

# پیش بینی کیفیت خواب بر اساس استرس، افسردگی و اضطراب با نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان باردار

دکتر جهانگیر گرمی<sup>۱</sup>، دکتر خدامراد مؤمنی<sup>۱</sup>، فریده علیمرادی<sup>۲\*</sup>

۱. دانشیار گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۴

## خلاصه

**مقدمه:** کاهش کیفیت خواب، یکی از شکایات شایع دوران بارداری است که می‌تواند بستر مناسبی را برای بسیاری از اختلالات روانی در این دوران ایجاد کند. کیفیت نامناسب خواب با پیامدهای منفی در زمینه سلامت روانی مادران باردار در ارتباط است. مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت خواب بر اساس استرس، افسردگی و اضطراب با نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان باردار انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۰۲ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر کرمانشاه انجام شد. به منظور ارزیابی روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته و اندازه‌گیری شده در مدل مفهومی پیشنهاد شده از الگوی معادلات ساختاری استفاده شد. آزمودنی‌ها به روش خودسنجی به تکمیل پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI)، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و پرسشنامه افسردگی، استرس و اضطراب (DASS-21) پرداختند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای آماری AMOS (نسخه ۲۱) و SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، ضریب رگرسیون و تحلیل مسیر انجام گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بین کیفیت خواب و بهداشت روان در زنان باردار از طریق راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ 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 شد ( $p < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** بهداشت روان نامناسب و استفاده از راهبردهای منفی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان می‌تواند باعث کاهش کیفیت خواب در زنان باردار شوند.

**کلمات کلیدی:** استرس، افسردگی، اضطراب، بارداری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: فریده علیمرادی؛ دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۹۳۵۴۹۲۹۶۸۰، پست الکترونیک: faridealimoradi.zendegi@gmail.com

## مقدمه

دوره بارداری یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است. اگرچه این دوره برای اکثر زنان یک دوره مسرت بخش است، اما اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی محسوب می‌شود (۱). آرامش روحی و روانی مادر برای سلامتی خود و جنین اهمیت زیادی دارد و خواب و استراحت کافی یکی از عوامل تأمین‌کننده آن است (۲). خواب یک فرآیند زیستی پویا و سازمان یافته 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 (۳). کیفیت خواب به صورت 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 (۴).

اختلال کیفیت خواب از جمله مشکلات شایع در بارداری است (۵)؛ به طوری که شیوع آن از ۶۳٪ در سه ماهه اول بارداری به ۸۰٪ در سه ماهه دوم افزایش می‌یابد (۶). همزمان با شروع هفته ۱۲ حاملگی تا ۲ ماه بعد از زایمان، زنان از مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن‌های مکرر، ساعات خواب شبانه کمتر و کاهش کارایی خواب شکایت می‌کنند. زنانی که در طی حاملگی اختلال خواب دارند، دو برابر بیشتر احتمال دارد که به فشارخون بالا، پره اکلامپسی و کاهش رشد داخل رحمی جنین مبتلا شوند (۷). اختلال کیفیت خواب طی بارداری بر روی فرآیند زایمان نظیر افزایش درک درد، افزایش خستگی طی زایمان، زایمان زودرس خودبه‌خودی و افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد (۸). برای بسیاری از زنان، دوران بارداری نمایانگر افزایش آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روان پزشکی است. شمار قابل توجهی از زنان شروع اولین اختلالات اضطرابی و خلقی را در طول بارداری و یا در چند ماه نخست بعد از زایمان تجربه می‌کنند و کسانی که دارای تاریخچه اختلال روان پزشکی هستند، در خطر فزاینده تکرار یا عود علائم قرار دارند (۹). مطالعات در خصوص میزان شیوع افسردگی دوران بارداری حاکی از آن است که شیوع افسردگی در طول سه ماهه نخست بارداری تقریباً ۷/۴٪ می‌باشد، در طول

سه ماهه دوم بارداری به ۱۲/۸٪ افزایش می‌یابد و سرانجام در سه ماهه سوم بارداری به ۱۲٪ می‌رسد (۱۰). بیش از ۷۰٪ زنان باردار برخی علائم افسردگی و اضطراب را دارند (۱۱) و افسردگی حین بارداری بر توانایی مراقبت از خود، تغذیه، کیفیت خواب و توجه به توصیه‌های پزشکی، لطمه وارد می‌کند. از سویی ۵۰٪ از زنانی که در طی بارداری افسرده هستند، دچار افسردگی بعد از زایمان نیز می‌شوند (۱۲). همچنین کودکان مادرانی که استرس‌های دوران بارداری را تجربه کرده‌اند، با تأخیر در راه رفتن و تکلم (۱۳)، نقصان در حافظه و یادگیری، اختلالات خواب و هیجان‌پذیری، اختلالات حرکتی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افت خلق و مشکلات عاطفی و رفتاری دست به گریبان هستند (۱۴). (۱۵).

