MEJDS. 2020; 10:188.

Published online 2020 Dec. **Research Article**

Comparing the Effects of Mindfulness-Based Therapy, Logo therapy, and Behavioral Activation Therapy on Sleep Quality in Depressed Female Students

Omidmehr A[1], *Hekmat HR[2], Kordestani D[3], Gholami MT[4]

Author Address
1. Student Ph.D. in General Psychology, Psychology Department, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;
2. Professor of Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
***Corresponding author's email:** drhamid00@gmail.com

Received: 2020 August 19; **Accepted:** 2020 October 26

Abstract

Background & Objectives: Depressive disorders are chronic and debilitating conditions that affect numerous individuals worldwide. Sleep disorders are among the most frequent symptoms of mood and emotional conditions, especially depression and suicidal ideation and attempts; sleep problems have been identified as a risk factor for suicide. Depressed patients present decreased mindfulness than others; therefore, Mindfulness–Based Therapies (MBTs) can facilitate treating depressed patients and improving their symptoms. Logotherapy is used to treat depressed patients and offers the acceptance of life and the search for its meaning in the most tragic circumstances. Behavioral Activation Therapy (BAT) is a novel psychotherapy approach used by psychotherapists to treat depressive disorders. This study aimed to compare the effects of MBT, Logotherapy, and BAT on sleep quality in depressed female students.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of the present study included female undergraduate students who were referred to Omidmehr Counseling Center in Tehran City, Iran, in 2019. The study participants were recruited by a call. In total, 60 subjects were selected by convenience sampling method and divided into 4 age–matched groups; MBT, Logotherapy, BAT, and control (n=15/group). The inclusion criteria of the study were obtaining a score higher than the cut–off line (>5) on the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989) and a score of >17 on the Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961); no chronic bio psychological illnesses, not abusing drugs and alcohol (clinical tests were conducted on very suspicious cases); not using antidepressants (medical records were reviewed), and not receiving concurrent psychological interventions (the records of suspicious cases were reviewed). The exclusion criteria of the study included absence from one–third of intervention sessions, as well as encountering a particular crisis or failure to meet the inclusion criteria of the research during th received 8 sessions of MBT per Wolf and Serpa's intervention protocol (2015); 10 sessions of Logotherapy based on Hutzell's intervention protocol (2002), and 10 sessions of BAT per the intervention protocol of Lejuez and associates (2011). However, the control group received no e intervention sessions. The study participants completed the PSQI and BDI at pretest, posttest, and follow–up stages. The experimental groups intervention. The obtained data were analyzed using repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni posthoc test in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The present study data suggested the significant effect of an intervention in the experimental group on sleep quality (p<0.001). Accordingly, at least one of the provided interventions affected the sleep quality of the explored depressed students. The effect of time was also significant on sleep quality (p<0.001). Thus, the presented intervention altered the posttest and follow–up scores of the study subjects, compared to the pretest phase. The interaction of time and group was significant for sleep quality (p<0.001). Additionally, repeated–measures ANOVA data concerning the effect of the group demonstrated a significant difference between the mean scores of the experimental and control groups (p<0.001). Bonferroni posthoc test data indicated a significant difference between MBT, Logo therapy, and BAT groups and the controls (p<0.001). There existed no significant difference between the three treatment groups in this respect (p=1.000). Bonferroni test data indicated a difference between the pretest and posttest mean scores (p<0.001) as well as pretest and follow–up values (p<0.001) for sleep quality; such findings highlighted the positive effects of the provided interventions and the continuation of such impacts until the follow–up stage (p=1.000).

Conclusion: The present study results revealed that all presented approaches, including MBT, Logotherapy, and BAT, each targeting a dimension of depression, were effective on the sleep quality of depressed females and improved the relevant symptoms in them.

Keywords: Depression, Mindfulness, Behavioral activation, Logotherapy, Sleep quality.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۸۸.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت خواب دانشجویان دختر افسرده

علی امیدمهر[۱]، *حمیدرضا حکمت[۲]، داود کردستانی[۳]، محمدتقی غلامی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** drhamid00@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۹ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۵ آبان ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: یکی از نشانه‌های رایج اختلال‌های روانی و هیجانی که به‌ویژه برای افسردگی و خودکشی ذکر شده است، اختلال در خواب است. هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت خواب دانشجویان دختر افسرده بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را مراجعان دانشجوی دختر مقطع کارشناسی تشکیل دادند که براساس فراخوان به مرکز مشاورهٔ امید مهر در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. از میان آن‌ها ۶۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و با همگن‌سازی سن در چهار گروه درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی، درمان فعال‌سازی رفتاری و گواه قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (بویسی و همکاران، ۱۹۸۹) و سیاههٔ افسردگی بک (بک، ۱۹۶۱) پاسخ دادند. گروه‌های آزمایش هشت جلسه درمان ذهن‌آگاهی، ده جلسه معنادرمانی و ده جلسه فعال‌سازی رفتاری دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنادار بین گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و فعال‌سازی رفتاری با گروه گواه در متغیر کیفیت خواب وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) و بین سه گروه درمانی تفاوت معنادار وجود ندارد. همچنین نتایج حاکی‌از تفاوت میانگین‌ها در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) برای متغیر کیفیت خواب است و نشان‌دهندهٔ تداوم تأثیر مداخلات در مرحلهٔ پیگیری است ($p=۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، هر سه رویکرد درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری هریک با هدف قراردادن یک بُعد از افسردگی بر کیفیت خواب دختران افسرده اثربخش هستند و اثر کاهنده دارند.

کلیدواژه‌ها: افسرده، ذهن‌آگاهی، فعال‌سازی رفتاری، معنادرمانی، کیفیت خواب.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلال افسردگی[1] بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که تعداد زیادی از افراد را در سراسر جهان تحت‌تأثیر خود قرار داده است (۱). این اختلال باتوجه به اینکه هزینه‌های زیادی بر دوش سیستم بهداشت عمومی می‌گذارد، نظر بسیاری از متخصصان سلامت روان را به خود جلب کرده است (۲). فقدان لذت، اختلال خواب، کاهش اشتها و انرژی، خلق افسرده، کاهش قدرت تمرکز و میل به خودکشی در اختلال افسردگی شایع است. در این میان می‌توان گفت، تغییرات خلق، شناخت و افکار خودکشی از ویژگی‌های مهم اختلال افسردگی است (۳).

