

بررسی ارتباط افکار مزاحم (نشخوار فکری، نگرانی) با کیفیت خواب مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حدیثه انتشاری نجف آبادی^۱، دکتر مهناز نوروزی^۲، فاطمه شقاقی^۳، حدیثه صفی نژاد^۴، زهرا محبی دهنوی^{۵*}

۱. کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۴. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد کرمان، کرمان، ایران.
۵. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۷

خلاصه

مقدمه: تغییرات هورمونی دوران بارداری، سیکل خواب - بیداری و ساختار خواب را متأثر می‌سازند و منجر به اختلال خواب می‌شود. نشخوار فکری و نگرانی، دو مورد از افکار منفی هستند که می‌توانند بر کمیت و کیفیت خواب تأثیرگذار باشند و سبب اختلال خواب شوند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط افکار مزاحم (نشخوار فکری، نگرانی) با کیفیت خواب مادران باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۹۰ نفر از مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان انجام شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه‌های نشخوار فکری، نگرانی و کیفیت خواب بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های اسپیرمن و رگرسیون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در مادران باردار شرکت کننده در مطالعه، میانگین نمره کلی کیفیت خواب $2/57 \pm 5/60$ ، نشخوار ذهنی $9/62 \pm 1/43$ و نگرانی $33/52 \pm 3/37$ بود. بر اساس نتایج آزمون اسپیرمن، بین تمام ابعاد کیفیت خواب و نمره کلی کیفیت خواب با نمره کلی نشخوار ذهنی و نگرانی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: بین افکار مزاحم نشخوار فکری و نگرانی با کیفیت خواب مادران باردار ارتباط معناداری وجود داشت بود. بدین‌منظور با بررسی مؤلفه‌های افکار مزاحم و ارتباط آنها با کیفیت خواب مادران باردار می‌توان گام مؤثری در جهت بهبود کیفیت خواب زنان باردار برداشت.

کلمات کلیدی: افکار مزاحم، زنان باردار، کیفیت خواب، نشخوار فکری، نگرانی

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا محبی دهنوی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۳۱-۵۲۶۷۵۱۷۱؛ پست الکترونیک: mohebbidz98@nm.mui.ac.ir

مقدمه

بارداری از مهم‌ترین دوران زندگی یک زن به‌شمار می‌رود (۱). تغییرات قابل توجه در سطوح هورمون‌ها در این دوران، عملکرد سیستم‌های مختلف بدن مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). تغییرات هورمونی نه‌تنها به‌طور مستقیم سیکل خواب - بیداری و ساختار خواب را متأثر می‌سازند، بلکه موجب ایجاد تغییرات جسمی و روحی می‌گردند که می‌توانند منجر به اختلال خواب گردند (۲، ۳). تغییرات مکرر جسمی و مکانیکی مانند تکرر ادرار، کم‌دردی، وجود حرکات جنینی، انقباضات رحمی و کرامپ پاها و برخی عوامل عاطفی مانند ترس از رو به رو شدن با تجربه‌های نو و پذیرش نقش جدید، می‌توانند سبب اختلال خواب شوند؛ درحالی‌که خواب کافی و راحت، یکی از پایه‌های اصلی سلامتی است (۱، ۲). خواب یک فرآیند زیستی پویا و سازمان‌یافته است که بخش مهمی از زندگی محسوب می‌شود و کیفیت یا چگونگی خواب در کیفیت زندگی انسان و سلامتی جسمی و روانی او مؤثر است (۴). کیفیت خواب به‌صورت دوره‌ای از خواب نیرو دهنده که نیازهای مرتبط با خواب افراد را تأمین کرده و به شخص اجازه انجام مناسب کارکردهای روزانه را می‌دهد، تعریف می‌شود (۵). اختلال کیفیت خواب از جمله مشکلات شایع در بارداری است (۶). با بررسی الگوی خواب در دوران بارداری، بین ۶۶-۴۹٪ زنان باردار در الگوی خواب خود تغییراتی داشته‌اند (۷). کاهش کیفیت خواب در دوران بارداری از ۳۳٪ در سه ماهه اول بارداری به ۹۴٪ در سه ماهه دوم و ۹۷٪ در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد. در مطالعه زاکی (۲۰۱۵) ۷۸٪ از زنان گزارش کرده بودند که در دوران بارداری نسبت به سایر دوران زندگی بیشتر دچار اختلال خواب می‌شوند (۸، ۹). در مطالعه زاکی (۲۰۱۵) نیز ۸۹/۸۸٪ از زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری از کیفیت خواب نامطلوبی برخوردار بودند (۹). گزارش شده که کیفیت خواب نامطلوب، با تغییر در سیستم ایمنی فرد مانند تغییر در سطح سیتوکین‌ها و پروتئین واکنشگر C می‌تواند با پیامدهای نامطلوبی مانند اضطراب، کاهش تحمل در برابر درد، زایمان پیش از موعد، کاهش وزن هنگام تولد، اختلالات فشارخون،