از جمله عوامل دیگری که به شدت می‌تواند کیفیت خواب را تحت تأثیر قرار دهد، چگونگی بکارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است (۴). مفهوم کلی نظم هیجانی عبارت است از تمام فرآیندهای درونی و بیرونی فرد که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند (۱۶). به واقع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، واکنش‌هایی هستند که راه‌های پذیرش یا کنار آمدن فرد با موقعیت‌های استرس‌زا و حوادث ناگوار را معین می‌کنند (۱۷)، از آن جا که در موقعیت‌های تنش‌زا، چگونگی تنظیم عواطف رویدادی مهم و ضروری است، آن را تجلی عالی‌ترین شکل برخورد با حوادث و رویداد های تنش‌زا دانسته‌اند (۱۸). تنظیم هیجان به طور روزافزونی درون مدل‌های آسیب شناختی روانی جایابی شده است؛ به طوری که اختلال‌های استرس، افسردگی و اضطراب به طور وسیعی در نتیجه مشکلات در تنظیم هیجان مشاهده شده‌اند (۱۹، ۲۰). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند (۲۱). راهبردهای مثبت شامل: ۱- تمرکز مجدد مثبت، که به تفکرهای درباره موضوعات لذت بخش به جای رویدادهای واقعی اشاره دارد، ۲- تمرکز مجدد مثبت بر برنامه ریزی، که به افکاری در مورد این که چه مرحله‌ای باید در پیش گرفته شود و چطور با اتفاقات منفی کنار آمد می‌پردازد، ۳- ارزیابی

وابسته پرداخت. در این مطالعه نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد، بدین منظور از بین ۳۲ مرکز بهداشت شهر کرمانشاه، ۱۲ مرکز انتخاب شد. با توجه به اینکه تعداد مراجعین به مراکز بهداشت در مدت اجرای پژوهش ۱۴۰۰ نفر بودند، حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۰۲ نفر انتخاب شد که با در نظر گرفتن عواملی نظیر ریزش و عدم همکاری برخی افراد، حجم نمونه ۳۲۵ نفر در نظر گرفته شد و در پایان تحلیل داده‌ها برای ۳۰۰ نفر انجام گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: محدوده سنی ۴۷-۱۶ سال، عدم ابتلاء به بیماری طبی، باردار بودن، عدم مصرف دخانیات و مواد مخدر، عدم مصرف داروهای خواب‌آور، سکونت در شهر کرمانشاه، داشتن حداقل سواد ابتدایی و بارداری خواسته بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: سن کمتر از ۱۶ و بیشتر از ۴۷ سال، ابتلاء به بیماری طبی، مصرف مواد مخدر و دخانیات، استفاده از داروهای خواب‌آور، بارداری ناخواسته، عدم سکونت در شهر کرمانشاه و بی‌سواد بودن بود. برای اجرای پژوهش ابتدا پژوهشگر با مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و توضیح اهداف پژوهش و درخواست معرفی نامه جهت ارائه به مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه و انجام هماهنگی‌های لازم و کسب رضایت‌نامه جهت صدور معرفی‌نامه، اقدام به انجام پژوهش در درمانگاه های سطح شهر در نیمه اول سال ۱۳۹۴ نمود. پس از اجرای پژوهش ۳۰۰ پرسش‌نامه در مرحله فرضیه آزمایشی تحلیل شدند. لازم به ذکر است که ۲۵ مورد از پرسش‌نامه‌ها به دلیل نقص یا عدم دقت در پاسخگویی کنار گذاشته شدند.

