

تأثیر آموزش شفقت به خود ذهن آگاه بر لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب دانشجویان افسرده  
عاده یوسفی سیاکوجه<sup>۱</sup>، سید موسی کافی ماسوله<sup>۲</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>

## Efficiency of mindful self-compassion training on hedonia, autobiographical memory and sleep quality in depressed university students

Adeleh Yousefi Siahkoucheh<sup>1</sup>, Seyyed Mousa Kafi Masouleh<sup>2</sup>, Abbas Abolghasemi<sup>3</sup>

### چکیده

**زمینه:** تحقیقات متعددی به اثر بخشی آموزش شفقت به خود ذهن آگاه و بررسی لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب افراد افسرده پرداخته‌اند. اما پیرامون تاثیر آموزش شفقت به خود ذهن آگاه بر لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب دانشجویان افسرده شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** بررسی اثربخش آموزش شفقت به خود ذهن آگاه بر لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب دانشجویان افسرده بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویانی که سال ۹۸-۱۳۹۷ در دانشگاه آزاد لاهیجان مشغول به تحصیل بودند بود، تعداد ۳۶ نفر از دانشجویان افسرده به شیوه در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (برای هر گروه ۱۸ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: پرسشنامه‌ی لذت جویی (همیلتون، ۱۹۹۵)، حافظه سرگذشتی (ویلیامز و برودبنت، ۱۹۸۶) و کیفیت خواب (بویس و همکاران، ۱۹۸۸). تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس انجام شد. **یافته‌ها:** آموزش شفقت به خود ذهن آگاه بر لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب تأثیر معنادار داشت ( $p < 0/001$ ). **نتیجه گیری:** برنامه آموزش شفقت به خود ذهن آگاه سبب بهبود لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب در دانشجویان دارای نشانه‌های افسردگی شد. **واژه کلیدها:** حافظه سرگذشتی، شفقت به خود ذهن آگاه، لذت جویی، کیفیت خواب

**Background:** Numerous studies have examined the effectiveness of compassionate education on the conscious mind and the study of pleasure-seeking, historical memory, and sleep quality in depressed individuals. But there is a research gap about the impact of self-awareness training on self-awareness, pleasure-seeking, recollective memory, and the quality of sleep of depressed students. **Aims:** To evaluate the effectiveness of self-conscious compassion training on the enjoyment, self-esteem and sleep quality of depressed students. **Method:** This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study consisted of all students who were studying in Lahijan Azad University during the years 2018-2019. 36 depressed students were selected by convenience sampling method and randomly divided into two experimental and control groups (18 for each group). Were replaced. Research tools include the Pleasure Questionnaire (Hamilton, 1995), Memory of the Self (Williams & Broadbent, 1986), and Sleep Quality (Boyce et al., 1988). Data were analyzed using covariance analysis. **Results:** Self-conscious compassion training had a significant effect on enjoyment, self-remembering and sleep quality ( $p < 0/001$ ). **Conclusions:** Self-conscious compassion training program improved enjoyment, memory and sleep quality in students with depressive symptoms. **Key Words:** Autobiographical memory, mindful self-compassion training, hedonia, sleep quality

Corresponding Author: Adelehusefisiakoucheh@gmail.com

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> M.A. in General Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

<sup>۲</sup> Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran

<sup>۳</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

<sup>۳</sup> Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۱/۱۱

دریافت: ۹۸/۱۱/۲۹

## مقدمه

دانشجویان<sup>۱</sup> یکی از مهمترین و پویاترین اقشار جامعه هستند که معمولاً در محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۲۴ سال قرار می‌گیرند و با ورود به دانشگاه با انواعی از تجربه‌های جدید روبه‌رو می‌شوند (دینتو، توت و جکسون، ۲۰۱۹). دوران دانشجویی یکی از مهمترین اوقات در زندگی بسیاری از افراد است و با توجه به ماهیت این دوره، لزوم ارتباط هر چه بیشتر دانشجویان با هم و همچنین بهبود سلامتی مطرح می‌شود. سازگاری با این تغییرات همواره مورد توجه پژوهشگران تعلیم و تربیت بوده است. افسردگی<sup>۲</sup> یکی از شایع‌ترین نشانه‌های روانشناختی جمعیت دانشجویی در ایران است که ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند (یزدانی، اسماعیلی و نامداری، ۱۳۹۶). دانشجویان از اقشار برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور هستند؛ لذا سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (پوتران، ژانگ، تام و هو، ۲۰۱۶). ورود به دانشگاه مقطعی بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد، فعال و جوان است. اغلب قرار گرفتن در شرایط خاص از جمله وارد شدن به جامعه‌ای بزرگتر، محیط آموزشی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت، مشکلات اقتصادی، عدم علاقه به رشته تحصیلی، دوری از خانواده، تغییر در زندگی روزانه، دشواری نسبی دروس تخصصی، ناسازگاری با سایر افراد در محیط آموزشی جدید، و به طور کلی تغییرات زیاد در زندگی فردی و اجتماعی با فشار و نگرانی توأم است و عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گدیک، ۲۰۱۹). میزان شیوع اختلالات سلامت عمومی در دانشجویان کشورهای پیشرفته ۱۰ تا ۱۲ درصد است و یکی از دلایل مهم اخراج، شکست تحصیلی و ترک تحصیل دانشجویان شناخته شده است (آئورباچ و همکاران، ۲۰۱۸). نتیجه‌ی پژوهش دینتو و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد ۶۰ درصد از دانشجویان از کیفیت خواب نامطلوبی برخوردارند. همچنین در پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۹۲) مشخص شد ۴۷/۷۵ درصد از دانشجویان علوم پزشکی تهران از اختلالات روانی و افسردگی رنج می‌برند. شیوع بالای اختلالات روانی در دانشجویان که منابع معنوی و آینده‌سازان کشور محسوب می‌شوند، توانایی یادگیری تحصیلی و کارایی آموزشی آنان را به شدت پایین می‌آورد و وضعیت بهداشت روان آنان را تغییر می‌دهد (شباهنگ، بشارت، نیکوگفتار و باقری شیخانگفشه،

۱۳۹۸). مرور مطالعات نشان می‌دهد، افرادی که دچار افسردگی هستند، از راه‌کارهای ناسازگارانه تنظیم هیجان نظیر، نشخوارگری و فاجعه‌سازی بیشتر استفاده می‌کنند و در نتیجه متحمل اضطراب، پرخاشگری و سایر نشانه‌های روانشناختی می‌گردند (چارلسون و همکاران، ۲۰۱۳). فقدان لذت‌جویی<sup>۳</sup> برای اولین بار توسط رابیوت (۱۸۹۶) به عنوان کمبود ظرفیت تجربه‌خشنود یا لذت‌بخش معرفی شد علاوه بر این فقدان لذت‌جویی مشخصه اصلی اختلال افسردگی می‌باشد؛ و در این راستا مشخص شده است که فقدان لذت‌جویی به عنوان یکی از علائم منفی مهم در اختلال افسردگی است (گلدبرگ، استوود، لاگوناردیا و دانکرت، ۲۰۱۱). فقدان لذت‌جویی به عنوان کاهش ظرفیت تجربه لذت و کسری در لذت تعریف شده است که بیشتر در مبتلایان به افسردگی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف مواد و رفتارهای ناسالم مانند: پرخوری و به طور کلی در رفتارهای پرخطر مشاهده شده است (هوتا، ۲۰۱۵).