اختلال در خواب[2] ، ازجمله نشانه‌های رایج اختلال‌های خلقی و هیجانی به‌ویژه افسردگی و خودکشی ذکر شده است؛ به‌طوری‌که مشکلات در خوابیدن را یکی از عوامل خطر خودکشی معرفی کرده‌اند (۴). کیفیت خواب شامل اختلال در الگوهای خوابیدن و کیفیت آن مانند تأخیر در به‌خواب‌رفتن، تجربهٔ مشکلاتی در دوره‌های خواب، مصرف دارو به‌منظور به‌خواب‌رفتن و تجربهٔ خواب‌آلودگی در روزمره تعریف شده است (۵). خواب فرایندی زیست‌شناختی است که از پویایی و سازمان‌یافتگی برخوردار است و بخش اعظم زندگی روزمره را تشکیل می‌دهد (۶). کیفیت یا چگونگی خواب در کیفیت زندگی انسان و سلامتی جسمی و روانی او مؤثر است (۷). شاخص‌های درون‌روانی مربوط به چگونگی تجربهٔ خواب ازجمله میزانی که فرد از خواب خود رضایت‌مندی دارد و احساسی که پس از بیدارشدن تجربه می‌کند، کیفیت خواب تعریف می‌شود (۸). کیفیت خواب یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت جسمانی و روانی افراد است که پیامدهای روان‌شناختی منفی جدی را در پی دارد (۶).

کیفیت خواب به دلایل مختلف حائز اهمیت است؛ ازجمله اینکه بدکارکردی در کیفیت خواب شکایت شایعی است و در بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی مانند اختلال‌های خلقی نظیر افسردگی افزون‌بر علائمی نظیر مشکل ازدست‌دادن اشتها و کندی روانی ـ حرکتی مشاهده می‌شود. علاوه‌بر مشکلات بی‌خوابی، مشکلات پرخوابی نیز ممکن است با افسردگی مرتبط باشد و از آن ناشی شود یا علت افسردگی باشد (۹). نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نشان داد، ریتم خواب نامنظم در بروز افسردگی نقش دارد و مداخله در کیفیت خواب بیماران افسرده علاوه‌بر بهبود مشکلات خواب موجب بهبود افسردگی نیز می‌شود (۱۰).

بیماران افسرده درمقایسه با دیگران ذهن‌آگاهی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند و از این جهت درمان‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[3] می‌تواند موجب تسهیل روند درمان بیماران افسرده و نیز بهبود نشانه‌های آن‌ها شود (۱۱). ذهن‌آگاهی، آگاهی از لحظهٔ حاضر و بدون قضاوت است. این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود؛ بدون‌اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا اینکه آن را خوب یا بد تلقی کند؛ بنابراین، ذهن‌آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهدهٔ عینی تجربیات را نیز به‌همراه دارد (۱۲). علاوه‌براین، ذهن‌آگاهی امکان مقابلهٔ سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی‌که از ذهن‌آگاهی بیشتری برخوردار هستند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند و به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (۱۳). ذهن‌آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربهٔ هیجان‌های دردآور و ناگوار ممانعت صورت نمی‌گیرد (۱۴)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان‌ها به همان صورتی که هستند، برخورد شود و آن‌ها پذیرفته شوند. در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می‌دهد و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله‌ای سازنده و جدید استفاده کند (۱۵)؛ بدین‌ترتیب در این فرایند فرد با تمرین توجه (۱۶) و با به‌چالش‌کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر مشکلاتش فایق می‌آید (۱۷). در این راستا، بساک‌نژاد و همکاران نشان دادند، درمان ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب مؤثر است (۱۸). فرح‌بخش و دهقانی چنین پیشنهاد کردند، درمان ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان درمان‌های مکمل مشکلات دارویی برای افراد دارای مشکلات بی‌خوابی استفاده کرد (۱۹). شیائو و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و کیفیت خواب زنان دچار ملال پیش از قاعدگی اثربخش است (۲۰). چن و همکاران نیز در مطالعه‌ای فراتحلیل درمان ذهن‌آگاهی را بر کیفیت خواب افراد دچار مشکلات خواب اثربخش یافتند (۲۱).

رویکرد معنادرمانی[4] که برای درمان بیماران افسرده به‌کار می‌رود، پذیرش زندگی و جست‌وجوی معنای آن در شرایط مصیبت‌بارتر است. قصد و ارادهٔ فرد برای جست‌وجوی معنا در زندگی محرک انگیزشی او در زندگی است که برای وی آزادی عمل را در انجام کارها و رفتارها و تجاربش به‌منظور درک معنای آن‌ها پدید می‌آورد؛ به این صورت افراد قادر خواهند بود جایگاه خویشتن را در موقعیت‌های دردآور و تغییرناپذیر بیابند (۲۲). بدین‌ترتیب، وظایف، سرنوشت و مسئولیت اعمال هر فرد به خودش وابسته است (۲۳). معنادرمانی حدود اختیارها و آزادی‌های بیمار را برایش ترسیم می‌کند (۲۴). در این میان تنها فرصت موجود به چگونگی برخورد او با مشکلات و تحمل آن‌ها بستگی دارد (۲۵). مداخلاتی که به بررسی معنادرمانی پرداخته‌اند، اغلب اثربخشی آن را در جمعیت سالمندان ارزیابی کرده‌اند. در این راستا، اصغری و همکاران به اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی سالمندان اشاره داشتند (۲۶). فامیل احمریان و همکاران چنین نتیجه گرفتند که معنادرمانی اثر معناداری بر امید به زندگی سالمندان دارد و ازاین‌رو کیفیت خواب آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۲۷).