ابزار پژوهش شامل سه پرسشنامه: کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۱</sup> (PSQI)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بود.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) توسط جی‌بایسی و همکاران (۱۹۸۹) جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در افراد بزرگسال ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۸ سؤال است و خواب مناسب

مجدد مثبت، به ایجاد معنی مثبت از رویدادها در دوره‌هایی از رشد فردی برمی‌گردد و ۴- دیدگاه‌گیری، به کنار گذاشتن جدیت و اهمیت رویداد واقعی و تأکید بر نسبیت آن هنگام مقایسه اش با دیگر رویدادها اطلاق می‌شود، می‌باشد. راهبردهای منفی شامل: ۱- سرزنش خود، به افکاری که خود شما را برای آن چه تجربه کرده‌اید مقصر می‌داند، اشاره دارد. ۲- پذیرش، اشاره به افکاری که پذیرنده آنچه تجربه کرده‌اید می‌باشد و نقش خود شما را در آن چه اتفاق افتاده کنار می‌زند. ۳- نشخوار فکری، شامل تفکر درباره احساسات و افکاری که با حوادث منفی همبسته شده‌اند، می‌باشد. ۴- فاجعه انگاری، به تأکید صریح بر وحشتناک بودن آنچه که تجربه شده است اشاره دارد و ۵- سرزنش دیگری، یعنی فرد در برخورد با موقعیت ناگوار دیگران را مقصر و عامل اصلی در وقوع موقعیت می‌داند، می‌باشد (۱۸).

با توجه به اهمیت موضوع و از آن جا که زنان در دوران بارداری تغییرات روانی زیادی را تحمل می‌کنند و تأثیرپذیری آنان نسبت به استرس‌های متفاوت زندگی در این دوره افزایش می‌یابد و همچنین با توجه به اهمیت بهداشت خواب و عوارض افسردگی، استرس و اضطراب و نقش و اهمیت چگونگی بکارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت خواب بر اساس استرس، افسردگی و اضطراب با نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان باردار انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۰۲ نفر از زنان باردار شهر کرمانشاه که به مراکز بهداشت سطح شهر مراجعه کرده و واجد شرایط پژوهش بودند و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند انجام شد. در مدل مفهومی پیشنهاد شده از الگوی معادلات ساختاری استفاده شد. الگویابی معادلات ساختاری یک روش تحلیل چند متغیری نیرومند است که از طریق آن می‌توان به آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط علی بین متغیرهای مستقل و

<sup>1</sup> Pittsburgh sleep quality questionnaire

را از خواب نامناسب با ارزیابی ۷ ویژگی خواب در طول یک ماهه گذشته متمایز می‌سازد. این ابزار خودگزارشی، قلمروهای متعددی دارد که شامل کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، کارایی خواب، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه است. اکثر آیت‌ها بر اساس سؤالات چند جوابی تنظیم شده‌اند و پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ درجه بندی شده‌اند. دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ قرار دارد و سازندگان مقیاس معتقدند یک نمره بالاتر از ۵ به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می‌شود. پایایی این پرسشنامه نسبتاً بالا و برای آن آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۲). در ایران این پرسشنامه از روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ برخوردار است (۲۳).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) توسط ولایوبوند (۱۹۹۵) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم است؛ فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس توسط صاحبی و همکاران (۲۰۰۵) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است (۲۴). نحوه پاسخ دهی به پرسش‌ها به صورت ۴ گزینه ای است که به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود. دامنه پاسخ‌ها از هیچ وقت تا همیشه متغیر است و نمره‌گذاری آن از ۰ تا ۳ است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه مقیاسی چند بُعدی و یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه ای ناگوار به کار می‌رود. این پرسشنامه دارای ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوارفکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) است. هر سؤال به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. از جمع کل نمرات یک نمره کلی به دست می‌