افراد مستعد حالت‌های هیجانی منفی مانند اضطراب و افسردگی، احتمال بیشتری دارد که اطلاعات هماهنگ با خلق منفی را برگزینند و آنها را به یاد آورند (چارلسون و همکاران، ۲۰۱۳). ویلیامز و همکاران (۲۰۱۲) در ارتباط با افسردگی پیشنهاد کردند که سوگیری پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده مربوط به پردازش بسط یافته اطلاعات است. بنابراین اطلاعات هماهنگ با خلق در افراد افسرده به طور گسترده پردازش می‌شود. بازنمایی اطلاعات موجب برقراری پیوندهای زیادی با بازنمایی‌های موجود در حافظه می‌شود. از طرفی حافظه سرگذشتی<sup>۴</sup> که حافظه شخصی و تجارب زندگی فرد است، نیز تحت تأثیر حالت‌های هیجانی منفی آنها قرار می‌گیرد و در بازیابی خاطرات سرگذشتی به طور اختصاصی یا کلی دچار مشکل می‌شوند (آدام، روت و ویلیام، ۲۰۱۳). مطالعات تجربی بسیاری تاکنون بر بیماران افسرده انجام شده است که نتیجه آن تمایل این افراد به بازیابی خاطرات کلی (بیش کلی‌گرا) به جای خاطرات اختصاصی می‌باشد (هریس، رأس ماسن و برنسن، ۲۰۱۴). حافظه سرگذشتی در سلسله مراتبی سازمان دهی شده است که در آن اطلاعات در سطوح متفاوتی از حافظه ذخیره شده‌اند که در سه سطح متمایز می‌شوند: سطح اول شامل رویدادهای گسترده زندگی است که به خاطرات دوره‌های اساسی عمر هر فرد با موقعیت‌های مهم مربوط می‌شود.

3. Lack of hedonia

4. Autobiographical Memory

1. Students

2. Depression

ذهنی فرد می‌گردد، ذهن آگاهی خوانده می‌شود (نف و ونک، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی به معنای داشتن نگرش غیر قضاوت‌گرایانه و پذیرنده نسبت به خود است، به گونه‌ای که فرد افکار و احساسات خود را به گونه‌ای مشاهده می‌کند که نیازی به تغییر یا کنار گذاشتن آنها نباشد (پالر و همکاران، ۲۰۱۵). برای اینکه افراد کاملاً خود شفقت ورزی را تجربه کنند، لازم است دیدگاه ذهن آگاهانه اتخاذ نمایند. به عبارتی آنها بایستی از تجربه احساسات دردناک اجتناب نکنند، زیرا این امر برای شناخت احساسات خود به منظور داشتن احساس خود شفقت‌ورزی لازم است (مارشال، پارکر، کیاروچی، ۲۰۱۵). خود شفقت‌ورزی در بردارنده سه جزء اساسی است: ۱. داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خود انتقادگر؛ ۲. داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزیی از تجارب همه انسان‌ها است. به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران؛ ۳. تجارب و احساسات خود را به گونه‌ای متعادل نگریسته بدون اینکه آنها را بزرگ نمایی کند. اصول پایه در آموزش شفقت به خود به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین-بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان، همان-گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با عوامل درونی نیز آرام می‌شود (گرمر و نف، ۲۰۱۳). همچنین، مشکلات خواب با نمرات پایین تر شفقت به خود و ذهن آگاهی همراه است (کمپر، مو، خیاط، ۲۰۱۵).

در این راستا، کلی، ویسنوسکی، مارتین - واگار و هافمن (۲۰۱۷) در پژوهشی که با عنوان "گروه درمانی متمرکز بر شفقت به عنوان یک مکمل برای درمان بیماران سرپایی مبتال به اختلالات خوردن" انجام دادند. نتایج نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت که همراه با درمان معمولی برای بیماران سرپایی مبتلا به اختلالات خوردن ارائه شده بود، توانست بهبود را برای بیماران به همراه داشته باشد. کولینز، گیلیگان و پوز (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای به ارزیابی گروه درمانی مبتنی بر شفقت برای زوج‌هایی که زوال عقل را تجربه می‌کردند، پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس در افراد دارای زوال

سطح دوم، رویدادهای کلی که اشاره به رخداد‌های تکراری یا فراگیر که دوره زمانی آن روزها تا ماه‌ها به طول می‌انجامد، دارد. سطح سوم نیز مربوط به دانش رویدادی خاص؛ که شامل تصاویر ذهنی، احساسات و جزئیات مربوط به رویدادهای کلی با دوره‌های زمانی از چند ثانیه تا چند ساعت است (ریچاردز و برلیم و برنستین، ۲۰۱۵). علاوه بر فقدان لذت جویی و حافظه سرگذشتی، یکی از متغیرهایی که با اختلال افسردگی در رابطه است، کیفیت خواب می‌باشد. هنگام خواب هورمون‌هایی چون نوراپی نفرین، سروتونین و هورمون رشد آزاد می‌شود و تغییرات شیمیایی و افزایش تغذیه سلولی صورت می‌گیرد تا بدن برای انجام فعالیت‌های روز بعد آماده شود؛ همچنین ترمیم، سازماندهی مجدد، تقویت حافظه و یادگیری در دستگاه عصبی رخ می‌دهد (ایریش، کلاین، گان، بويس و هال، ۲۰۱۵). تحقیقات اخیر نشان داده است که محرومیت از خواب کوتاه‌مدت در افراد سالم می‌تواند منجر به نتایج فیزیولوژیک ناخواسته مانند کاهش تحمل گلوکز، افزایش فشار خون، افزایش سطح کورتیزول و افزایش فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک شود (اسکالین و بلویز، ۲۰۱۵). بیماران دچار افسردگی اساسی که از کیفیت خواب نامطلوبی برخوردارند، نه تنها از خستگی، بلکه از اشکال در ترمیم سلولی، نقص در حافظه و یادگیری، افزایش تنش و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی روزمره نیز رنج می‌برند (چانگ و چن، ۲۰۱۶). دانشجویان به علت الزامات دانشگاهی در معرض فشارهای زیادی قرار دارند؛ به علاوه، دوره خواب و بیداری دانشجویان با دوره‌های خواب ناکافی، تأخیر در به خواب رفتن و دوره‌های چرت زدن در طول روز مشخص می‌شود (دهداری، طاعتی و چابک سوار، ۱۳۹۵).