درمان فعال‌سازی رفتاری[5] یکی از روش‌های جدید روان‌درمانی است که برای درمان اختلال افسردگی توسط روان‌درمانگران استفاده می‌شود (۲۸). این نوع درمان براساس این فرضیه ساخته شده است که روبه‌روشدن اشخاص مستعد ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ

1. Depression disorder
2. Sleep disorder
3. Mindfulness
4. Logotherapy
5. Behavioral activation treatment

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

نامناسب آنان به این مشکل (۲۹) می‌تواند توانایی آن‌ها را برای به‌دست‌آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی‌شان کاهش دهد و درنتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر کند (۳۰). اهداف درمان فعال‌سازی رفتاری، افزایش‌دادن سیستماتیک فعالیت‌ها به‌شیوه‌ای است که به مراجعان کمک کند به منابع بزرگ‌تر پاداش‌ها در زندگی‌شان دست یابند و بتوانند مشکلات زندگی‌شان را حل کنند (۳۱). فرایند درمان فعال‌سازی رفتار به‌صورت مستقیم بر افزایش میزان انجام برخی از فعالیت‌ها (۳۲) و جلوگیری از اجرای بعضی دیگر از فعالیت‌ها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها یا کاهش‌دادن میزان نشخوار فکری) متمرکز می‌شود (۳۳). در این راستا، نتایج پژوهش پرهون و همکاران حاکی‌از اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت خواب بیماران افسرده بود (۳۴).

افسردگی اختلالی چندعلیتی است که تاکنون بسیاری در تبیین سبب‌شناسی آن کوشیده‌اند؛ ازاین‌رو همان‌طورکه پیش‌تر ذکر شد، درمان‌های روان‌شناختی متفاوتی متناسب با رویکرد نظریه‌پرداز برای آن ارائه شده است. از سویی دیگر، در میزان شیوع نشانه‌های افسردگی در بین دو جنس تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد و شیوع آن در زنان و دختران جوان بیشتر از مردان و پسران و بیشتر از افراد در هر سن دیگری گزارش شده است (۳۵)؛ این امر بر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌افزاید. چنان‌که پیش‌تر نیز عنوان شد، ازجمله تظاهرات افسردگی مشکلات خواب است که می‌تواند معلول افسردگی و نیز علت آن باشد. بررسی رویکردهای درمانی روان‌شناختی نظیر ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری که به‌عنوان رویکردهای مؤثر در کاهش افسردگی مطرح شده‌اند، در درمان مشکلات خواب دختران افسرده نوآوری پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت خواب دانشجویان دختر افسرده بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دختر مقطع کارشناسی تشکیل دادند که براساس فراخوان به مرکز مشاورهٔ امید مهر شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. شصت نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند که با همگن‌سازی سن در چهار گروه یعنی در سه گروه آزمایشی درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری و یک‌گروه گواه، در هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: دریافت نمرهٔ بیشتر از خط برش (بیشتر از ۵) در شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ[1] (۳۶) و نمرهٔ بیشتر از برش (بیشتر از ۱۷) در پرسشنامهٔ افسردگی بک[2] (۳۷)؛ مبتلانبودن به بیماری‌های جسمانی مزمن و روانی؛ نداشتن سوءمصرف مواد مخدر و الکل (از موارد بسیار مشکوک آزمایش بالینی گرفته شد)؛ استفاده‌نکردن از داروی ضدافسردگی (موارد پزشکی بررسی شد)؛ دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان (سوابق موارد مشکوک بررسی شد). ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل غیبت در یک‌سوم جلسات مداخله و درگیری با بحران یا بیماری خاص یا نداشتن هرکدام از معیارهای ورد به پژوهش، در طول اجرای جلسات بود. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ: شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ توسط بویسی و همکاران در سال ۱۹۸۹ به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب (برای دورهٔ زمانی یک‌ماهه) ساخته شد (۳۶). این شاخص شامل هجده گویه است که هفت خرده‌مقیاس «کیفیت خواب ذهنی»، «تأخیر در به‌خواب‌رفتن»، «طول مدت خواب»، «کارآیی خواب»، «اختلال‌های خواب»، «مصرف داورهای خواب‌آور» و «اختلال در عملکرد روزانه» را در طیف لیکرتی از هیچ=صفر، کمتر از یک‌بار در طول هفته=۱، یک یا دو بار در طول هفته=۲ و سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته=۳ ارزیابی می‌کند. نمرات صفر، ۱، ۲ و ۳ به‌ترتیب بیانگر وجود وضعیت خیلی مطلوب، نسبتاً مطلوب، نسبتاً نامطلوب و خیلی نامطلوب است. مجموع نمرات عوامل هفت‌گانه از صفرتا۲۱ است؛ نمرهٔ صفرتا۵ به‌عنوان کیفیت خواب مطلوب و نمرهٔ ۶تا۲۱ به‌عنوان کیفیت خواب نامطلوب، تلقی می‌شود (۳۶). بویسی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۳ و توان‌مندی ابزار را در تمایز بیماران افسرده از دیگر افراد به‌عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند (۳۶). در ایران در پژوهش بساک‌نژاد و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمد. در مطالعهٔ آن‌ها یافته‌های حاصل از تحلیل مواد نشان داد که همبستگی بین گویه‌های نمرهٔ کل کیفیت خواب بین ۰/۱۳تا۰/۷۲ متغیر است و همهٔ ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادارند (۱۸).

ـ پرسشنامهٔ افسردگی بک: این پرسشنامهٔ توسط بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ ساخته شد (۳۷). این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی مقیاسی از صفرتا۳ درجه‌بندی کنند. نمرهٔ بیشتر در ابزار حاکی‌از افسردگی بیشتر است (۳۷). بک و همکاران برای این ابزار ضریب اِسپیرمن ـ براون را ۰/۹۳ به‌دست آوردند؛ همچنین همبستگی این ابزار را با درجه‌بندی‌های بالینی برابر با ۰/۶۶ محاسبه کردند (۳۷). طاهری تنجانی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامهٔ سلامت عمومی[3] (r=۰/۸) به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند (۳۸).