آید که بیانگر استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است و می‌تواند در دامنه‌ای از ۱۸۰-۳۶ قرار گیرد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱-۰/۸۱ گزارش شده است (۲۵). برای بررسی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران امین‌آبادی و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای ۰/۷۵ را گزارش کردند (۲۶). برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار، همبستگی‌های مرتبه صفر پیرسون و رگرسیون همزمان) استفاده شد. سپس تحلیل‌های مربوط به مفروضه‌های زیربنایی الگویابی معادلات ساختار انجام گرفت. همچنین تحلیل‌های پیچیده تر برای ارزیابی مدل پیشنهادی انجام شد که همگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری با استفاده از روش آماری برآورد حداکثر درست‌نمایی اعمال شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای آماری AMOS (نسخه ۲۱) و SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، ضریب رگرسیون و تحلیل مسیر انجام گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان باردار  $27/66 \pm 5/3$  سال بود. از نظر وضعیت تحصیلی ۷۹ نفر (۲۶/۳٪) از افراد تحصیلات زیردیپلم، ۱۰۸ نفر (۳۶٪) دیپلم و ۱۱۳ نفر (۳۷/۷٪) بالای دیپلم داشتند. ۱۶۸ نفر (۵۶٪) از افراد زایمان اول، ۱۱۳ نفر (۳۷٪) زایمان دوم و ۱۹ نفر (۷٪) در زایمان سوم و بیشتر بودند. ۱۲۶ نفر (۴۱/۹٪) افراد بین ماه‌های اول تا پنجم و ۱۷۴ نفر (۵۸٪) در ماه‌های ششم تا نهم بارداری قرار داشتند. ۵۳ نفر (۱۷/۷٪) دارای سابقه سقط و ۲۴۷ نفر (۸۲/۳٪) بدون سابقه سقط بودند. برای بررسی رابطه بین افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت خواب از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- ضرایب همبستگی بین افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت خواب

بهداشت روانی	ضرایب همبستگی	سطح معناداری
افسردگی	۰/۴۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۴۸	۰/۰۰۱
استرس	۰/۴۱	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۱، بین افسردگی و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۴۳، بین اضطراب و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۴۸ و بین استرس و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۴۱ وجود داشت که این همبستگی‌ها در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار بودند.

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با کیفیت خواب

راهبردهای تنظیم هیجان	ضرایب همبستگی	سطح معناداری
تمرکز مثبت بر برنامه ریزی	-۰/۲۹	۰/۰۰۱
ارزیابی مثبت	-۰/۲۴	۰/۰۰۱
سرزنش خود	۰/۳۴	۰/۰۰۱
سرزنش دیگران	۰/۲۹	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	۰/۳۵	۰/۰۰۱
پذیرش	۰/۲۶	۰/۰۰۱
فاجعه پنداری	۰/۳۰	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۲، بین راهبرد تمرکز مثبت بر برنامه‌ریزی و کیفیت خواب ضریب همبستگی -۰/۲۹، بین راهبرد ارزیابی مثبت و کیفیت خواب ضریب همبستگی -۰/۲۴، بین راهبرد سرزنش خود و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۳۴، بین راهبرد سرزنش دیگران و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۲۹، بین راهبرد نشخوار فکری و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۳۵، بین راهبرد پذیرش و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۲۶ و بین راهبرد فاجعه پنداری و کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۳۰ وجود داشت. این همبستگی‌ها در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار بودند. ضرایب همبستگی بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس

راهبردهای تنظیم هیجان	افسردگی		اضطراب		استرس	
	سطح معناداری	همبستگی	سطح معناداری	همبستگی	سطح معناداری	همبستگی
تمرکز مثبت بر برنامه ریزی	۰/۰۰۱	-۰/۳۰	۰/۰۰۱	-۰/۲۴	۰/۰۰۱	-۰/۳۰
ارزیابی مثبت	۰/۰۰۳	-۰/۱۷	۰/۰۰۲	-۰/۱۸	۰/۰۰۹	-۰/۱۵
سرزنش خود	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰
سرزنش دیگران	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹
نشخوار فکری	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶
پذیرش	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۰۴	۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳
فاجعه پنداری	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱

بر اساس جدول ۳ همه راهبردهای تنظیم هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط معناداری داشتند. برای پیش‌بینی کیفیت خواب بر اساس راهبردهای تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب و استرس از تحلیل

رگرسیون به شیوه ورود همزمان استفاده شد که خلاصه نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- خلاصه نتایج برای پیش‌بینی کیفیت خواب بر اساس راهبردهای تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر ملاک	R	R <sup>2</sup>	F	معناداری مدل
کیفیت خواب	۰/۵۷	۰/۳۳	۱۳/۸۵	۰/۰۰۱