اختلال تحمل گلوکز و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان مرتبط باشد (۸-۱۲). اختلال خواب طی بارداری بر لیبر و فرآیند زایمان تأثیر منفی دارد و زنان مبتلا با احتمال بیشتری تحت سزارین قرار می‌گیرند و در سیر زایمان طبیعی مرحله اول و دوم طولانی‌تری دارند (۱۳). علاوه بر آن کاهش آرامش روحی و روانی ناشی از بی‌خوابی منجر به افزایش اضطراب و ترس از نگهداری و مراقبت نوزاد و پذیرش نقش مادری در خانواده می‌گردد. در برخی موارد نیز موجب بروز غم بعد از زایمان و تأثیر منفی روی خانواده و به‌طور غیرمستقیم منجر به تحمیل بار اقتصادی به جامعه می‌گردد (۱۴). بر این اساس، تأمین سلامت جسمی و روانی مادران باردار مسئله مهمی است و اهمیت ویژه‌ای در امر مراقبت‌های دوران بارداری دارد (۱۵). عوامل متعددی از جمله استرس روانی، اضطراب و نگرانی و نشخوار فکری می‌توانند بر کیفیت خواب تأثیرگذار باشند (۲۰-۲۶). در این راستا نتایج مطالعه پورمحسنی کلوری (۲۰۱۴) نشان داد نشخوار فکری و نگرانی با اختلالات خواب ارتباط معناداری دارند (۱۹). همچنین نتایج مطالعه یداللهی‌فر و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بین نشخوار فکری و کیفیت خواب در بیماران افسرده ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد و نشخوار فکری منجر به کاهش کیفیت خواب بیماران می‌شود (۲۰). نشخوار فکری، طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و این افکار، بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می‌شوند. نشخوار فکری، مجموعه‌ای از افکار منفعلانه هستند که جنبه تکراری داشته، مانع حل مسأله شده و منجر به افزایش عاطفه منفی می‌شوند (۲۱). در واقع یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی، نشخوار فکری است (۲۲). نگرانی یک پدیده شناختی طبیعی است که همه افراد آن را در موقعیت‌های خاصی از زندگی تجربه می‌کنند. شواهد فراوانی دال بر اینکه افراد عادی نیز نگران می‌شوند، وجود دارد؛ البته شدت، فراوانی و قابلیت کنترل این پدیده در افراد طبیعی با افراد مبتلا به اختلال متفاوت است (۲۲). از لحاظ توصیفی، نگرانی تحت سلطه فعالیت فکر منفی است که اغلب درباره رویدادهای منفی است

که فرد می‌ترسد در آینده اتفاق بیافتد (۲۳). نگرانی یک پاسخ مقابله‌ای است که به‌وسیله افکار ناخوانده ایجاد می‌شود و عمدتاً بر دامنه‌ای از مسائل نظیر سلامت جسمی، نگرانی‌های اجتماعی یا مالی متمرکز است؛ به‌عبارتی، راهبردهای کنترل افکار، باعث افزایش میزان افکار ناخواسته شده و باور مربوط به کنترل‌ناپذیر بودن نگرانی را تقویت می‌کنند، همچنین، باعث شکست در کنترل نگرانی می‌شوند (۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که نگرانی با افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی، استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است. برخی تحقیقات نشان داده‌اند که نگرانی، مقاومت بدن در برابر عفونت را کاهش و همچنین موجب تحریک تیروئید، پانکراس و هیپوفیز می‌شود. به‌طور کلی، جنبه‌های جسمانی و روانی متعددی از انسان تحت تأثیر نگرانی قرار می‌گیرند و این می‌تواند منجر به عوارض جسمانی شود (۲۵).

به‌طور کلی افکار عودکننده منفی نقش بسزایی در ابتلاء و تداوم اختلال‌های خلقی و اضطرابی و بی‌خوابی بازی می‌کند. رویکرد فراشناختی در زمینه اختلالات خواب بر این باور است که افراد به این دلیل در دام بی‌خوابی و اختلالات خواب گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود (۲۰). از طرفی در بارداری تغییرات الگوی خواب می‌تواند موجب بروز پیامدهای منفی از جمله اختلال در عملکرد روزانه، خستگی، فشارخون بارداری، پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری، زایمان زودرس، کاهش وزن هنگام تولد، مرگ داخل رحمی، افزایش طول مراحل زایمانی، افزایش درک دردهای زایمانی و عدم تطابق مادر با درد و زایمان با ابزار گردد. همچنین گزارش شده است که کاهش طول مدت خواب در ماه آخر بارداری خطر زایمان سزارین را ۴/۵ برابر افزایش می‌دهد (۸). نتایج مطالعه وانگل و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که خواب ناکافی خطر سزارین اورژانسی را به میزان ۱/۵۷ برابر افزایش می‌دهد (۲۵). علیپور و همکاران (۲۰۱۲) و پارسایی‌راد و همکاران (۲۰۱۱) نیز گزارش کردند که کیفیت نامطلوب خواب، عامل

مستعدکننده افسردگی پس از زایمان است و شانس بروز آن را تقریباً ۴ برابر افزایش می‌دهد (۲۷، ۲۶). همچنین اختلال خواب می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان باردار تأثیر بگذارد و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود (۸). علی‌رغم اهمیت اختلال خواب در زنان باردار، تحقیقات انجام شده در این موارد بسیار اندک است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط افکار مزاحم (نشخوار فکری، نگرانی) با کیفیت خواب مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۸ با هدف تعیین ارتباط افکار مزاحم (نشخوار فکری، نگرانی) با کیفیت خواب مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. در این پژوهش مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی نوب، مطهری، امیرحمزه و بیمارستان‌های الزهراء و بهشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه و عدم وجود معیارهای خروج از مطالعه، به‌روش نمونه‌گیری روش غیرتصادفی در دسترس وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای برآورد نسبت یک صفت در جامعه و با استفاده از نتایج مطالعات قبلی (۲۸) و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $p=0/05$ معادل ۱۵۰ نفر تعیین شد که با احتمال ۲۵٪ ریزش حجم نمونه، به ۱۹۰ نفر افزایش یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و مسلمان بودن، ساکن شهر اصفهان، داشتن تمایل و توانایی جسمی و روانی برای شرکت در مطالعه، داشتن رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، داشتن سن حاملگی ۲۸ هفته و بالاتر، تک‌قلویی، شاخص توده بدنی طبیعی و بارداری نخست بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: داشتن سابقه ناباروری، داشتن حاملگی پرخطر (بر اساس کتابچه مراقبت از مادران وزارت بهداشت)، مصرف داروهای مؤثر بر روان، تجربه حادثه‌ای ناگوار، اضطراب‌آور و یا استرس‌زا (فوت اقوام درجه ۱، اختلافات شدید خانوادگی و زناشویی، مشکلات مالی، ترک همسر