ـ پروتکل درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[4]: از آموزش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی براساس پروتکل مداخله‌ای ولف و سرپا به‌مدت هشت جلسه، هفته‌ای یک جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای استفاده شد (۳۹). در پژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوایی جلسات، شاخص CVR و نظر پنج نفر استاد روان‌شناس که همگی دارای مدرک دکترای تخصصی روان‌شناسی بودند و سابقهٔ حداقل ۱۰ سال فعالیت آموزشی داشتند، به‌کار رفت که مقدار آن ۹ به‌دست آمد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

1. Pittsburgh Sleep Quality Index
2. Beck Depression Inventory
3. General Health Questionnaire
4. Mindfulness-Based treatment protocol

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف	فعالیت
اول	هدایت خودکار	برقراری ارتباط با اعضای گروه، معرفی ذهن‌آگاهی و ساختار جلسه‌ها و قوانین گروه، تعیین اهداف، تمرین خوردن کشمش به‌طور آگاهانه.
دوم	آگاهی به تنفس	مرور جلسهٔ قبل و تمرین خانگی، توضیح نحوهٔ صحیح تنفس و مراقبهٔ فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای.
سوم	موانع	مرور بر جلسهٔ قبل و تمرین خانگی، رفع موانع تمرین، مراقبهٔ وارسی بدن، مراقبهٔ فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای و تمرین ذهن نوآموز.
چهارم	رویدادهای خوشایند	مرور جلسهٔ قبل و تمرین خانگی، مراقبهٔ دیدن و شنیدن، جدول رویدادهای خوشایند، فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای و مراقبهٔ نشسته.
پنجم	رویدادهای ناخوشایند	مرور جلسهٔ قبل و تمرین خانگی، جدول رویدادهای ناخوشایند، مراقبهٔ راه‌رفتن و مراقبهٔ نشسته.
ششم	شناخت‌های منفی	مرور جلسهٔ قبل و تمرین خانگی، مراقبهٔ راه‌رفتن و معرفی الگوهای شناخت منفی.
هفتم	پذیرش؛ واقعیت‌نبودن افکار	مرور جلسهٔ قبل و تمرین خانگی، مراقبهٔ نشسته، بازگویی داستان پادشاه و سه پسرش، قرائت شعر مهمانخانه و مراقبهٔ رهایی از افسردگی، مراقبهٔ نشسته و فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، استعارهٔ سینما و قطار افکار.
هشتم	مراقبت از خود به بهترین نحو؛ برنامه‌ای برای آینده	مرور جلسهٔ قبل و تمرین خانگی، مراقبهٔ نشسته و فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، تهیهٔ فهرستی از نشانه‌های هشداردهنده و تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌ها و مهارت‌های لذت‌بخش، مراقبهٔ نشسته و فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، مرور جلسات و تمرین‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده.

ـ پروتکل معنادرمانی[1]: آموزش معنادرمانی براساس پروتکل مداخله‌ای هاتزل براساس نظریهٔ فرانکل[2]، به‌مدت ده جلسه به‌صورت گروهی، هفته‌ای یک‌بار و هر جلسه نود دقیقه استفاده شد (۴۰). درپژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوایی جلسات، شاخص CVR و نظر پنج نفر استاد روان‌شناس که همگی دارای مدرک دکترای تخصصی روان‌شناسی بودند و حداقل ۱۰ سال سابقهٔ فعالیت آموزشی داشتند، به‌کار رفت که مقدار آن ۸/۴ به‌دست آمد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

جدول ۲. پروتکل معنادرمانی

جلسه	هدف	فعالیت
اول	شناسایی مشکلات اولیه	مقدمه، آشنایی اعضا باهم، شناختن قوانین گروه.
دوم	مروری بر مشکلات جاری	مروری بر انتظارات (اهداف) بیمار و درمانگر از درمان.
سوم	مرور تکلیف	مرور تجربهٔ افراد درخصوص نحوهٔ اجرا، مشکلات و موانع اجرای آن‌ها.
چهارم	بررسی فرم نگارهٔ فعالیت	بررسی فرم نگارهٔ فعالیت و حوزه‌های زندگی.
پنجم	تمرکز بر راه‌اندازها	تمرکز بر راه‌اندازهای ادامه‌دهندهٔ سیکل معیوب اضطراب و موانع فعالیت.
ششم	شناسایی افکار منفی	شناسایی افکار منفی و نشخوار فکری.
هفتم	مسئله‌گشایی	ارائهٔ آموزش چگونگی مسئله‌گشایی و پرهیز از اجتناب.
هشتم	بررسی مسائل ثانویه	بررسی مشکلات و موفقیت‌های افراد گروه درجهت شناسایی مسائل ثانویه.
نهم	مرور تکلیف هفتهٔ گذشته	آگاه‌کردن افراد از خطر عود بیماری.
دهم	یادآوری مهارت‌های لازم برای پیشگیری	یادآوری مهارت‌های لازم برای پیشگیری از عود بیماری و آموزش تعمیم‌دادن فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت به سایر موقعیت‌های زندگی.

ـ پروتکل درمان مبتنی‌بر فعال‌سازی رفتاری[3] : درمان فعال‌سازی رفتاری شیوهٔ مداخله‌ای کوتاه‌مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی‌بر راهنمای عملی نسخهٔ تجدیدنظرشده است و براساس پروتکل مداخله‌ای لیجوز و همکاران در ده جلسه، هفته‌ای یک جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای اجرا شد (۴۱). درپژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوایی جلسات از شاخص CVR و نظر پنج نفر استاد روان‌شناس که همگی دارای مدرک دکترای تخصصی روان‌شناسی بودند و حداقل ۱۰ سال سابقهٔ فعالیت آموزشی داشتند، استفاده شد که مقدار آن ۸ به‌دست آمد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

[1]. Logotherapy protocol
[2]. Frankl
[3]. Behavioral activation-based treatment protocol

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

جدول ۳. پروتکل درمان مبتنی‌بر فعال‌سازی رفتاری

جلسه	هدف	فعالیت
اول	ارائهٔ منشور گروه و قرارداد درمانی	تعیین هدف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر.
دوم	بیان مشکل	بحث دربارهٔ حوزه‌های مختلف زندگی.
سوم	معنایابی	گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسئولیت‌پذیری.
چهارم	تغییر نگرش‌ها	تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا ازطریق راه‌های کشف معنا.
پنجم	خلق ارزش‌ها	گرفتن معنا از خلق ارزش‌ها و مسئولیت.
ششم	تجربهٔ ارزش‌ها	گرفتن معنا از میان تجربهٔ ارزش‌ها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها.
هفتم	معنای مفاهیم	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسئولیت.
هشتم	مسئولیت‌پذیری	خودحمایتی، علاقهٔ اجتماعی و غلبه بر یأس و افزایش امید به زندگی.
نهم	حمایت عاطفی	حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام، تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر.
دهم	مرور تکالیف	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، صحبت دربارهٔ آموخته‌های خود در گروه.