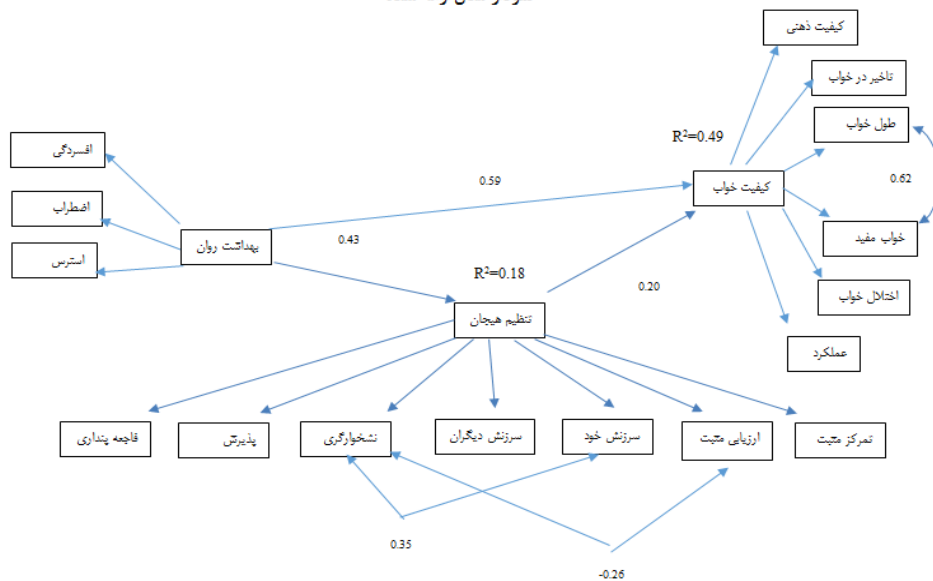
بر اساس نتایج جدول ۴، راهبردهای تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب و استرس روی هم رفته می‌توانند ۳۳٪ تغییرات مربوط به کیفیت خواب را پیش‌بینی کنند. در جدول ۵ ضرایب پیش‌بینی کیفیت خواب بر

جدول ۵- ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی کیفیت خواب

متغیر پیش‌بین	B	β	T	سطح معناداری
افسردگی	۰/۲۷	۰/۱۶	۲/۳۲	۰/۰۲
اضطراب	۰/۴۵	۰/۲۵	۳/۸۲	۰/۰۰۱
استرس	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۵۵
تمرکز مثبت بر برنامه ریزی	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۵۷	۰/۵۷
ارزیابی مثبت	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۸۴
سرزنش خود	۰/۳۶	۰/۱۱	۱/۸۳	۰/۰۷
سرزنش دیگران	۰/۱۳	۰/۰۵	۰/۸۵	۰/۳۹
نشخوار فکری	۰/۱۶	۰/۰۸	۱/۱۸	۰/۲۴
پذیرش	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۸۵	۰/۴۰
فاجعه‌پنداری	۰/۲۷	۰/۱۲	۱/۹۶	۰/۰۵

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۵، در روش رگرسیون همزمان، افسردگی با ضریب تأثیر ۰/۱۶ و اضطراب با ضریب تأثیر ۰/۲۵ توان پیش‌بینی کیفیت خواب را داشتند. اما سایر متغیرهای پیش‌بین به تنهایی توان پیش‌بینی کیفیت خواب را نداشتند.

نمودار مدل ارائه شده



شاخص‌های نیکویی برازش مدل برای بررسی میانجی- روان (افسردگی، اضطراب و استرس) با کیفیت خواب گری راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین بهداشت در جدول ۶ آمده است.

**جدول ۶- شاخص‌های نیکویی برازش مدل**

مقدار	شاخص‌های برازندگی
۱۹۱/۷۴	آزمون نیکویی برازش کای دو ( $\chi^2$ )
۰/۰۰۱	سطح معناداری
۹۸	درجه آزادی (df)
۱/۹۶	نسبت کای دو به درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )
۰/۹۳	شاخص نیکویی برازش (GFI)
۰/۶۷	شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)
۰/۹۰	شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)
۰/۹۵	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۵	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)
۰/۹۳	شاخص توکر- لویس (TLI)
۰/۰۵۷	ریشه میانگین مجذور باقی مانده تقریبی (RMSEA)

بر اساس نتایج جدول ۶، الگو دارای برازش خوب بود. مدل در جدول ۷ آمده است. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مستقیم مسیرها در

**جدول ۷- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم مدل**

مسیرها	برآورد استاندارد ( $\beta$ )	برآورد غیراستاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
بهداشت روان به تنظیم هیجان	۰/۴۳	۰/۶۵	۰/۱۰	۴۱/۶	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان به کیفیت خواب	۰/۲۰	۰/۰۲	۰/۰۰۶	۷۸/۲	۰/۰۰۵
بهداشت روان به کیفیت خواب	۰/۵۹	۰/۰۷	۰/۰۱	۳۵/۶	۰/۰۰۱

خواب ۰/۲۰ و اثر مستقیم ترکیب متغیرهای مکنون بهداشت روان بر ترکیب متغیرهای مکنون کیفیت خواب ۰/۵۹ بود. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم در مدل در جدول ۸ آمده است.