نمره‌دهی می‌شوند. دامنه نمرات بین ۸۰-۱۶ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه برجلی و همکاران (۲۰۱۰) مورد تأیید قرار گرفته است که ضریب آلفای کرونباخ در کل نمونه مورد بررسی ۰/۸۸ به‌دست آمد (۲۹). در مطالعه حاضر نیز با روش آزمون-بازآزمون و آلفای ۰/۸۹ تأیید شد.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۲ (PSQI) دارای ۱۸ سؤال در ۷ جزء است. جزء اول مربوط به کیفیت خواب ذهنی است که با سؤال شماره ۹ مشخص می‌شود. جزء دوم مربوط به تأخیر در به خواب رفتن است که نمره آن با ۲ سؤال یعنی میانگین نمره سؤال ۲ و نمره قسمت الف سؤال ۵ مشخص می‌شود. جزء سوم مربوط به مدت زمان خواب است که با سؤال شماره ۴ مشخص می‌شود. جزء چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب است که نمره آن با تقسیم کل ساعات خواب بودن بر کل ساعاتی که فرد در بستر قرار می‌گیرد، ضرب در ۱۰۰ مشخص می‌شود. جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه میانگین نمرات سؤال ۵ به‌دست می‌آید. جزء ششم مربوط به داروهای خواب‌آور است که با سؤال شماره ۶ مشخص می‌شود. جزء هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با محاسبه میانگین نمرات سؤالات شماره ۷ و ۸ مشخص می‌شود. امتیاز هر سؤال حداقل ۰ و حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این ۷ جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن بین ۲۱-۰ است. هرچه نمره به‌دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. این پرسشنامه از اعتبار ۸۶/۵ و پایایی ۸۹/۵ برخوردار است (۳۳). در این مطالعه نیز پایایی پرسشنامه با روش آزمون-بازآزمون و آلفای ۰/۸۸ تأیید شد. پژوهشگر به‌منظور انجام پژوهش، پس از تصویب طرح در مرکز تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی اصفهان و تأیید طرح در کمیته اخلاق

(IR.MUI.RESEARCH.REC.1397.242) با کسب مجوزهای لازم به مراکز بهداشتی مربوطه مراجعه کرد. در ابتدا پژوهشگر خود را معرفی و خلاصه‌ای از روش کار

از خانه) در طول بارداری، سابقه نازایی و اعتیاد به مواد مخدر بود. معیارهای خروج از مطالعه در حین پژوهش شامل: عدم تمایل به ادامه پژوهش و عدم تکمیل تمامی پرسشنامه‌ها به‌طور کامل بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل: پرسشنامه مشخصات فردی و باروری، پرسشنامه نشخوار فکری، پرسشنامه نگرانی و پرسشنامه کیفیت خواب بود.

پرسشنامه مشخصات فردی و باروری شامل ۱۳ سؤال بود که روایی آن به‌روش روایی محتوا تعیین شد. پرسشنامه نشخوار فکری شامل ۲۲ عبارت است که بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای نمره‌دهی می‌شود (۱= تقریباً هرگز، ۴= تقریباً همیشه). بازه نمرات این پرسشنامه بین ۶۶-۰ می‌باشد که نمره ۳۳، نقطه برش پرسشنامه است و نمرات کمتر از ۳۳ نشان‌دهنده نشخوار فکری پایین و نمرات بیشتر از آن نشان‌دهنده نشخوار فکری بالا است (۲۸). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط فرخی و همکاران (۲۰۱۸) مورد تأیید قرار گرفته است که تحلیل عاملی مقیاس باورهای مثبت و منفی نشخوار فکری نشان داد این ابزار از دو عامل تشکیل شده است که ۸۵٪ و ۸۷٪ از واریانس این آزمون را توضیح می‌دهد و مقیاس پاسخ نشخوار فکری از سه عامل تشکیل شده است که ۷۸٪ از واریانس را تبیین می‌کند. ضریب روایی هم‌زمان سه مقیاس باورهای مثبت و منفی نشخوار فکری و مقیاس پاسخ نشخوار فکری با آزمون افسردگی بک به‌ترتیب ۰/۸۵۶ و ۰/۷۵۶ و ۰/۸۷۵ و باورهای فراشناخت به‌ترتیب ۰/۸۷۶ و ۰/۷۸۹ و ۰/۷۲۳ به‌دست آمد که هر سه از نظر آماری معنادار بودند. ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۷۶ و ۰/۷۸۹ و ۰/۸۷۵ و ضریب اعتبار بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۷ و ۰/۷۸ محاسبه شد (۲۸). در این مطالعه نیز پایایی پرسشنامه با روش آزمون بازآزمون و آلفای ۰/۸۵ تأیید شد.

پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ)^۱ دارای ۱۶ سؤال است که در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌دهی می‌شود (۱= اصلاً صادق نیست، ۵= کاملاً صادق است). ۱۱ سؤال پرسشنامه به‌صورت مثبت و ۵ سؤال به‌صورت منفی (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱)

² Pittsburgh Sleep Quality Index

¹ Pennsylvania State Worry Questionnaire

و اهداف پژوهش را برای زنان باردار دارای معیارهای ورود به مطالعه تشریح نمود. سپس از افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه به منظور شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. مادران باردار پس از تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه پرسشنامه‌های مدنظر را در حضور پژوهشگر تکمیل کردند. نمونه‌گیری تا زمان تکمیل تعداد حجم نمونه ادامه یافت. به زنان باردار شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیارشان قرار خواهد گرفت. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد در صورتی که در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، از ادامه پژوهش منصرف شدند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند و هیچ سوگیری نسبت به آنان ایجاد نخواهد شد و مراقبت‌های خود را به‌طور کامل دریافت خواهند کرد. تکمیل پرسشنامه‌ها در اتاقی مجزا و به‌صورت فردی توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه تکمیل شد. در انتها از

تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش پذیرایی به‌عمل آمد و با تقدیم هدیه از آنان جهت شرکت در مطالعه تقدیر و تشکر شد. در نهایت تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه پرسشنامه‌های خود را به‌صورت کامل تکمیل و در اختیار پژوهشگر قرار دادند.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های اسپیرمن و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصل از بررسی داده‌ها، سن مادران شرکت‌کننده در مطالعه $۲۷/۹۰ \pm ۶/۸۹$ سال و سن همسرانشان $۳۱/۹۳ \pm ۶/۵۱$ سال بود. همچنین میانگین سن بارداری مادران شرکت‌کننده در مطالعه $۳۳/۷۰ \pm ۳/۴۰$ بود (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار
سن مادر (سال)	$۲۷/۹۰ \pm ۶/۸۹$
سن همسر (سال)	$۳۱/۹۳ \pm ۶/۵۱$
سن بارداری (هفته)	$۳۳/۷۰ \pm ۳/۴۰$
تعداد بارداری	$۲/۰۷ \pm ۰/۹۷$
تعداد فرزند	$۰/۷۸ \pm ۰/۷۹$
شاخص توده بدنی	$۲۳/۱ \pm ۲/۸۹$
تعداد مراقبت‌های بارداری	$۲/۴۳ \pm ۰/۵۹$

بر اساس نتایج حاصل از بررسی داده‌ها، در مادران باردار شرکت‌کننده در مطالعه، میانگین نمره کلی کیفیت خواب $۲/۵۷ \pm ۵/۶۰$ ، نشخوار ذهنی $۹/۶۲ \pm ۱/۴۳$ و نگرانی شرکت‌کننده در مطالعه، میانگین نمره کلی کیفیت خواب $۳۳/۵۲ \pm ۳/۳۷$ بود (جدول ۲).

جدول ۲- نمرات اجزای کیفیت خواب، نشخوار ذهنی و نگرانی

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار
کیفیت خواب به‌صورت ذهنی	$۰/۷۱ \pm ۰/۸۳$
تأخیر در خواب رفتن	$۰/۷۹ \pm ۰/۸۰$
مدت زمان خواب بودن	$۰/۸۲ \pm ۱/۲۲$
مؤثر بودن (کارایی) خواب	$۰/۳۲ \pm ۱/۲۹$
اختلالات خواب	$۰/۳۴ \pm ۰/۳۵$
مصرف داروهای خواب‌آور	$۰/۹۴ \pm ۰/۴۵$
عمک‌کرد نامناسب در طول روز	$۰/۴۹ \pm ۰/۴۵$
نمره کلی کیفیت خواب	$۲/۵۷ \pm ۵/۶۰$
نمره کلی نشخوار ذهنی	$۹/۶۲ \pm ۱/۴۳$
نمره کلی نگرانی	$۳۳/۵۲ \pm ۳/۳۷$

همچنین بر اساس نتایج آزمون اسپیرمن، بین تمام ابعاد کیفیت خواب و نمره کلی کیفیت خواب با نمره کلی همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$) (جدول ۳).

جدول ۳- تعیین همبستگی کیفیت زندگی و ابعاد آن با نشخوار ذهنی و نگرانی

متغیرها	نشخوار ذهنی		نگرانی	
	ضرایب همبستگی	سطح معنی‌داری آزمون اسپیرمن	ضرایب همبستگی	سطح معنی‌داری آزمون اسپیرمن
کیفیت خواب به‌صورت ذهنی	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۰۰۱
تأخیر در خواب رفتن	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۰۱
مدت زمان خواب بودن	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۰۱
مؤثر بودن (کارایی) خواب	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۰۰۱
اختلالات خواب	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۰۱
مصرف داروهای خواب‌آور	۰/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۰۰۱
عملکرد نامناسب در طول روز	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱
نمره کلی کیفیت خواب	۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج حاصل از آزمون‌های اسپیرمن و رگرسیون، همبستگی معنی‌داری بین کیفیت خواب مادران باردار با متغیرهای سن مادر، سن بارداری، تعداد بارداری، شغل مادر، تحصیلات مادر، شغل همسر، تحصیلات همسر، وضعیت مالی و وضعیت مسکن وجود داشت ($p>0/05$) (جدول ۴، ۵).