در این پژوهش کسب رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کننده‌ها و اطمینان‌دهی به آن‌ها درخصوص محرمانه‌ماندن اطلاعات پژوهش به‌دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، همچنین توضیح روند مداخله و چگونگی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صورت گرفت. سپس گروه‌های آزمایشی معنادرمانی و فعال‌سازی رفتاری باتوجه به پروتکل درمانی خود به‌مدت ده جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و گروه آزمایشی ذهن‌آگاهی به‌مدت هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای درمعرض درمان‌های ذکرشده قرار گرفتند. گروه گواه، هیچ درمان یا مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان پژوهش نیز گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام درمان در هر چهار گروه، مجدداً پرسشنامه‌های اجراشده در پیش‌آزمون در پس‌آزمون اجرا شد. باتوجه به اشارهٔ پروتکل‌های درمانی، پس از دو ماه مطالعات پیگیری برای آخرین بار، اجرای این پرسشنامه‌ها تکرار شد.

در پژوهش حاضر به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی، آزمون‌های آماری شاپیرو- ویلک، لون، ام‌باکس و روش گرین‌هاوس- گیسر به کمک نرم‌افزارSPSS نسخهٔ ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۴ یافته‌های توزیع سن در دختران در گروه‌های مختلف مطالعه مقایسه و گزارش شده است.

جدول ۴. مقایسهٔ توزیع سن در گروه‌های مختلف مطالعه

طبقهٔ سنی	ذهن‌آگاهی		معنادرمانی		درمان فعال‌ساز		گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۸تا۲۵	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰	۶	۴۰	۵	۳۳/۳۳
۲۶تا۳۰	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۷	۴	۲۷	۵	۳۳/۳۳
۳۱تا۳۵	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳	۵	۳۳	۵	۳۳/۳۳
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

جدول ۵. مشخصات توصیفی متغیر کیفیت خواب دانشجویان دختر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت خواب	درمان ذهن‌آگاهی	۱۴/۳۳	۲/۱۶	۴/۷۳	۱/۳۳	۴/۸۰	۱/۵۶
	معنادرمانی	۱۲/۹۳	۱/۴۸	۵/۰۶	۱/۵۳	۵/۰۰	۱/۶۹
	درمان فعال‌سازی رفتاری	۱۳/۵۳	۲/۴۴	۵/۱۳	۱/۳۵	۵/۶۰	۱/۷۶
	گواه	۱۵/۶۰	۲/۴۰	۱۴/۸۶	۲/۲۳	۱۴/۵۳	۲/۱۳

جدول ۵ میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را در گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی، درمان فعال‌سازی رفتاری و گواه برای کیفیت خواب نشان می‌دهد؛ همان‌طورکه ملاحظه می‌شود میانگین نمرات کیفیت خواب در سه گروه درمانی کاهش چشمگیری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

داشته است؛ اما در گروه گواه تغییرات در سه زمان اندازه‌گیری محسوس نیست. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

در ادامه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارزیابی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن به‌وسیلهٔ آزمون شاپیرو ـ ویلک نشان داد که متغیر کیفیت خواب در هر دو گروه و هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال است (p>۰/۰۵). آمارهٔ آزمون ام‌باکس و لون نیز برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس مفروضهٔ همگنی واریانس برای متغیر کیفیت خواب در سه مرحله برقرار بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی مشخص کرد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیر کیفیت خواب برقرار نیست. باتوجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس ـ گیسر مقدار اِپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ به‌دست آمد، از این آزمون برای بررسی معناداری متغیر کیفیت خواب در مراحل اندازه‌گیری بین چهار گروه مطالعه‌شده استفاده شد.

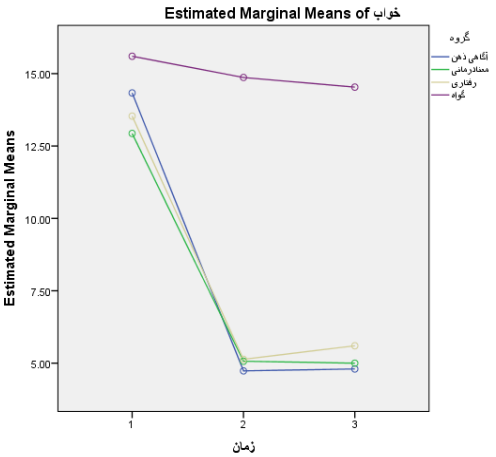
جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر کیفیت خواب

منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
گروه	۳۴۸/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
زمان	۳۰/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
زمان * گروه	۹۵/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۶

جدول ۶ نشان می‌دهد، اثر مداخله در گروه آزمایش بر متغیر کیفیت خواب معنادار است (p<۰/۰۰۱)؛ بدین‌معنا که حداقل یکی از مداخلات ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت خواب دانشجویان افسرده مؤثر است؛ همچنین اثر زمان بر متغیر کیفیت خواب معنادار است (p<۰/۰۰۱)؛ بدین‌معنا که مداخله باعث تغییر نمرات پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون شده است؛ به‌علاوه اثر متقابل زمان و گروه بر متغیر کیفیت خواب معنادار است (p<۰/۰۰۱). جدول ۶ نشان می‌دهد، بررسی اثر گروه در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی‌از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر است (p<۰/۰۰۱).