بر اساس نتایج تحلیل برای مدل پیشنهادی در جدول ۷، اثر مستقیم بهداشت روان بر ترکیب متغیرهای مکنون راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ۰/۴۳، اثر مستقیم ترکیب متغیرهای مکنون راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر ترکیب متغیرهای مکنون کیفیت

**جدول ۸- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم مدل**

مسیرها	برآورد استاندارد ( $\beta$ )	برآورد غیر استاندارد	سطح معناداری
بهداشت روان به کیفیت خواب از طریق تنظیم هیجان	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۰۳
بهداشت روان به کیفیت ذهنی خواب از طریق تنظیم هیجان	۰/۳۸	۰/۰۸	۰/۰۰۳
بهداشت روان به تأخیر در خواب از طریق تنظیم هیجان	۰/۳۰	۰/۱۷	۰/۰۰۵
بهداشت روان به طول مدت خواب از طریق تنظیم هیجان	-۰/۱۴	-۰/۰۸	۰/۰۰۳
بهداشت روان به خواب مفید از طریق تنظیم هیجان	-۰/۲۸	-۰/۱۵	۰/۰۰۴
بهداشت روان به اختلال خواب از طریق تنظیم هیجان	۰/۵۰	۰/۷۵	۰/۰۰۳
بهداشت روان به اختلال در عملکرد روزانه از طریق تنظیم هیجان	۰/۳۹	۰/۱۹	۰/۰۰۳

بر اساس نتایج تحلیل برای مدل در جدول ۸، اثر استاندارد غیر مستقیم بهداشت روان (افسردگی، اضطراب و استرس)، بر کیفیت خواب از طریق راهبردهای تنظیم هیجان  $0/08$  بود که در سطح  $p < 0/003$  معنادار بود.

## بحث

در مطالعه حاضر بین تمام مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و کیفیت خواب ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت، بدین معنا که استفاده از این راهبردهای منفی باعث کاهش کیفیت خواب در زنان باردار شد. بر اساس نتایج این مطالعه و مطالعات گذشته، بین خواب و هیجان ارتباط نزدیکی وجود دارد و هیجان، خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۷). درگیری‌های درون روانی و ناتوانی در تنظیم هیجان منجر به افزایش برانگیختگی شبانه و بی‌خوابی می‌شود و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان به ویژه نشخوار فکری و فاجعه انگاری باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود (۴).

افرادی که در رویارویی با رخداد‌های ناراحت کننده، درگیر افکار مربوط به این رخدادها می‌شوند و برای مدت طولانی به نشخوار فکری می‌پردازند، آن را فاجعه بار و وحشتناک می‌دانند و منفعلانه تسلیم می‌شوند (۱۹)، کیفیت خواب بدتر و احساسات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. این افراد هر بار که به نشخوار فکری می‌پردازند، گویی آن واقعه به طور دائم در حال وقوع است، وقتی این افکار هنگام شب در ذهن فرد مرور می‌شوند، منجر به افزایش ساعات بیداری و کاهش کیفیت خواب می‌شوند. غفرانی (۲۰۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که فاجعه انگاری کیفیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش آن می‌شود (۲۸).

در مقابل بین استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کیفیت خواب ارتباط منفی و معنی داری وجود دارد؛ به این معنی که استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان باعث بهبود کیفیت خواب در زنان باردار می‌شود. افرادی که بعد از رویارویی با مشکلات ذهن خود را به فعالیت‌ها و تجارب مثبت معطوف می-

کنند، بر سازنده بودن رویداد ناگوار تأکید دارند و سعی می‌کنند اهمیت و جدیت رویداد ناگوار را ناچیز جلوه دهند، نتایج هیجانی مثبت‌تر و کیفیت خواب بهتری دارند.

