Sleep disorder