شیوع بالای اختلال افسردگی در بین دانشجویان، همچنین دامنه وسیع نشانه‌های روانشناختی اختلال خواب و فقدان لذت جویی ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند. بنابراین مداخلاتی که به این بیماران برای مقابله با این مشکل کمک کند، لازم و ضروری بنظر می‌رسد. شفقت به خود ذهن آگاه، رویکردی جدید می‌باشد، که مزیت عمده آن نسبت به سایر رویکردها استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش هیجانات و مراقبت از خود است (نف، ۲۰۱۱). داشتن نگرش مشفقانه نسبت به خود که باعث متعادل شدن دیدگاه

1. Mindful Self- Compassion

انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (برای هر گروه ۱۸ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل نمره بالاتر از ۲۱ در پرسشنامه افسردگی بک و دانشجویان شاغل به تحصیل در آزاد لاهیجان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز انصراف از ادامه‌ی همکاری در پژوهش، تعداد غیبت بیش از دو جلسه، داشتن هرگونه بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهشی باز دارد، سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی و دریافت مداخلات روانشناختی در ۶ ماه گذشته را شامل می‌شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانگری گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-24 انجام شد.

### ابزار

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup>: این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۶ توسط آرون تی بک ساخت و اعتباریابی شده است دارای ۲۱ سؤال است که برای افراد بالای ۱۳ سال مناسب است. در این پرسشنامه نمره (۹-۰) نشانه به هنجار بودن، نمره (۱۹-۱۴) نشانه افسردگی خفیف، نمره (۲۸-۲۰) نشانه افسردگی متوسط و نمره ۲۹ و بالاتر نشانه افسردگی شدید به شمار می‌آید. بکو همکاران (۱۹۹۸) همسانی دونی آن را برابر با ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. همچنین بازآزمایی یک هفته‌ای، پایایی آزمون اضطراب بک را ۰/۷۵ برآورد کرده است. در ایران نیز حمیدی و همکاران (۱۳۹۴) ثبات درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۷۹ به دست آورده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس فقدان لذت جویی<sup>۲</sup>: این ابزار توسط اسمیت همیلتون در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. ابزار مزبور شامل ۱۴ سؤال است که برای اندازه‌گیری کاهش ظرفیت تجربه لذت، طراحی شده است. این مقیاس دارای ۴ خرده مقیاس شامل: تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، تفریح / سرگرمی و آشامیدن و خوراک می‌باشد. نمره گذاری این مقیاس در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (۱-۵) به صورت کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس نشان از ظرفیت بالای لذت جویی و نمره کم نشان از ظرفیت پایین در لذت

عقل و همسران آنها و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل مؤثر بود. میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در خط پایه و پس از سنجش، در "طیف نرمال" قرار گرفت. اگرچه برای افراد دارای زوال عقل، یک کاهش معنی‌دار در افسردگی با اثری متوسط مشاهده شد. ۵۷ درصد افراد مبتلا به زوال عقل با نمرات خط پایه مرزی تا نابهنجار، بهبود بالینی معنی‌داری در اضطراب و افسردگی نشان دادند. برای همسران، ۸۰ درصد بهبود بالینی معنی‌داری در افسردگی و ۵۰ درصد نیز در اضطراب مشاهده شد. نرخ عزت‌نفس برای بیماران مبتلا به زوال عقل و همسران آنها کاهش یافت، همچنین کیفیت زندگی افراد مبتلا به زوال عقل با اندازه اثری بزرگ بهبود یافت. اسمیتز، نف، آلبرتز و پیترس (۲۰۱۴) در پژوهشی که با هدف تأثیر مداخله شفقت به خود در دانشجویان دختر انجام شد دریافتند که مداخله شفقت به خود باعث افزایش ذهن‌آگاهی، شفقت به خود، خوش‌بینی، خودکارآمدی و کاهش نشخوار فکری در دانشجویان گروه آزمایش گردید.

در مجموع، با توجه شیوع بالای افسردگی و اختلالات خواب در بین دانشجویان، همچنین اثرات مخرب اختلال خواب بر سلامت و عملکرد تحصیلی آنان و کمبود مطالعات صورت گرفته همچنین از آنجا که شفقت به خود سازه‌ای نوپا در روانشناسی است، با توجه به اینکه در ایران تاکنون پژوهشی به تأثیر این آموزش بر لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب در دانشجویان افسرده نپرداخته است، این مطالعه درصدد پاسخ‌دهی به این سؤال است که آیا آموزش شفقت به خود ذهن‌آگاه بر لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب در دانشجویان افسرده مؤثر است؟

### روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این مطالعه آموزش شفقت به خود ذهن‌آگاه متغیر مستقل و فقدان لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب به عنوان متغیرهای وابسته در پژوهش در نظر گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویانی که سال ۹۸-۱۳۹۷ در دانشگاه آزاد لاهیجان مشغول به تحصیل بودند، تشکیل داد. تعداد ۳۶ نفر از دانشجویان افسرده به شیوه در دسترس به عنوان نمونه

2. The scale of Anhedonia

1. Beck Depression Inventory

های روانسنجی این آزمون مطالعه مقدماتی و پیگیر توسط کایوانی و همکاران (۱۳۷۸) انجام گرفته است که نشانگر روایی این آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می باشد. در این مطالعه اعتبار محتوا و صوری آزمون به تأیید متخصصان امر رسیده است. از طرفی کایوانی و همکاران (۱۳۷۸) با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ثبات درونی سؤالات این آزمون را ۰/۸۶ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب<sup>۲</sup>: این پرسشنامه توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی شده و در سال ۲۰۰۷ توسط کارول اسمیت مورد بازبینی قرار گرفته است. این پرسشنامه برای بررسی کیفیت خواب در طول یک ماه گذشته بوده که داری ۹ گویه و ۷ مؤلفه شامل: توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، بازدهی خواب، اختلالات خواب، میزان داروی خواب آور مصرفی، اختلال عملکرد روزانه می باشد. سؤالات ۱ تا ۴ به صورت پاسخ تشریحی و موارد ۵ تا ۹ به صورت طیف لیکرت ۴ امتیازی (هیچ وقت، کمتر از یک بار در هفته، یک یا دو بار در هفته، سه بار در هفته یا بیشتر می باشد. نمره هر سؤال به ترتیب بین صفر تا ۳ در نظر گرفته شده است. سپس از روش امتیازدهی کارول اسمیت برای محاسبه امتیازات استفاده می گردد. نمره کل در این پرسشنامه بین صفر تا ۲۱ می باشد که نمره صفر تا ۴ به منزله کیفیت خواب مطلوب و نمره کلی ۵ و بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده وضعیت بد کیفیت خواب تلقی می شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط کارول اسمیت و همکاران ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حسن زاده و همکاران (۱۳۸۷) ضریب بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. همسانی و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