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه‌ها و زمان

	تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کیفیت خواب	درمان ذهن‌آگاهی	معنادرمانی	۰/۲۸۹	۰/۵۱۵	۱/۰۰۰
	درمان ذهن‌آگاهی	درمان فعال‌سازی	ـ۰/۱۳۳	۰/۵۱۵	۱/۰۰۰
	معنادرمانی	درمان فعال‌سازی	ـ۰/۴۲۲	۰/۵۱۵	۱/۰۰۰
	درمان ذهن‌آگاهی	گواه	ـ۷/۰۴	۰/۵۱۵	<۰/۰۰۱
	معنادرمانی	گواه	ـ۷/۳۳	۰/۵۱۵	<۰/۰۰۱
	درمان فعال‌سازی	گواه	ـ۶/۹۱	۰/۵۱۵	<۰/۰۰۱
	زمان اندازه‌گیری		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۶۵	۰/۳۳۳	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۶/۶۱	۰/۳۳۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۰۳۳	۰/۱۶۸	۱/۰۰۰



شکل ۱. اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر میانگین‌های کیفیت خواب در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

جدول ۷ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از تفاوت معنادار بین گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و فعال‌سازی رفتاری با گروه گواه ($p<۰/۰۰۱$) و نبود تفاوت معنادار بین اثربخشی سه گروه بر متغیر کیفیت خواب است ($p=۰/۰۰۱$). جدول ۷ و شکل ۱ نشان می‌دهد، نتایج آزمون بونفرونی حاکی‌از تفاوت میانگین‌ها در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) برای متغیر کیفیت خواب است؛ همچنین نشان‌دهندهٔ تأثیر مثبت مداخلات در گروه‌های آزمایش و تداوم اثر مداخلات باتوجه به تفاوت میانگین دوره‌های پیگیری و پیش‌آزمون است ($p=۱/۰۰۰$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت درمانی ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت خواب دانشجویان دختر افسرده بود. نتایج این پژوهش نشان داد، درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات خواب دانشجویان دختر افسرده اثربخش است. یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج حاصل از پژوهش‌های بساک‌نژاد و همکاران (۱۸)، فرح‌بخش و دهقانی (۱۹)، شیائو و همکاران (۲۰) و چن و همکاران (۲۱) همسوست. در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب دختران افسرده می‌توان گفت، ذهن‌آگاهی را می‌توان به توجه و آمادگی ذهنی تعبیر کرد که فرد را به درک و پردازش رویدادهای پیرامونش قادر می‌سازد تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرد و واکنش بهتری دربرابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد (۱۳). به همین علت، مداخلات ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخلاتی شناخته می‌شوند که ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی، به‌خوبی می‌توانند عواطف و هیجان‌ها را به‌صورت عمیق مدنظر قرار دهند و رابطهٔ بین شناخت ـ عاطفه را تبیین کنند. برخی از این مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات ذهن‌آگاهی نه‌تنها موجب بهبود قابلیت‌های هیجانی می‌شوند، بلکه به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم و ازطریق خودنظم‌بخشی هیجانی بهبود عواطف (مثبت و منفی) افراد را به‌دنبال دارند (۱۷). در تمرین مراقبه تجربیات ذهنی و اطلاعات حسی به‌صورت فراشناختی بدون ارزیابی یا تفسیر بررسی می‌شوند و ظاهراً پرورش این حالت دارای تأثیرات نظارتی مثبت بر احساسات است (۱۴). به افرادی که توجه‌آگاهی را دریافت می‌کنند، چنین رهنمود داده می‌شود که درمقابل مقاومت یا اجتناب، از تجربهٔ ذهن‌آگاهانه و با پذیرش عمل استفاده کنند. نظریه‌پردازان بیان می‌کنند، رشد حالت غیرارزیابانهٔ توجه‌آگاهی ممکن است انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد و درنتیجه، فرایندهای شناختی و هیجانی را بهبود بخشد (۱۵). نتایج مطالعات تجربی نیز بیانگر آن است که ذهن‌آگاهی بر کارکردهای مربوط به توجه انتخابی و پایدار تأثیر مثبتی دارد (۱۶). در جمع‌بندی کلی می‌توان گفت، در رویکرد ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌شود تا به‌جای ماندن در افکار منفی علت یک مشکل یا پریشانی، بر راه‌های حل آن تمرکز کنند؛ همچنین در جریان مداخلات ذهن‌آگاهی به‌جای اینکه فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن‌ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را پیدا کند؛ بدین‌ترتیب افراد را از مشکلات خواب و افسردگی می‌رهاند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، معنادرمانی بر کاهش مشکلات خواب دانشجویان دختر افسرده اثربخش است. یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های اصغری و همکاران (۲۶) و فامیل احمریان و همکاران (۲۷) همسوست. در تبیین اثربخشی معنادرمانی بر کیفیت خواب دختران افسرده می‌توان گفت، درمانگر معتقد به معنادرمانی می‌کوشد به مراجعش کمک کند تا در زندگی خود هدف و منظوری را جست‌وجو کند؛ هدف و منظوری که تنها متناسب او و برای او معنا داشته باشد و به این ترتیب مراجع را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتش را پذیرفته است (۲۲). هرگاه انسان به این نتیجه برسد که در حال حاضر سرنوشت او رنج‌بردن است و ناچار است رنجش را به‌عنوان وظیفه‌ای استثنایی و یگانه بپذیرد و نیز هیچ‌کس نمی‌تواند او را از رنج‌هایش برهاند یا به‌جای او رنج برد (۲۵)، به‌عبارتی فرد باید سعی کند نگرش و دید خود را دربارهٔ اتفاقات و دردها تغییر دهد و باور کند این ذهن خود اوست که رویدادها و حوادث را ناگوار و تحمل‌ناپذیر می‌کند یا برعکس آن‌ها را تنها مسیرهایی از زندگی بداند که باید از آن‌ها گذر کند (۲۳). هدف معنادرمانی این است که بیمار را برای کشف معنای منحصربه‌فرد زندگی‌اش توانا کند (۲۴). تلاش برای یافتن معنا در زندگی انسان نیروی محرکهٔ اساسی‌تر در هر فرد در دوران زندگی وی است. مشخصهٔ اصلی معنادرمانی، تسهیل در ارائهٔ پاسخ‌های روشن به مشکلات و کاستی‌ها در پرسش‌های مراجع از معنایابی و قدرت‌دادن آن‌ها به معنای زندگی، مسئولیت‌پذیری و توجه به شرایط زندگی است. به هر حال زندگی نه فقط از روی آگاهی است، بلکه در راستای تعالی نیز جریان دارد. تعالی خویشتن جوهر زندگی است. انسان‌بودن در جهتی جز خود انسان هدایت می‌شود (۲۵). معنادرمانی فلسفه‌ای از زندگی را آموزش می‌دهد که در آن فرد در برابر وجود و حیاتش مسئولیت دارد و به رشته‌ای از ارزش‌ها پایبند است و برای رنج‌بردن معنایی می‌یابد. طبیعی است که این‌گونه آموزش‌ها به افراد افسرده می‌تواند امید به زندگی و به‌دنبال آن سلامت روان آن‌ها را افزایش دهد. هدف معنادرمانی این است که فراسوی امکانات روانی بی‌حدوحصر فرد افسرده، ارزش‌های پنهان و بدون دستکاری رسیدن به واقعیت را به او آموزش دهد (۲۶).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش مشکلات خواب دانشجویان دختر افسرده اثربخش است. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش پرهون و همکاران (۳۴) همسوست. در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت خواب دختران افسرده می‌توان گفت، هدف درمان فعال‌سازی رفتاری افزایش فعالیت‌ها به‌صورت تصادفی یا انجام فعالیت‌ها برای لذت‌بردن یا بهبودیافتن حالت خُلق نیست؛ بلکه هدف این روش درمانی پی‌ریزی شیوه‌هایی است که مراجع بتواند تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط زندگی خود به‌دست آورد (۲۸). درمانگر می‌تواند به مراجعش کمک کند دربارهٔ اجتناب یا فرار خود آگاهی بیشتری به‌دست آورد و به‌جای استفاده از حالت اجتناب یا فرار روش‌های مناسبی را به‌کار برد. همچنین درمانگر در فرایند درمان به مراجع خود کمک می‌کند تا بتواند اهداف کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت را در فرایند درمان در نظر بگیرد. اهداف کوتاه‌مدت درمان، کمک به مراجع است تا موقعیت‌های زندگی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