جدول ۴- بررسی همبستگی کیفیت خواب مادران باردار با متغیرهای دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	سن مادر	سن بارداری	تعداد بارداری	شغل مادر	تحصیلات مادر	شغل همسر	تحصیلات همسر	وضعیت مالی	وضعیت مسکن
کیفیت خواب (اسپیرمن) p	۰/۷۹	۰/۹۵	۰/۲۶	۰/۴۰	۰/۳۶	۰/۵۶	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۶۴
مادران باردار (ضریب همبستگی) R	۰/۰۲۵	-۰/۰۰۵	-۰/۱۱۱	۰/۰۷۷	۰/۰۹۰	-۰/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۳۷

جدول ۵- بررسی قابلیت پیشگویی‌کنندگی کیفیت خواب مادران باردار با متغیرهای دموگرافیک و نشخوار ذهنی و نگرانی واحدهای پژوهش

متغیرها	CI (۹۵٪)	B	انحراف استاندارد	Beta	t	P value رگرسیون
مقدار ثابت	-۲/۶۲۱-۵/۳۰۸	۵۱/۵۹۵	۱۱/۵۳۲	-	۴/۴۷۸	۰/۰۰۰
سن مادر	-۲/۷۲۱-۲/۵۳۰	۰/۰۸۶	۰/۲۰۹	۰/۰۴۲	۰/۴۱۰	۰/۶۸۲
نشخوار ذهنی	-۵/۳۱۱-۰/۵۸۱	۰/۱۴۱	۰/۰۶۹	۰/۱۶۶	۲/۰۵۵	۰/۰۴۳
نگرانی	۱/۳۸۱-۴/۲۴۸	۰/۱۶۶	۰/۰۷۸	۰/۱۸۹	۲/۱۳۹	۰/۰۳۶
سن بارداری	-۳/۳۶۵-۰/۲۴۱	-۱/۶۳۶	۳/۲۹۰	-۰/۰۵۰	-۰/۴۹۷	۰/۶۲۰
تعداد بارداری	-۴/۲۹۶-۰/۵۰۵	۲/۹۴۴	۲/۷۹۴	۰/۱۰۷	۱/۰۵۳	۰/۲۹۵
شغل مادر	-۲/۲۹۶-۰/۲۵۵	-۰/۵۳۶	۱/۰۲۷	-۰/۰۵۵	-۰/۵۲۲	۰/۶۰۳
تحصیلات مادر	-۳/۲۹۶-۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	۰/۰۱۶	۰/۰۰۰	-۰/۰۰۸	۰/۹۹۳
شغل همسر	-۲/۲۵۶-۰/۳۷۲	-۰/۱۰۵	۰/۱۰۳	-۰/۱۰۵	-۱/۰۳۰	۰/۳۰۶
تحصیلات همسر	-۳/۳۰۷-۰/۴۶۶	۰/۰۴۷	۰/۴۳۸	۰/۰۲۸	۰/۱۰۶	۰/۹۱۵
وضعیت مالی	-۳/۵۳۱-۰/۴۶۲	۴/۹۴۵	۲/۶۵۰	۰/۱۷۵	۱/۸۶۶	۰/۰۶۵
وضعیت مسکن	-۲/۲۷۵-۰/۴۴۵	-۰/۰۸۷	۰/۴۵۹	-۰/۰۵۰	-۰/۱۹۰	۰/۸۵۰

$$F=0/482, p=0/821, ADJ.R^2=-0/31$$

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که افکار مزاحم نشخوار فکری و نگرانی با نمره کلی کیفیت خواب و تمامی ابعاد آن در مادران باردار ارتباط معناداری دارد و با افزایش نمره افکار مزاحم نشخوار فکری و نگرانی، میانگین نمرات کیفیت خواب مادران باردار افزایش می‌یابد و به عبارتی کیفیت خواب کاهش می‌یابد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت طبق مطالعات قبلی، نشخوار فکری و نگرانی و حوزه‌های نگرانی در افراد دارای مشکلات خواب بیشتر از افراد دارای خواب طبیعی است. فرد نگران، افکاری تکرار شونده در زمینه رویدادهای منفی دارد که در آینده ممکن است اتفاق بیفتد. این افکار به برانگیختگی شناختی، عاطفی و فیزیولوژیکی در فرد منجر می‌شود. برانگیختگی فیزیولوژیکی موجب افزایش توجه نسبت به محرک‌های جسمانی نظیر تعداد ضربان قلب، میزان تنفس و ... و به دنبال آن کاهش خواب می‌شود. تلاش برای خوابیدن این برانگیختگی را افزایش داده و موجب اشکالات بیشتر در خواب می‌شود (۲۴-۲۹). اکثر مطالعات مورد بررسی در این زمینه هم راستا با این مطالعه هستند، اما عدم یافت مطالعه مشابه در گروه‌های زنان باردار سبب شد تا نتایج این مطالعه در گروه‌های دیگر افراد مورد بررسی قرار گیرد. در این راستا نتایج مطالعه پورمحسنی کلوری (۲۰۱۴) نشان داد نشخوار فکری، نگرانی و حوزه‌های آن با آشفتگی‌های خواب همبسته‌اند. نشخوار فکری و نگرانی توانستند آشفتگی‌های خواب را پیش‌بینی کنند و نگرانی، نقش متغیر واسطه‌ای را در رابطه میان نشخوار فکری و آشفتگی‌های خواب برعهده داشت؛ همچنین نشخوار فکری، نگرانی و حوزه‌های آن در دانشجویان دارای مشکلات خواب در مقایسه با دانشجویان دارای خواب طبیعی، بیشتر بود (۱۹). در این راستا در مطالعه یان و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تعیین ارتباط بین تمایل به نگرانی و کیفیت خواب در نوجوانان و جوانان چینی؛ نقش واسطه‌ای اضطراب حالت صفت انجام شد، اختلاف معناداری از نظر گرایش به نگرانی، کیفیت خواب و اضطراب صفت حالت وجود داشت و گرایش به نگرانی با کیفیت خواب ارتباط منفی داشت (۳۱). همچنین در

مطالعه افخم ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۰) که با هدف تأثیر اضطراب بر کیفیت خواب انجام شد، ارتباط معنی‌داری بین اضطراب و ۴ مؤلفه کیفیت خواب، تأخیر خواب، مدت زمان خواب و کارایی خواب معمول وجود داشت (۳۲). لازم به ذکر است غفرانی (۲۰۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که فاجعه‌انگاری، کیفیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش آن می‌شود (۳۴). همچنین نتایج مطالعه یداللهی‌فر و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بین نشخوار فکری و کیفیت خواب در بیماران افسرده ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد و نشخوار فکری منجر به کاهش کیفیت خواب بیماران می‌شود (۲۰).