روش اجرا: به منظور اجرای پژوهش، بر اساس معیارهای ورود و خروج از پژوهش، تعداد ۳۶ نفر از دانشجویانی که نمره پرسشنامه افسردگی بک بالاتر از ۲۱ کسب کردند، انتخاب شده و به صورت تصادفی دردو گروه آموزش شفقت به خود ذهن آگاه (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) قرار گرفتند. قوانین و ضرورت ها شامل حضور به موقع و بدون غیبت شرکت در جلسات، احترام به دیگر اعضای گروه، حفظ صداقت و همکاری در تکالیف و انجام تمام تکالیف

جویی می باشد. روایی و پایایی مقیاس فقدان لذت جویی در پژوهش های متعدد مطلوب ارزیابی شده است. این مقیاس به خوبی هنجار و ویژگی های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفته است. در نسخه ایرانی این مقیاس که توسط سیادتیان و قمرانی (۱۳۹۲) مورد بررسی قرار گرفت، روایی محتوای پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس های آشامیدن و خوراک ۰/۵۴، تعاملات اجتماعی ۰/۷۰، تجربیات حسی ۰/۷۹ و سرگرمی و تفریح ۰/۵۰ مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ضریب پایایی تنصیفی مقیاس فقدان لذت جویی ۰/۸۶ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی<sup>۱</sup>: این آزمون برای اولین بار توسط ویلیامز و برودبنت در سال ۱۹۸۶ به کارده شد. دارای ۱۰ محرک واژه با بار هیجانی مثبت، منفی می باشد. در این آزمون، ابتدا دستورالعمل به آزمودنی ارائه می شود. به آزمودنی آموزش می دهد که پس از دیدن هر لغت و خواندن آن، نخستین رویدادی را که به ذهنش می رسد بیان کند. همچنین به او گفته می شود که این رویداد می تواند مهم یا معمولی باشد، مربوط به زمان های گذشته یا اخیر باشد اما باید یک رویداد خاص باشد. رویداد خاص رویدادی است که در یک زمان و مکان خاص روی داده و طول زمان رویداد مورد نظر نمی بایست بیشتر از یک روز باشد. سپس با کمک سه کوشش تمرینی اطمینان حاصل می شود که آزمودنی شیوه اجرا را یاد گرفته است. پس از آن ۱۰ لغت اصلی به صورت در هم به آزمودنی ارائه می شود و او برای بازیابی هر خاطره ۳۰ ثانیه فرصت دارد، چنانچه اولین خاطره خاص نباشد، آزمودنی تشویق می شود تا یک خاطره خاص به یاد آورد. تأخیر زمانی آزمودنی در هنگام پاسخ گویی ثبت می گردد و هر یک از پاسخ ها، به عنوان پاسخ خاص یا عام یادآوری کد گذاری می شود. نمره کل در این پرسشنامه بین صفر تا ۱۰ می باشد. در پاسخ به هر محرک، در صورتی که آزمودنی یک خاطره خاص را به یاد آورد نمره یک و در حالتی که یک خاطره کلی را بازگو کند نمره صفر را دریافت می کند. بررسی شاخص روانسنجی این آزمون توسط کایوانی و همکاران (۱۳۷۸)، نشانگر روایی آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می باشد. در راستای بررسی شاخص

2. Sleep Quality Questionnaire

1. Memory Recovery Test

آزمایش اعمال شد. پس از اتمام جلسات آموزشی نیز، شرکت کنندگان در پژوهش مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند (پس آزمون). قبل از اجرای پژوهش در مورد کلیات درمان از جمله تعداد جلسات، زمان هر جلسه، روش‌ها و تکنیک‌هایی که استفاده شد (آموزش تکنیک‌های شفقت به خود، ذهن آگاهی و پذیرش هیجان‌ات منفی، بحث و به چالش کشیدن افکار و هیجان‌ات منفی تجربه شده)، به اعضای گروه توضیح داده شد.

ارائه شده برای اعضای شرکت‌کننده در ابتدای مداخله‌ی آموزشی توضیح داده شد. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های فقدان لذت‌جویی، کیفیت خواب و مقیاس حافظه سرگذشتی را تکمیل کردند (پیش آزمون). پس از اتمام جلسات نیز فرم‌های مربوطه توسط گروه‌های آزمایش و کنترل تکمیل گردید. جلسات مداخله برای گروه آزمایش ۸ جلسه بود، به این صورت که هر هفته یک جلسه (۹۰ دقیقه)، رویکرد شفقت به خود ذهن آگاه برای برای گروه

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی شفقت با خود ذهن آگاه (گرم و نف، ۲۰۱۳)

جلسات	عنوان جلسات
جلسه اول	درک شفقت به خود ذهن آگاه تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با گروه و مقررات حاکم بر آن آشنایی با مفهوم شفقت به خود.
جلسه دوم	ذهن آگاهی: آشنایی با چگونگی تمرین ذهن آگاهی، هدایت خودکار، حضور ذهن از فعالیت‌های روزمره.
جلسه سوم	تمرین شفقت ورزیدن و آموزش همدلی؛ شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
جلسه چهارم	یافتن جایگاه شفقت با خود در زندگی روزمره: آگاهی از وقایع خوشایند، آموزش بخشایش، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات
جلسه پنجم	عمیق‌تر شدن: تعیین ارزش‌های زندگی، بررسی و کشف ارزش‌ها، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی
جلسه ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار، درک و پذیرش خود
جلسه هفتم	تغییر روابط ارتباط مؤثر، موانع ارتباط، پرورش خود شفقت‌ورز
جلسه هشتم	قبول و پذیرش زندگی: شناسایی تعصبات منفی زندگی، اهمیت حفظ تعادل در تعصب، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته

برای بررسی کروییت یا معنی‌داری رابطه بین لذت‌جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب دانشجویان افسرده نشان داد که رابطه بین آنها معنی‌دار است ( $p < 0/05$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون لذت‌جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب دانشجویان افسرده در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو ویلک (S-W) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه نتایج آزمون شاپیرو ویلک (S-W) برای تمامی متغیرها معنی‌دار نمی‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است.