خود را به‌شیوه‌ای تغییر دهد که کمتر درمعرض افسردگی باشد (۲۹). اولین فرایند درمان شامل شناسایی الگوها یا حوزه‌های اجتنابی شخص و فرایند دوم شامل برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف اولیه یا کوتاه‌مدت و اهداف بلندمدت درمان است (۳۰). این نوع درمان براساس این فرضیه ساخته شده است که روبه‌روشدن اشخاص مستعد ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکل می‌تواند توانایی آن‌ها را برای به‌دست‌آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی‌شان کاهش دهد؛ درنتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر کند (۳۱). اهداف درمان فعال‌سازی رفتاری افزایش‌دادن سیستماتیک فعالیت‌ها به‌شیوه‌ای است که به مراجعان کمک کند به منابع بزرگ‌تر پاداش‌ها در زندگی‌شان دست یابند و بتوانند مشکلات زندگی‌شان را حل کنند. فرایند درمان فعال‌سازی رفتار به‌صورت مستقیم بر افزایش میزان انجام برخی از فعالیت‌ها و جلوگیری از اجرای برخی دیگر از فعالیت‌ها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها یا کاهش‌دادن میزان نشخوار ذهنی) متمرکز می‌شود (۳۲). در ظاهر چنین به‌نظر می‌رسد که هریک از درمان‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر رویکردی مجزا از دیگری هستند که به شکلی متفاوت افسردگی و همبسته‌های آن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؛ اما به‌طورکلی می‌توان چنین اشاره کرد که همهٔ این درمان‌ها به‌طور مشترک شناختواره‌های فرد افسرده را هدف درمان قرار می‌دهند و در پی تغییر آن هستند.

هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر نبود گمارش تصادفی آزمودنی‌ها موجب به‌خطرافتادن اعتبار درونی پژوهش و نبود کنترل متغیرهای احتمالی تأثیرگذار بر نتایج نظیر وضعیت اجتماعی–اقتصادی سبب به‌خطرافتادن اعتبار بیرونی پژوهش حاضر شد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، گمارش تصادفی برای گروه‌ها به‌کار رود و متغیرهای احتمالی تأثیرگذار بررسی یا کنترل شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، هر سه رویکرد درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری هریک با هدف قراردادن یک بُعد از افسردگی بر کیفیت خواب دختران افسرده اثربخش هستند و اثر کاهنده دارند. نتایج پژوهش حاضر بر پیشینهٔ پژوهشی موجود در باب سبب‌شناسی چندعلیتی افسردگی صحه گذاشته است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی دختران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولان محترم تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه بروجرد با کد ۸۶۳۷۹ پروپوزال مصوب در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید شرکت در مداخله و رضایت اخلاقی دریافت شد و به آن‌ها درخصوص محرمانه‌ماندن اطلاعات پژوهش اطمینان داده شد و همچنین دربارهٔ روند مداخله و چگونگی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به آن‌ها توضیح داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسندهٔ مسئول حفظ می‌شود.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

اعتبار مالی برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Malekzadeh M, Haghighi S, Movahedzadeh B. The effectiveness of group dialectical behavior therapy method on major depression in individuals referred to residential and semi-residential addiction recovery centers. Qom Univ Med Sci .2018;12(3):28-35. [Persian] http://journal.muq.ac.ir/article-1-1437-en.html
2. Mirahmadi SL, Ahmadi SA, Bahrami F. Effect of self-regulatory couple therapy on couples' happiness and mental health. Journal of Applied Psychology, 2011;3(19): 99-111. [Persian]
3. Halder N. Depression. In: Wright JD, editor. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2015. pp: 199–206.
4. Liu RT, Steele SJ, Hamilton JL, Do QBP, Furbish K, Burke TA, et al. Sleep and suicide: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Clinical Psychology Review. 2020;81:101895. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101895
5. Nazemi Harandi J, Namdari K. The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on depression and quality of sleep in students. Achievements of Clinical Psychology. 2017;1(4):67-86. [Persian] doi: 10.22055/jacp.2017.12530