علاوه بر این نتایج مطالعه زاودزکی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد نشخوار فکری و نگرانی با تنهایی، افسردگی و کیفیت خواب پایین ارتباط دارد (۳۵). همچنین نتایج مطالعه تامسن و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد بین نشخوار فکری و خلق منفی با کیفیت خواب ارتباط معناداری وجود دارد (۳۶). علاوه بر این مطالعه کرمی و همکاران (۲۰۱۶) که با هدف تعیین پیش‌بینی کیفیت خواب بر اساس استرس، افسردگی و اضطراب با نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان باردار انجام شد، نشان داد بین کیفیت خواب و بهداشت روان در زنان باردار از طریق راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ به گونه‌ای که استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری باعث ابتلاء به افسردگی و اضطراب و در نتیجه کاهش کیفیت خواب می‌شود (۱۴). همچنین مطالعه فورد و همکاران (۱۹۸۹) نشان داد که بین کیفیت نامناسب خواب و افسردگی ارتباط وجود دارد و افرادی که از بی‌خوابی رنج می‌برند نسبت به کسانی که الگوی خواب نرمال دارند، خطر بیشتری برای ابتلاء به افسردگی دارند و افسردگی، قوی‌ترین پیش بین اختلال خواب و کیفیت نامناسب آن می‌باشد (۳۷). نتایج مطالعه قراشی و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف تعیین ارتباط بین سیستم‌های رفتاری مغز و علائم افسردگی با علائم اختلالات خواب انجام شد، نشان داد بین اضطراب و کاهش کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۸).

آن واقعه به‌طور دائم در حال وقوع است. وقتی این افکار شب هنگام در ذهن فرد مرور می‌شود، به افزایش ساعات بیداری و کاهش کیفیت خواب منجر می‌شود. طبق مطالعات، اختلال کیفیت خواب طی بارداری احتمال ابتلاء به فشارخون بارداری، پره‌اکلامپسی و کاهش رشد داخل رحمی جنین را بالاتر می‌برد. همچنین اختلال کیفیت خواب طی بارداری، بر فرآیند زایمان نیز تأثیر منفی دارد و باعث افزایش حس درد و خستگی در زایمان، زایمان زودرس خودبه‌خودی و افسردگی پس از زایمان می‌شود (۳۸، ۴۶، ۴۵). به‌همین دلیل به‌نظر می‌رسد توجه به کیفیت خواب زنان باردار و همچنین عوامل روان‌شناسی مؤثر بر آن بسیار مهم است. با استفاده از نتایج این مطالعه و مطالعات قبلی می‌توان به راهکارهای عملی و مهمی از جمله بکارگیری روان‌شناسان در مراکز بهداشت در کنار سایر پرسنل این مراکز جهت غربالگری و مشخص نمودن مادران دارای مشکلات خواب، مشکلات وسواسی، نگرانی و مشکلات خلقی و اختلالات اضطرابی و تلاش در جهت حل این مشکلات، آموزش مهارت‌های مؤثر به‌منظور کنترل نگرانی‌ها و وسواس‌ها، اجرای برنامه‌ای مداخله‌ای جهت شناسایی و اصلاح راهبردهای منفی و غیرانطباقی در زنان باردار، آموزش مدیریت رفتار در موقعیت‌های استرس‌زا، روان‌درمانی و بالاخره راهنمایی مادران در جهت دریافت خدمات روان‌شناختی دست یافت.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تأثیرگذاری عوامل ناشناخته فردی و سایر فاکتورهای روحی، روانی مادر بر کیفیت خواب زنان باردار اشاره کرد که کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود. یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که برای اولین بار در شهر اصفهان انجام گرفته است. به‌علاوه بررسی ارتباط اختلال خواب و ارتباط آن با افکار مزاحم در دوران بارداری در مطالعات محدودی مورد بررسی قرار گرفته بودند. تعداد نسبتاً زیاد حجم نمونه، از دیگر نقاط قوت این مطالعه بود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود تمهیداتی اندیشیده شود تا علاوه بر مراقبت‌های معمول دوران بارداری، برنامه‌ای مدون جهت غربالگری اختلالات خواب و افکار مزاحم و مشاوره برای پیشگیری و درمان این مشکلات تدوین گردد