برای بررسی اثر تأثیر آموزش شفقت به خود ذهن آگاه بر لذت‌جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب دانشجویان افسرده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگونی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس تمامی متغیرهای پژوهش معنادار نمی‌باشد و برابر است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $p > 0/05$ ). میزان معناداری آزمون باکس از  $0/05$  بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بار تلت

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (n=۳۶)						
متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	p
لذت جویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۳/۹۴	۴/۷۱	۱/۲۵	۰/۸۵
	پس‌آزمون	گواه	۳۲/۱۷	۵/۵۷	۰/۸۰	۰/۵۷
تعاملات اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۹/۷۷	۶/۳۷	۱/۲۴	۰/۵۸
	پس‌آزمون	گواه	۳۲/۱۸	۷/۷۲	۰/۰۹۱	۰/۵۲
تجربیات حسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۳۶	۲/۴۹	۰/۹۹	۰/۵۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۲/۷۳	۲/۹۲	۰/۹۸	۰/۶۲
تفریح - سرگرمی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۹۴	۳	۰/۷۹	۰/۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۲۰/۷۰	۳/۰۸	۰/۹۷	۰/۵۳
آشامیدن و خوراک	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۹۴	۲/۳۶	۰/۴۹	۰/۶۷
	پس‌آزمون	گواه	۸	۲/۱۳	۰/۸۶	۰/۷۷
حافظه سرگذشتی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۲	۲	۰/۸۸	۰/۶۳
	پس‌آزمون	گواه	۸/۵۲	۲/۴۵	۰/۷۸	۰/۵۳
مدت زمان خواب	پیش‌آزمون	آزمایش	۷/۲۱	۱/۷۵	۰/۸۰	۰/۶۶
	پس‌آزمون	گواه	۷/۸۹	۲/۸۰	۰/۶۳	۰/۵۷
اختلالات خواب	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۳۱	۱/۸۰	۰/۸۲	۰/۶۳
	پس‌آزمون	گواه	۷/۱۵	۳/۰۲	۰/۹۰	۰/۵۳
استفاده از داروهای خواب‌آور	پیش‌آزمون	آزمایش	۵/۴۲	۱/۶۴	۰/۸۰	۰/۵۵
	پس‌آزمون	گواه	۴/۴۷	۱/۴۲	۰/۸۹	۰/۶۲
تأخیر در به خواب رفتن	پیش‌آزمون	آزمایش	۷	۱	۰/۹۰	۰/۷۷
	پس‌آزمون	گواه	۴/۷۱	۱/۴۰	۰/۹۷	۰/۵۳
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۳/۲۶	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۶۷
	پس‌آزمون	گواه	۳	۱/۰۱	۰/۷۴	۰/۵۸
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۴/۷۸	۰/۹۷	۰/۶۰	۰/۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۳/۰۱	۱/۴۹	۰/۶۷	۰/۵۹
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۱/۶۸	۰/۸۲	۰/۷۷	۰/۷۶
	پس‌آزمون	گواه	۱/۵۷	۰/۷۶	۰/۷۵	۰/۶۲
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۱/۱۱	۰/۷۸	۰/۸۷	۰/۸۷
	پس‌آزمون	گواه	۱/۵۲	۰/۸۰	۰/۷۴	۰/۶۶
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۱/۸۹	۰/۸۰	۰/۵۵	۰/۶۰
	پس‌آزمون	گواه	۱/۸۸	۰/۸۰	۰/۹۸	۰/۷۸
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۱/۱۱	۰/۵۰	۰/۵۷	۰/۶۹
	پس‌آزمون	گواه	۱/۸۹	۰/۷۰	۰/۹۷	۰/۵۳
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۴۷	۰/۶۹	۰/۷۷	۰/۶۱
	پس‌آزمون	گواه	۰/۴۲	۰/۶۹	۰/۸۵	۰/۵۸
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۴۲	۰/۶۰	۰/۵۲	۰/۸۹
	پس‌آزمون	گواه	۰/۴۴	۰/۶۹	۰/۸۶	۰/۵۳
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۳	۱/۳۵	۰/۶۹	۰/۶۷
	پس‌آزمون	گواه	۳/۰۱	۱/۲۴	۰/۷۷	۰/۶۲
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۱/۹۴	۰/۸۴	۰/۶۷	۰/۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۳/۱۰	۱/۲۴	۰/۶۳	۰/۵۳
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۳/۲۱	۱/۲۷	۰/۶۷	۰/۷۸
	پس‌آزمون	گواه	۳/۰۱	۱/۴۳	۰/۸۰	۰/۶۷
اختلالات عملکردی روزانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۲/۲۱	۰/۷۸	۰/۷۱	۰/۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۳/۰۲	۱/۴۱	۰/۹۷	۰/۵۳

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	گواه
کیفیت ذهنی خواب	۲/۴۷	۰/۶۱	۰/۵۸
	۲/۳۶	۰/۵۹	۰/۷۴
	۱/۸۴	۰/۶۸	۰/۷۷
	۲/۳۵	۰/۶۰	۰/۵۳
	۱۰/۸۹	۱/۸۵	۰/۶۳
کیفیت خواب	۱۰/۶۴	۱/۳۶	۶۷/۹۸
	۷/۵۷	۱/۶۰	۰/۷۴
	۱۰/۶۴	۱/۱۶	۰/۷۹

مؤلفه	SS آزمایشی	خطا SS	MS آزمایشی	خطا MS	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
تعاملات اجتماعی	۳۸۳/۴۰۷	۲۷۱/۳۱۵	۳۸۳/۴۰۷	۸/۴۷۹	۴۵/۲۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶	۱
تجربیات حسی	۲۸۵/۸۰۱	۱۵۲/۹۳۳	۲۸۵/۸۰۱	۴/۷۷۹	۵۹/۸۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۱
تفریح - سرگرمی	۱۱۱/۰۹۸	۱۳۲/۳۶۷	۱۱۱/۰۹۸	۴/۱۳۶	۲۶/۸۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶	۱
آشامیدن و خوراک	۳۴/۴۳۱	۴۳/۰۸۷	۳۴/۴۳۱	۱/۳۴۶	۲۵/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۱
لذت‌جویی	۱۰۱۴/۴۳۱	۱۵۰۲/۴۹۱	۱۰۱۴/۴۳۱	۴۵/۵۳۰	۲۲/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۴۰۳	۱

است. یعنی پیش‌آزمون تأثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد و استفاده از تحلیل کوواریانس ضروری است.