در مطالعه حاضر بین بهداشت روان (افسردگی، استرس و اضطراب) با کیفیت خواب زنان باردار ارتباط معنی داری وجود داشت. مطالعه فورده و همکاران (۱۹۸۹) نشان داد که بین کیفیت نامناسب خواب و افسردگی ارتباط وجود دارد (۲۹) 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 (۳۰). از طرفی کیفیت نامناسب خواب بر تنظیم ساعات خواب تأثیر گذاشته و منجر به افزایش اضطراب و افسردگی می‌شود و این به نوبه خود سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۵۰٪ از افرادی که مبتلا به افسردگی تشخیص داده می‌شوند، از خواب خود شکایت می‌کنند (۱۰). لوپس و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که حدود ۵۰٪ بیماری‌های روحی-روانی همراه با حاملگی، اضطراب و افسردگی می‌باشد (۳۱). همچنین بین استرس و اضطراب در زنان باردار با کیفیت خواب آنها ارتباط معنی داری وجود دارد و صرف وجود اختلالات اضطرابی (۳۲) و استرس (۳۳) طی بارداری بدون احتساب افسردگی باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود.

با توجه به مدل ارائه شده، بهداشت روان هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم و از طریق راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان می‌تواند باعث کاهش کیفیت خواب زنان باردار شود. در نهایت نتایج مطالعه حاضر از نظر وجود رابطه بین استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و کاهش کیفیت خواب با مطالعات گاستلا و همکاران (۲۰۰۷)، کاهن و همکاران (۲۰۱۳) و غفرانی (۲۰۱۵) و از نظر وجود رابطه بین افسردگی و کاهش کیفیت خواب با مطالعات قرشی (۲۰۱۵) و فورده و همکاران (۱۹۸۹) و از نظر وجود رابطه بین اضطراب و کاهش کیفیت خواب با مطالعه سوتر و همکاران (۲۰۰۴) و از نظر وجود رابطه



قرار دادند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به رابطه علت و معلولی این متغیرها در غالب طرح های آزمایشی توجه شود. همچنین از آنجا که این مطالعه بر روی زنان باردار سالم انجام گرفت، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده در زنان باردار دارای بیماری‌های خاص و زنان ناباور نیز انجام شود.

### نتیجه‌گیری

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در رابطه با کیفیت خواب و بهداشت روان (استرس، افسردگی و اضطراب) نقش میانجی را ایفا کند؛ به گونه‌ای که استفاده از برخی راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند نشخوار فکری و فاجعه پنداری با ابتلاء به مشکلات هیجانی، افسردگی و اضطراب رابطه دارند و از عوامل مرتبط با رشد آسیب شناسی روانی و کاهش کیفیت خواب در زنان باردار می‌باشند. همچنین افسردگی، استرس و اضطراب از عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت خواب در زنان باردار هستند که در مجموع حدود ۵۴٪ از واریانس کیفیت خواب آن‌ها را تبیین می‌کنند که بسیار قابل توجه است.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام پرسنل مراکز بهداشت شهر کرمانشاه به ویژه پرسنل بخش زنان و مامایی که در طول مدت اجرای پژوهش همکاری داشتند و همچنین از شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

بین افسردگی و اضطراب با کاهش کیفیت خواب با مطالعه لوئیس و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی داشت (۴، ۱۰، ۳۲-۲۷).

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 هیجانی و مشکلات خلقی و اختلالات اضطرابی و تلاش در جهت حل این مشکلات، آموزش مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجان، اجرای برنامه‌های مداخله‌ای جهت شناسایی و اصلاح راهبردهای منفی و غیر انطباقی تنظیم هیجان در زنان باردار، آموزش مدیریت رفتار در موقعیت‌های استرس زا، روان درمانی و بالاخره راهنمایی مادران در جهت دریافت خدمات روان شناختی دست یافت.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به پوشش دادن طیف وسیع‌تری از آزمودنی‌ها اشاره کرد؛ چرا که بیشتر مراجعین به مراکز بهداشت از طبقات پایین اجتماعی و اقتصادی بودند. محدودیت دیگر مطالعه حاضر تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه‌ها و عدم انگیزه کافی آزمودنی‌ها جهت پاسخگویی به سؤالات بود. همچنین با توجه به اینکه این مطالعه در شهر کرمانشاه انجام شد، لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. لازم به ذکر است که پژوهشگران تا پایان پژوهش رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اختیار آزمودنی‌ها در مورد شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات دریافتی را مدنظر