همچنین بین استرس و اضطراب در زنان باردار با کیفیت خواب آنها ارتباط معنی‌داری وجود دارد و صرف وجود اختلالات اضطرابی و استرس طی بارداری بدون احتساب افسردگی، باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود. نتایج مطالعه کرمی و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف تعیین رابطه کیفیت خواب با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم‌های مغزی رفتاری در زنان باردار انجام شد، نشان داد بین تمام مؤلفه‌های منفی و غیرانطباقی راهبردهای شناختی هیجان شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری با کیفیت خواب ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد و استفاده از راهبردهای منفی باعث کیفیت خواب زنان باردار می‌شود. همچنین بیان کردند که درگیری‌های درون روانی و ناتوانی در تنظیم هیجان به‌ویژه نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود (۳۹). بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه بی‌خوابی نشان می‌دهد افراد نگران پس از یک دوره خواب، خودگویی‌هایی دارند که موجب برانگیختگی شناختی اضطرابی در آنان شده، فعالیت دستگاه عصبی خودمختار را در آنان افزایش داده و موجب افزایش دوره نهفتگی خواب می‌شود (۴۰). از سوی دیگر پژوهش‌های انجام شده در جمعیت غربالینی نشان می‌دهند نشخوار فکری به‌طور مستقیم در بروز آشفتگی‌های خواب نقش دارند (۴۱، ۴۲)، افزون بر این شواهد تجربی نشان می‌دهند که نشخوار فکری مرتبط با استرس بر شاخص‌های خواب شبانه افرادی که نشخوار فکری زیادی دارند، تأثیری منفی می‌گذارد (۴۳). همچنین در مبتلایان به بی‌خوابی، کسانی که نشخوار فکری بیشتری دارند، از کارایی خواب کمتری بهره‌مندند و به‌هنگام خواب، زمان بیشتری را در بستر بیدار می‌مانند، درحالی‌که در افراد با نگرانی کم و زیاد، این تفاوت در کیفیت خواب مشاهده نشده است (۴۴). افرادی که در رویاروی با رخداد‌های ناراحت‌کننده، درگیر افکار مربوط به این رخدادها می‌شوند و برای مدت طولانی به نشخوار فکری می‌پردازند، آن را فاجعه و وحشتناک می‌دانند و منفعلانه تسلیم می‌شوند. کیفیت خواب بدتر و هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. این افراد هر بار که به نشخوار فکری می‌پردازند، گویی

مزاحم و ارتباط آنها با کیفیت خواب مادران باردار، گام مؤثری در جهت بهبود کیفیت خواب زنان باردار برداشت.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتایج طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد IR.MUI.RESEARCH.REC.1397.242 می‌باشد.

بدین‌وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به‌دلیل تأمین بودجه پژوهش و همچنین از مادران باردار شرکت‌کننده در پژوهش که نتایج تحقیق حاصل صبر و بردباری آنان می‌باشد، تشکر و قدردانی می‌شود.

تا بدین‌وسیله در جهت اعتلای سلامت مادران باردار و به‌دنبال آن تضمین سلامت کودکان و خانواده گامی برداشته شود. همچنین توصیه می‌شود این مطالعه بر روی زنان باردار با سابقه نازایی و مشکلات حین بارداری انجام شود و راه‌های درمانی جهت درمان این مشکل در مطالعات مختلف بررسی شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشانگر ارتباط معنادار افکار مزاحم نشخوار فکری و نگرانی با کیفیت خواب مادران باردار بود. بدین‌منظور می‌توان با بررسی مؤلفه‌های افکار

منابع

1. Sadock BJ, Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
3. Bondad R, Abedian Z. Sleep Patterns and Factors Affecting It in the Third Trimester Pregnant Women Referred to Health Centers In Mashhad 1380. IJN 2003; 16(36):22-6.
4. Doğan O, Ertekin Ş, Doğan S. Sleep quality in hospitalized patients. Journal of clinical nursing 2005; 14(1):107-13.
5. Guastella AJ, Moulds ML. The impact of rumination on sleep quality following a stressful life event. Personality and Individual Differences 2007; 42(6):1151-62.
6. Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmächer T, et al. Women's sleep in health and disease. Journal of psychiatric research 2005; 39(1):55-76.
7. Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. Journal of evaluation in clinical practice 2008; 14(3):391-8.
8. Karimi FZ, Nosrati Hadiabad SF, Abdollahi M, Karimi L. Frequency of sleep disorders and individual related factors in pregnant women referred to Mashhad health centers in 2019. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2020; 23(1):25-32.
9. Zaky NH. The relationship between quality of sleep during pregnancy and birth outcome among primiparae. OSR Journal of Nursing and Health Science 2015; 4(5):90-101.
10. Okun ML, Luther JF, Wisniewski SR, Wisner KL. Disturbed sleep and inflammatory cytokines in depressed and nondepressed pregnant women: an exploratory analysis of pregnancy outcomes. Psychosomatic medicine 2013; 75(7):670-81.
11. Tsai SY, Lin JW, Kuo LT, Thomas KA. Daily sleep and fatigue characteristics in nulliparous women during the third trimester of pregnancy. Sleep 2012; 35(2):257-62.
12. JahanPak N, Razmjou N, RezaeiArdany A, Mazloum S, Bonakdaran S. Association between sleep duration and results of glucose challenge test in pregnant women without risk factors for diabetes. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(60):9-17.
13. Seyedahmadinejad FS, Golmakani N, Asgharipour N, Shakeri MT. Investigation of Sleep quality during the third trimester of pregnancy and some related factors in primigravida women referred to health care centers in Mashhad-2014. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty 2015; 22(4):53-60.
14. Karami J, Momeni K, Alimoradi F. Prediction of sleep quality based on stress, depression and anxiety with role of mediator cognitive emotion regulation strategies in pregnant women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2016; 19(9):1-10.
15. Pallarés ME, Bernasconi PA, Feleder C, Cutrera RA. Effects of prenatal stress on motor performance and anxiety behavior in Swiss mice. Physiology & behavior 2007; 92(5):951-6.
16. Ko JY, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL. Depression and treatment among US pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. Journal of women's health 2012; 21(8):830-6.
17. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. Iran Psychol 2005; 4(1):299-313.
18. Samani S, Sadeghi L. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire. Journal of Psychological Models and Methods 2010; 1(1):51-62.
19. Pourmohseni Koluri F. The impact of rumination and worry on sleep disturbance. Daneshvar Medicine 2014; 21(108):1-12.