برای بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود ذهن‌آگاه بر مؤلفه‌های کیفیت خواب از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری گزارش شده است.

با توجه به جدول ۵ آماره F برای مؤلفه‌های مدت زمان خواب (۱۱/۱۶۰)، اختلالات خواب (۲۲/۰۳۳)، استفاده از داروهای خواب‌آور (۰/۴۰۱)، تأخیر در به خواب رفتن (۲۵/۷۰)، کیفیت ذهنی خواب (۸/۲۳)، معنی‌دار می‌باشد. اما در اختلالات عملکردی روزانه خواب (۱۲/۱۸) معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های مدت زمان خواب (۰/۲۷۱)، اختلالات خواب (۰/۴۲۳)، استفاده از داروهای خواب‌آور (۰/۰۱۳)، تأخیر در به خواب رفتن (۰/۴۶۱)، اختلالات عملکردی روزانه خواب (۰/۲۸۹) کیفیت ذهنی خواب (۰/۲۱۵) و کیفیت خواب کل (۰/۵۳۰) می‌باشد که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

با توجه به جدول ۳ آماره F برای مؤلفه‌های تعاملات اجتماعی (۴۵/۲۲۱)، تجربیات حسی (۵۹/۸۰۱)، تفریح - سرگرمی (۲۶/۸۵۸)، آشامیدن و خوراک (۲۵/۵۷۱) معنی‌دار می‌باشد. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های تعاملات اجتماعی (۰/۵۸۶)، تجربیات حسی (۰/۶۵۱)، تفریح - سرگرمی (۰/۴۵۶)، آشامیدن و خوراک (۰/۴۴۴)، می‌باشد که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. لازم به ذکر است که مقدار ۰/۰۱ به عنوان اندازه اثر کوچک، ۰/۰۴ متوسط و ۰/۱ به عنوان اندازه اثر بزرگ در نظر گرفته می‌شود. برای بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود ذهن‌آگاه بر کاهش حافظه سرگذشتی دانشجویان افسرده از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون حافظه سرگذشتی با گواه پیش‌آزمون این متغیر گزارش شده است.

با توجه به جدول ۴ آماره F حافظه سرگذشتی کل در پس‌آزمون (۲۱/۶۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان حافظه سرگذشتی کل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۳۸۲ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. آماره F پیش‌آزمون حافظه سرگذشتی کل نیز (۱۳/۹۴) می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار



جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و گواه در حافظه سرگذشتی کل							
منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۱۶/۲۸	۱	۱۶/۲۸	۱۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	-
عضویت گروهی	۲۵/۲۴۹	۱	۲۵/۲۴۹	۲۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲	۱
خطا	۴۰/۸۷۲	۳۵	۱/۱۶۸	-	-	-	-

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های کیفیت خواب								
مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
مدت زمان خواب	۱/۶۶	۴/۴۶۹	۱/۶۶	۰/۱۴۹	۱۱/۱۶۰	۰/۰۰۲	۰/۲۷۱	۰/۹۲
اختلالات خواب	۵/۰۱۳	۶/۸۲	۵/۰۱۳	۰/۲۲۸	۲۲/۰۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳	۱
استفاده از داروهای خواب‌آور	۰/۰۵۷	۴/۲۳	۰/۰۵۷	۰/۱۴۱	۰/۴۰۱	۰/۵۳۲	۰/۰۱۳	-
تأخیر در به خواب رفتن	۱۲/۰۴	۱۴/۰۶	۱۲/۰۴	۰/۴۶۹	۲۵/۷۰	۰/۰۳	۰/۴۶۱	۱
اختلالات عملکردی روزانه	۷/۴۳	۱۸/۳۱۴	۷/۴۳	۰/۶۱۰	۱۲/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۲۸۹	۰/۹۳
کیفیت ذهنی خواب	۲/۸۳	۱۰/۳۲	۲/۸۳	۰/۳۴۴	۸/۲۳	۰/۰۰۷	۰/۲۱۵	۰/۹۰
کیفیت خواب کل	۸۰/۹۹	۶۹/۴۰	۸۰/۹۹	۲/۱۰۱	۳۸/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۳۰	۱

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخش آموزش شفقت به خود ذهن آگاه بر لذت جویی، حافظه سرگذشتی و کیفیت خواب دانشجویان افسرده بود. یافته اول نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، تفریح - سرگرمی، آشامیدن و خوراک، می‌باشد که نشان می‌دهد فرضیه اول پژوهش تأیید شده است. نتیجه بدست آمده با یافته‌های اسمیتز و همکاران (۲۰۱۴)، کولینز، گیلیگان و پوز (۲۰۱۷)، کلی و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته به محتوای جلسات آموزشی اشاره می‌شود. این مداخله شامل ارزش‌دهی مجدد و نیز شفقت به خود برای پرداختن به نشخوار فکری، فقدان لذت بود. در واقع یک مزیت و اهمیت ویژه این مداخله، گنجاندن استراتژی‌های جامع ذهن آگاه است که کمتر به آن در دیگر مداخلات توجه می‌شود. با توجه به این، شفقت به خود ذهن آگاه می‌تواند جنبه‌های مختلف شفقت به خود را اصلاح کند (گرم و نف، ۲۰۱۳). یکی از مهمترین مواردی که در این مداخله شایان توجه قرار گرفت، ترویج نگرش‌های اجتماع یار بود که مشارکت‌کنندگان را تشویق می‌کرد درباره خطا اذعان کنند و لذت‌های شکسته شده را مشخص کنند و اقدامات خاصی را برای ترمیم آسیب‌ها براساس استراتژی‌های تعیین هدف برنامه‌ریزی کنند (نف، ۲۰۱۱). در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که یکی از علائم کلیدی در افسردگی، بی