### منابع

1. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97(6):988-93.
2. Moline M, Broch L, Zak R. Sleep problems across the life cycle in women. *Curr Treat Options Neurol* 2004; 6(4):319-30.
3. Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs* 2005; 14(1):107-13.
4. Guastella AJ, Moulds ML. The impact of rumination on sleep quality following a stressful life event. *Pers Individ Dif* 2007; 42(6):1151-62.
5. Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmacher T, et al. Women's sleep in health and disease. *J Psychiatr Res* 2005; 39(1):55-76.
6. Lopes EA, Carvalho LB, Seguro PB, Mattar R, SilvaAB, Prado LB, et al. Sleep disorders in pregnancy. *Arquivos Neuro Psiquiatr* 2004; 62(2A):217-21.
7. Santiago JR, Nollado MS, Kinzler W, Santiago TV. Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Ann Intern Med* 2001; 134(5):396-408.
8. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes. *Sleep Med Rev* 2010; 14(2):107-14.

9. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskien R, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(5):599-605.
10. Burt VK, Hendrick VC. *Clinical manual of women's mental health*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2007.
11. Ko JY, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL. Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009. *J Womens Health (Larchmt)* 2012; 21(8):830-6.
12. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(1):3-8.
13. Pallares ME, Benasconi PA, Feleder C, Cutrera RA. Effects of prenatal stress on motor performance and anxiety behavior in Swiss mic. *Physiol Behav* 2007; 92(5):951-6.
14. Kohman RA, Tarr AJ, Day CE, McIinden KA, Boehm GW. Influence of prenatal stress on behavioral, endocrine, and cytokine responses to adulthood bacterial endotoxin exposure. *Behav Brain Res* 2008; 193(2):257-68.
15. Wu J, Song TB, Li YJ, He KS, Ge L, Wang LR. Prenatal restraint stress impairs learning and memory and hippocampal PKCbeta 1 expression and translocation in offspring rats. *Brain Res* 2007; 1141:205-13.
16. Thompson RA. Emotional regulation: a theme in search for definition. *Monogr Soc Res Child Dev* 1994; 59(2-3):25-52.
17. Szczygiel D, Buczny J, Bazinska R. Emotion regulation and emotional information processing: the moderating effect of emotional awareness. *Pers Individ Dif* 2012; 52(3):433-7.
18. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40(8):1659-69.
19. Watson W. Few employers addressing workplace stress, Watson Wyatt surveys find. PR Newswire. Available at: URL: <http://www.prnewswire.com/news-releases/few-employers-addressing-workplace-stress-watson-wyatt-surveys-find-56934707.html>; 2005.
20. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofman SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individual with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther* 2007; 44(9):1251-63.
21. Samani S, Sadeghi L. The adequacy of psychometric measures of cognitive emotion regulation questionnaire. *J Psychol Model Method* 2010; 1(1):51-62. (Persian).
22. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Bermaner SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2):193-213.
23. Heydari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. The relationship between insomnia severity, sleep quality, sleepless and impaired mental health and academic performance of girls. *J Woman Culture* 2010; 1(4):65-76. (Persian).
24. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression, anxiety and stress (DASS-21) scales for the Iranian population. *Iran Psychol* 2005; 4(1):299-313. (Persian).
25. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Leiderorp* 2002; 30:1311-27.
26. Aminabadi Z, Dehghani M, Khodapanahi MK. Factor structure and validation of cognitive emotion regulation questionnaire. *J Behav Sci* 2012; 5(4):365-71. (Persian).
27. Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. Sleep and emotions: bidirectional links and underlying mechanisms. *Int J Psychophysiol* 2013; 89(2):218-28.
28. Ghofrani S. Examines the role of cognitive emotion regulation variables interpersonal problems and sleep quality among parents of middle school students. [Master Thesis]. Marvdasht, Iran: Islamic Azad University of Marvdasht; 2015. (Persian).
29. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262(11):1479-84.
30. Gharashi Y. The relationship between brain behavioral systems and depressive symptoms with symptoms of sleep disorders. [Master Thesis]. Tabriz, Iran: Faculty of Education and Psychology Tabriz University; 2015. (Persian).
31. Louise B, Narcoma C, Gomes A. Depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 68(4):372-86.
32. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcosche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004; 19(8):459-63.
33. Jokar E, Rahmati A. The effect of stress inoculation training on anxiety and quality of sleep of pregnant women in third trimester. *J Fundement Ment Health* 2015; 17(2):62-8. (Persian).