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

6. Wichniak A, Gustavsson K, Wierzbicka A, Jernajczyk W. Sleep disorders. In: Rattan SIS, editor. Encyclopedia of biomedical gerontology. Oxford: Academic Press; 2020. pp: 220–38. doi: 10.1016/B978-0-12-801238-3.11322-4
7. Sadri Damirchi E, Cheraghian H. Modeling of mindfulness and quality of sleep by the mediation of psychological well-being in high school students. Journal of School Psychology. 2017;6(2):100–23. [Persian] doi: 10.22098/jsp.2017.570
8. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. Sleep Med Rev. 2010;14(3):179–89. doi: 10.1016/j.smrv.2009.10.004
9. Pandi-Perumal SR, Monti JM, Burman D, Karthikeyan R, BaHammam AS, Spence DW, et al. Clarifying the role of sleep in depression: A narrative review. Psychiatry Res. 2020;291:113239. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113239
10. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. Dialogues Clin Neurosci. 2008;10(3):329–36. doi: 10.31887/dcns.2008.10.3/dnutt
11. Mohammadalizadeh Namini A, Esmaeilzadeh Akhoundi M. Comparing the components of mindfulness and emotional health in people with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals. Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. 2016;3(4):12–26. [Persian] http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-245-en.pdf
12. Gardhouse K, Segal Z. Mindfulness. In: Wright JD, editor. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2015. pp: 549–53. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.14148-0
13. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. Personality and Individual Differences. 2020;152:109568. doi: 10.1016/j.paid.2019.109568
14. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. Conscious Cogn. 2014;28:64–80. doi: 10.1016/j.concog.2014.06.005
15. Morgan LPK, Danitz SB, Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness approaches to psychological disorders. In: Friedman HS, editor. Encyclopedia of mental health. 2nd ed. Oxford: Academic Press; 2016. pp: 148–55. doi: 10.1016/B978-0-12-397045-9.00264-0
16. Wimmer L, Bellingrath S, von Stockhausen L. Mindfulness training for improving attention regulation in university students: Is it effective? And do yoga and homework matter? Front Psychol. 2020;11:719. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00719
17. Jalali D, Aghaei A, Talebi H, Mazaheri M. Comparing the effectiveness of natived Mindfulness Based Cognitive Training (MBCT) and cognitive – behavioral training on dysfunctional attitudes and job affects in employees. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2015;5(1):1–20. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17354_1650e89270be194103e9baf50cb0bb0f.pdf?lang=en
18. Bassak Nejad S, Aghajani Afjadi A, Zargar Y. The effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness on sleep quality and life quality in female university students. Journal of Psychological Achievements. 2011;18(2):181–98. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_11726_8b805a94175d029db5d0786f1c6df347.pdf?lang=en
19. Farahbakhsh A, Dehghani F. Effectiveness of mindfulness therapy in sleep quality and mental health of women with insomnia disorder. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2016;4(3):8–15. [Persian] http://jms.thums.ac.ir/article-1-364-en.pdf
20. Xiao C, Mou C, Zhou X. Effect of mindfulness meditation training on anxiety, depression and sleep quality in perimenopausal women. Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao. 2019;39(8):998–1002. [Chinese]
21. Chen T-L, Chang S-C, Hsieh H-F, Huang C-Y, Chuang J-H, Wang H-H. Effects of mindfulness-based stress reduction on sleep quality and mental health for insomnia patients: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2020;135:110144. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110144
22. Wong PTP. Logotherapy. In: Encyclopedia of psychotherapy. Elsevier; 2002. pp: 107–13. doi: 10.1016/B0-12-343010-0/00134-3
23. Batthyány A, editor. Logotherapy and existential analysis: proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Volume 1. Cham: Springer International Publishing; 2016. doi: 10.1007/978-3-319-29424-7
24. Palinggi E, Zulkifli A, Maidin A, Fitri AU. Effect of logotherapy to control depression of drug abuser in Kassi-Kassi and Jumpandang Baru health-center. Enferm Clin. 2020;30 (Suppl 4):423–6. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.03.006
25. Devoe D. Viktor Frankl's logotherapy: the search for purpose and meaning. Inquiries Journal/Student Pulse. 2012;4(7):1–3.
26. Asghari N, Aliakbari M, Dadkhah A. The effects of group logotherapy on decreasing the degree of depression in female olds. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2012;2(1):31–8. [Persian] https://jdisabilstud.ir/article-1-311-en.pdf

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

27. Famil Ahmarian FS, Koolaee A khodabakhshi, Falsafinejad MR. The effects of group logo-therapy on life expectancy and sleep quality in elderlies of boarding center of Tehran city. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2015;1(3):11–8. [Persian] https://journals.sbmu.ac.ir/jrrh/article/view/8429/7137
28. O'Mahen HA, Wilkinson E, Bagnall K, Richards DA, Swales A. Shape of change in internet based behavioral activation treatment for depression. Behav Res Ther. 2017;95:107–16. doi: 10.1016/j.brat.2017.05.011
29. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. Clin Psychol Rev. 2003;23(5):699–717. doi: 10.1016/s0272-7358(03)00070-9
30. Knittle K, Gellert P, Moore C, Bourke N, Hull V. Goal achievement and goal-related cognitions in behavioral activation treatment for depression. Behav Ther. 2019;50(5):898–909. doi: 10.1016/j.beth.2019.01.005
31. O'Mahen HA, Moberly NJ, Wright KA. Trajectories of change in a group behavioral activation treatment for severe, recurrent depression. Behavior Therapy. 2019;50(3):504–14. doi: 10.1016/j.beth.2018.08.007
32. Forbes CN. New directions in behavioral activation: Using findings from basic science and translational neuroscience to inform the exploration of potential mechanisms of change. Clinical Psychology Review. 2020;79:101860. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101860
33. Soucy Chartier I, Blanchet V, Provencher MD. Behavioral activation and depression: a contextual treatment approach. Sante Ment Que. 2013;38(2):175–94. [French] doi: 10.7202/1023995ar
34. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Moshirpanahi S. Effectiveness of brief behavioral activation treatment in reducing depression symptoms and improving quality of life in patients with major depression. Clinical Psychology Studies. 2014;4(14):41–62. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_506_72ef2796a21e2b9cb8cfaaab2452f606.pdf?lang=en
35. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychol Bull. 2017;143(8):783–822. doi: 10.1037/bul0000102
36. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193–213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4
37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561–71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
38. Taheri Tanjani P, Garmaroudi Gh, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. J Sabzevar Uni Med Sci. 2015;22(1):189–98. [Persian] http://jsums.medsab.ac.ir/article_550_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf
39. Wolf C, Serpa JG. Guide to clinicians mindfulness training. Riah M. (Persian translator). 1st ed. Tehran: Arjemand Publications ; 2019. pp: 109-217.
40. Hutzell RR. A general course of group logoanalysis. Viktor Frankl Foundation of South Africa. 2002;7:15-26.
41. Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. Behav Modif. 2011;35(2):111–61.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.230.9] [Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]