لذتی است؛ بی‌لذتی به معنای فقدان علاقه و کناره‌گیری از هرگونه فعالیت لذت‌بخش معمول، اغلب با افسردگی همراه است. آموزش شفقت به خود، بحث دربارهٔ فواید روابط مثبت با دیگران و راه‌های بهبود روابط مثبت با آنها، از طرفی سبب لذت جویی فرد افسرده و از سویی دیگر، باعث کاهش انزوای آنها شده است (مارشال و همکاران، ۲۰۱۵). به عبارتی دیگر، یکی از هسته‌های اصلی نشانه‌های افسردگی، انزوایی و تنهایی است. آموزش شفقت به خود ذهن آگاه سبب دید مثبت‌تر به خویش می‌شود و در نتیجه، خودشفقت‌ورزی را افزایش می‌دهد. از طرفی این برنامه با تمرکز بر واقعیت‌ها و توجه بر اساس اینجا و اکنون و همچنین رد و یا انکار نکردن موضوعات و مشکلات مختلف و در مقابل تجربه آنها بزرگ‌نمایی دانشجویان را کاهش می‌دهد (کمپر و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع، فرد مشکلات را آن چنان که هستند، در نظر می‌گیرند، نه آن گونه که در تأثیر شرایط مختلف می‌پندارند و با درک درست و واقع‌بینانه از مشکلات و به‌وضوح مشاهده کردن نواقص خود به جای نادیده انگاشتن آنها باعث به وجود آمدن رویکرد مثبت‌تر و نگرش خوش‌بینانه به زندگی می‌شود و از این طریق فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی، ترغیب و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند (یزدانی، اسماعیلی و نامداری، ۱۳۹۶). نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان حافظه سرگذشتی کل تفاوت معنی دار وجود دارد. نتیجه به دست آمده با یافته‌های آدام و همکاران (۲۰۱۳)؛ ایریش و همکاران (۲۰۱۵)؛ ریچاردز و همکاران (۲۰۱۵) و اسکالین

(ایریش و همکاران، ۲۰۱۵). اگر دانشجویان دچار کمبود و یا اختلال خواب شوند، این مشکل قطعاً روی یادگیری آنها تأثیر گذار بوده و بازده آموزشی آنها را کاهش خواهد داد. آشنایی با وضعیت سلامت روانی دانشجویان در شروع تحصیل نقش عمده‌ای در تأمین سلامت روانی و نیز پیشرفت تحصیلی آنان دارد و می‌توان گفت برای تأمین سلامتی حتماً باید به جزء روانی آن که از دیگر اجزای سلامتی جدا شدنی نیست توجه نمود (اسکالین و بلوایز، ۲۰۱۵). ذهن آگاهی مثبت می‌تواند به‌عنوان عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روان شناختی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکلات فرد افسرده بیانجامد (نف، ۲۰۱۱). به این ترتیب در راستای افزایش خودشفقت‌ورزی گام بردارد. هنگامی که این الگوها اصلاح شوند می‌تواند تأثیر زیادی بر روی سلامت روان و بهبود کیفیت خواب افراد داشته باشد (گرمر و نف، ۲۰۱۳). همچنین طرز فکر مثبت فردی که شفقت خود دارد، رضایت از خود و خرسندی و مهارت‌های سازگاری انطباقی همراه با آن ممکن است به حفظ انسجام روانی و بهبود کیفیت زندگی کمک کند و اینکه فردی که شفقت خود بالایی دارد، هیجانات و خلق مثبت بیشتر و هیجانات منفی کمتری را تجربه می‌کند (چانگ و چن، ۲۰۱۶). بنابراین می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود می‌تواند نقش مهمی را در بهبود کیفیت خواب داشته باشد. بنابراین براساس یافته‌های پژوهش مشخص شد آموزش شفقت به خود ذهن آگاه لذت‌جویی دانشجویان افسرده اثربخش است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت که به خاطر عدم دسترسی به افراد نمونه در طولانی مدت، اجرای پیگیری نتایج امکان‌پذیر نبوده است. از سویی دیگر، شرایط اجتماعی و فرهنگی افراد نمونه کنترل نشده است. پیشنهاد می‌شود آموزش مذکور در این پژوهش برای تقویت درک ارزش و معنای زندگی، هدفمندی، حل مسائل و ارتباط با خود، جهان و دیگران انجام شود. همچنین سازمان‌هایی همچون پژوهشکده‌ها و مراکز مطالعات زنان، خانه‌های سلامت شهرداری و دانشگاه در جهت گیری پژوهش‌های خود به این امر توجه ویژه‌ای داشته باشند تا زمینه پیشگیری از آسیب‌های احتمالی برای دانشجویان افسرده فراهم آید. از طرفی دیگر، در پژوهش حاضر مرحله پیگیری شرکت کنندگان و بررسی پایداری اثرهای برنامه‌های مداخله‌ای وجود نداشت. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی شرکت کنندگان از نظر سن، تحصیلات و غیره هم‌تا گردند. در مجموع، با توجه به آموزش شفقت به خود ذهن آگاه حافظه

و بلوایز (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که زمانی که فرد می‌کوشد تا یک رخداد را بازبایی کند، نخست یک توصیف کلی را در لایه فراتر فراهم می‌آورد این توصیف سپس برای جستجو در بانک اطلاعاتی حافظه لایه فروتر به کار گرفته می‌شود تا یک خاطره متناسب احتمالی یافت شود (ریچاردز و همکاران، ۲۰۱۵). طبق نظریه‌های حافظه، حافظه سرگذشتی به صورت سلسه مراتبی شامل سطوح بالا، حاوی اطلاعات کلی و سطوح پایین که شامل اطلاعات اختصاصی و جزئیتر هستند، می‌باشند (اسکالین و بلوایز، ۲۰۱۵). زمانی که از فرد خواسته می‌شود تا یک رویداد خاصی را از گذشته‌اش یادآوری کند، نخست یک توصیف کلی در سطوح بالای حافظه فراهم می‌آورد، این توصیف سپس برای جستجو در بانک اطلاعاتی حافظه سطوح پایین‌تر به کار گرفته می‌شود تا خاطره متناسب یافت شود. بیماران افسرده در این سطح واسطه-گیر می‌کنند و قادر نیستند به سهولت از توصیف‌های کلی برای کمک به بازبایی نمونه‌های خاص سود ببرند (آدام و همکاران، ۲۰۱۳).

همچنین نتایج یافته سوم نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در اختلالات عملکردی روزانه معنی‌دار نمی‌باشد. نتیجه بدست آمده با یافته‌های ایریش و همکاران (۲۰۱۵)؛ اسکالین و بلوایز (۲۰۱۵) و چانگ و چن (۲۰۱۶) و دهداری و همکاران (۱۳۹۶) همسو می‌باشد.