20. Yadollahifar S, Sadeghi A, Shamsaei F. The relationship between rumination and sleep quality in patients with major depressive disorder. *Shenakht journal of psychology & psychiatry* 2020; 7(2):26-36.
21. Zemestani M, Mehrabian T, Mosalman M. Prediction of the Amount of Worrying Based on Meta-Cognitive Beliefs and Rumination in Students. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2016; 4(3):51-7.
22. Asadi Majreh S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. Relationship between intolerance of uncertainty and rumination with worry in students. *Clin psychol* 2012; 4(16):83-91.
23. Querstret D, Cropley M. Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical psychology review* 2013; 33(8):996-1009.
24. Mousavi E, Alipour A, Zare H, Agah Heris M, Janbozorgi M. Effectiveness Of LEARN multifaceted intervention in modifying meta-cognition and the meta-worry beliefs. *Adv Cogn Sci* 2014; 16(1):39-48.
25. Wangel AM, Molin J, Östman M, Jernström H. Emergency cesarean sections can be predicted by markers for stress, worry and sleep disturbances in first-time mothers. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2011; 90(3):238-44.
26. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Fear of childbirth, trait anxiety and quality sleep in pregnancy and birth outcomes in nulliparous woman. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(28):21-30.
27. Rad P, Amir Ali Akbari S, Sadeghniai KH, Alavi Majd H. Relationship between sleep disorder and pregnancy depression in primigravidae referring to health-treatment centers of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2010. *SSU_Journals* 2011; 19(4):454-62.
28. Farokhi H, Seyedzadeh I, Mostafapour A. Investigating Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Version of the Positive and Negative Belief Rumination Scale and Rumination Response Scale. *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences* 2018; 2(14):21-37.
29. Borjali A, Sohrabi F, Dehshiri GR, Golzari M. Psychometrics particularity of farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students. *Applied Psychology*. 2010;4(1):67-75.
30. Safa A, Adib-Hajbaghery M, Fazel-Darbandi AR. The relationship between sleep quality and quality of life in older adults. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2015; 3(3):53-62.
31. Yan Y, Lin R, Tang X, He F, Cai W, Su Y. The relationship between worry tendency and sleep quality in Chinese adolescents and young adults: The mediating role of state-trait anxiety. *Journal of health psychology* 2014; 19(6):778-88.
32. Afkham-Ebrahimi A, Rasoulia M, Taherifar Z, Zare M. The impact of anxiety on sleep quality. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)* 2010; 23(4):184-8.
33. Heydari A, Ehtesham Zadeh P, Marashi M. Relationship between insomnia severity, sleep quality, drowsiness and mental health disorders with academic performance in girls. *Journal Woman and Culture* 2010; 2(4):65-76.
34. Ghofrani S. Examines the role of cognitive emotion regulation variables interpersonal problems and sleep quality among parents of middle school students. Marvdasht, Iran: Islamic Azad University of Marvdasht. 2015.
35. Zawadzki MJ, Graham JE, Gerin W. Rumination and anxiety mediate the effect of loneliness on depressed mood and sleep quality in college students. *Health Psychology* 2013; 32(2):212-22.
36. Thomsen DK, Mehlsen MY, Christensen S, Zachariae R. Rumination—relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences*. 2003 May 1;34(7):1293-301.
37. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention?. *Jama* 1989; 262(11):1479-84.
38. Gharashi Y. The relationship between brain behavioral systems and depressive symptoms with symptoms of sleep disorders (Doctoral dissertation, Master Thesis]. Tabriz, Iran: Faculty of Education and Psychology Tabriz University); 2015.
39. Karami J, Momeni K, Alimoradi F. The Relationship Between Sleep Quality with Cognitive Emotion Regulation Strategies and Brain-Behavioral Systems in Pregnant Women. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2018; 26(4):219-26.
40. Tang NK, Harvey AG. Effects of cognitive arousal and physiological arousal on sleep perception. *Sleep* 2004; 27(1):69-78.
41. Fernández-Mendoza J, Vela-Bueno A, Vgontzas AN, Ramos-Platón MJ, Olavarrieta-Bernardino S, Bixler EO, et al. Cognitive-emotional hyperarousal as a premorbid characteristic of individuals vulnerable to insomnia. *Psychosomatic medicine* 2010; 72(4):397-403.
42. Carney CE, Edinger JD, Meyer B, Lindman L, Istre T. Symptom-focused rumination and sleep disturbance. *Behavioral Sleep Medicine* 2006; 4(4):228-41.
43. Zoccola PM, Dickerson SS, Lam S. Rumination predicts longer sleep onset latency after an acute psychosocial stressor. *Psychosomatic medicine* 2009; 71(7):771-5.
44. Carney CE, Harris AL, Moss TG, Edinger JD. Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behaviour research and therapy* 2010; 48(6):540-6.
45. Saeidi R, Tafazoli M, Gholami M, Mazlom R. New treatment for nipple soreness in breastfeeding mothers: A clinical trial study. *Iranian Journal of Neonatology IJN* 2015; 6(2):48-51.
46. Saeidi R, Tafazoli M, Robatsangi MG. Kangaroo mother care for infantile colic: a randomized clinical trial. *Tehran University Medical Journal* 2010; 67(12):870-5.