با ورود به دانشگاه، دانشجویان مسئولیت‌های بیشتری را به عهده می‌گیرند. با این حال آنها هنوز هم به عنوان منبع پشتیبانی به والدین یا بزرگسالان دیگر خود اعتماد می‌کنند (دینتو و همکاران، ۲۰۱۹). بیشتر دانشجویان بطور سنتی تا حدی از مسئولیت‌های یک بزرگسال عاری هستند، اما رفتن از دبیرستان به دانشگاه می‌تواند یک تجربه استرس‌زا برای برخی از دانشجویان باشد (یزدانی و همکاران، ۱۳۹۶). استرس زیاد در زندگی روزمره دانشجویان می‌تواند منجر به نارسایی تحصیلی و مشکلات سازگاری شود و تأثیر منفی بر کیفیت خواب آنها بگذارد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که خواب یکی از نیازهای اصلی انسان بوده و بطور انکار ناپذیری تأثیر مهمی بر سلامت روانی و عملکرد روزانه افراد در جنبه‌های گوناگون زندگی از جمله روابط اجتماعی، شغلی و غیره دارد. اختلال در ریتم خواب علاوه بر تهدید سلامت انسان، در کارکردهای اجتماعی نیز خدشه وارد نموده و باعث ناهنجاری‌های روانی - اجتماعی بسیار می‌گردد

دارای نشانه‌های افسردگی. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۳(۴)، ۶۵-۷۶.

یعقوبی، حمید؛ کریمی، معصومه؛ امیدی، عبدالله؛ مصباح، نسرين؛ کهانی، شمس‌الدین و عابدی قلیچ قشلاقی، میلاد (۱۳۹۲). شیوع شناسی اختلالات روانی و عوامل جمعیت شناختی مؤثر بر آن در دانشجویان جدید الورود دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران. *روانشناسی بالینی*، ۶(۲)، ۹۵-۱۰۴.

Adam, D.B., Root, J.C., William, H. (2013). Overgeneralized autobiographical memory and future thinking in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(1), 129-134.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Murray, E. (2018). WHO World Mental Health Surveys International. College Student Project: prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623.

Chang, S. M., Chen, C. H. (2016). Effects of an intervention with drinking chamomile tea on sleep quality and depression in sleep disturbed postnatal women: a randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 72(2), 306-315.

Charlson, F., Ferrari, A. J. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547.

Collins, R.N., Gilligan, L.J., Poz, R. (2017). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol*, 11, 1-13.

Di Benedetto, M., Towt, C. J., Jackson, M. L. (2019). A cluster analysis of sleep quality, self-care behaviors, and mental health risk in Australian university students. *Behavioral sleep medicine*, 1-12.

Gedik, Z. (2019). Self-compassion and health-promoting lifestyle behaviors in college students. *Psychology, health & medicine*, 24(1), 108-114.

Germer, C. K., Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.

Goldberg, Y. K., Eastwood, J. D., LaGuardia, J., Danckert, J. (2011). Boredom: An emotional experience distinct from apathy, anhedonia, or depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(6), 647-666.

Harris, C. B., Rasmussen, A. S., Berntsen, D. (2014). The functions of autobiographical memory: An integrative approach. *Memory*, 22(5), 559-581.

Huta, V. (2015). The complementary roles of eudaimonia and hedonia and how they can be pursued in practice. *Positive psychology in practice*:

سرگذشتی دانشجویان افسرده را بهبود می‌بخشد، پیشنهاد می‌گردد، آموزش‌های مبتنی بر این متغیرها، به شیوه‌ی تجربی بر گروه دانشجویان صورت گیرد و تأثیر آن بر روی عملکردهای روانشناختی مثبت دانشجویان مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین براساس یافته‌های پژوهش مشخص شد آموزش شفقت به خود ذهن آگاه کیفیت خواب دانشجویان افسرده اثربخش است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود علاوه بر درمان‌های دارویی، به عوامل روانشناختی برای بهبود کیفیت خواب توجه شود.

این مقاله مستخرج شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی از دانشگاه گیلان در سال ۱۳۹۸ است. بدین وسیله نویسندگان از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

### منابع

دهداری، طاهره؛ طاعتی، رضا و چابک سوار، فخرالدین (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین کیفیت خواب با وضعیت روانشناختی دانشجویان. *مجله ره آورد سلامت*، ۲(۱)، ۹-۱.

سیادتیان، سید حسین و قمرانی، امیر (۱۳۹۲). بررسی روایی و پایایی مقیاس لذت‌جویی در دانشجویان دانشگاه اصفهان: بررسی مقدماتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲، ۸۱۸-۸۰۷.

شبهانگ، رضا؛ بشارت، محمد علی؛ نیکوگفتار، منصوره و باقری شیخانگفته، فرزین (۱۳۹۸). نقش انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی پرستش افراد مشهور دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۲۵-۱۳.

حسن زاده، مهدی؛ علوی، کاوه؛ قلعه بندی، میر فرهاد؛ یدالهی، زهرا؛ غرابی، بنفشه و صادقی کیا، عباس (۱۳۸۹). کیفیت خواب در رانندگان. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۰(۴)، ۲۷۸-۲۸۴.

حمیدی، رزگار؛ فکری زاده، زهره؛ آزادبخت، مجتبی، گرمارودی، غلامرضا؛ طاهری تنجانی، پریسا؛ فتحی زاده، شادی و قیسوندی، الهام (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک در سالمندان ایرانی. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۱)، ۱۹۸-۱۸۹.

کاویانی، حسین؛ رحیمی، پریسا و نقوی، حمیدرضا (۱۳۷۸). بررسی کمبودها در بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۲ و ۳، ۲۵-۱۶.

یزدانی، محمد؛ اسماعیلی، مریم و نامداری، کوروش (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مثبت بر خودشفقت‌ورزی نوجوانان پسر

II. Multisite test-retest reliability. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 630-636.

*Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 159-182.

Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep medicine reviews*, 22, 23-36.

Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., Hoffman, E. (2017). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 475-487.

Kemper, K. J., Mo, X., Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals?. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 496-503.

kenvuo, K., Koskenvuo, M., Kaprio, J. (2015). Poor sleep predicts symptoms of depression and disability retirement due to depression. *Journal of affective disorders*, 172, 381-389.

Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson, C. J., Heaven, P. C. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, 116-121.

Neff, K. (2011). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

Neff, K. D., Vonk, R. (2010). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50.

Paller, K. A., Creery, J. D., Florczak, S. M., Weintraub, S., Mesulam, M. M., Reber, P. J., O'Hara, M. (2015). Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 257-267.

Puthran, R., Zhang, M. W., Tam, W. W., Ho, R. C. (2016). Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Medical education*, 50(4), 456-468.

Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., Jollant, F. (2015). Suicidal behaviour and memory: a systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 16(8), 544-566.

Scullin, M. K., Bliwise, D. L. (2015). Sleep, cognition, and normal aging: integrating a half century of multidisciplinary research. *Perspectives on Psychological Science*, 10(1), 97-137.

Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion I intervention for female college students. *Journal of clinical psychology*, 70(9), 794-807.

Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Wittchen, H. U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID):