ORIGINAL ARTICLE

The Roles of Some Cognitive and Emotional Factors in Predicting Insomnia

Iran Davoodi[1],
Abdolkazem Neisi[2],
Habibullah Khazei[3],
Nasrin Arshadi[2],
Ali Zakiei[4]

[1] Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
[2] Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
[3] Professor, Department of Psychiatry, Sleep Disorder Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[4] PhD Student in Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

(Received October 18, 2017 Accepted My 10, 2017)

Abstract

Background and purpose: Physiological, cognitive, and behavioral factors are considered as the underlying causes of insomnia. Accordingly, the present study aimed to investigate the roles of some cognitive and emotional factors in predicting insomnia disorder.

Materials and methods: To conduct this cross-sectional study, two groups were randomly selected. The first group comprised of 100 patients suffering from insomnia attending Sleep Disorders Center in Kermanshah Farabi Hospital, Iran 2015. The second group consisted of 100 office workers in Kermanshah University of Medical Sciences who were normal sleepers. For data collection six questionnaires were utilized, including sleep quality scale, difficulties in emotion regulation scale, meta-cognitive beliefs, repetitive negative thinking, experiential avoidance questionnaire, and dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale.

Results: This study showed significant differences between the two groups in all predictor variables (sleep quality, difficulties in emotion regulation, meta-cognitive beliefs, repetitive negative thinking, experiential avoidance, and dysfunctional beliefs and attitudes about sleep) ($P<0.01$) and that all these variables could predict insomnia. The results also indicated that dysfunctional beliefs and attitudes about sleep carried the highest weight for predicting insomnia (0.71) followed by repetitive negative thinking (0.38), while meta-cognitive beliefs had the lowest weight (-0.05). Finally, stepwise discriminant analysis confirmed the roles of two independent variables for entering into the discriminant equation.

Conclusion: The present study confirmed the roles of cognitive and emotional variables in the occurrence of insomnia so, they should be considered in treating insomnia.

Keywords: insomnia, cognition, emotion

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (150):107-121.(Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 150 تیر سال 1396 (121-107)

بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش بینی اختلال بی‌خوابی

ایران داودی[1]
عبدالکاظم نیسی[2]
جبیب اله خزائی[3]
نسرین ارشدی[2]
علی زکی ئی[4]

چکیده

سابقه و هدف: درباره علل زیربنایی بی‌خوابی به عناصر فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری اشاره شده است. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: برای انجام این مطالعه توصیفی - مقطعی دو نمونه به شکل تصادفی انتخاب شد. گروه اول شامل 100 نفر از بیماران مبتلا به بی‌خوابی بود که به مرکز اختلالات خواب بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال 1394 مراجعه کرده بودند و گروه دوم نیز شامل 100 نفر از کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بودکه دارای کیفیت خواب مطلوب بودند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کیفیت خواب، دشواری تنظیم هیجان، باورهای فراشناخت، افکار تکرار شونده منفی، اجتناب تجربی و باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون برابری میانگین‌ها نشان داد که در همه متغیرها (باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب، مشکلات تنظیم هیجان، افکار تکرار شونده منفی، باورهای فراشناخت، افکار تکرار شونده منفی و اجتناب تجربی) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/01$) و متغیرهای پیش‌بین همگی می‌توانند اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی کنند. نتایج هم‌چنین نشان داد که از بین متغیرهای مستقل، باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب دارای بیش‌ترین وزن برای پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی هستند (0/71)، افکار تکرارشونده منفی (0/38) در رتبه دوم قرار دارند و باورهای فراشناخت دارای کم‌ترین نقش هستند (0/05-). در نهایت نتایج تحلیل ممیز به روش گام به گام نقش دو مورد از متغیرهای مستقل را برای ورود به معادله ممیز تایید کرد.

استنتاج: نتایج پژوهش حاضر تایید کننده نقش متغیرهای شناختی و هیجانی در بروز اختلال بی‌خوابی است که بر این اساس باید در درمان این اختلال نقش این متغیرها را در نظر گرفت.

واژه های کلیدی: بی‌خوابی، شناخت، هیجان

مقدمه

اختلال‌های خواب یک گروه از اختلال‌های روانی هستند که نقش مهمی در سلامت افراد جامعه دارند(1). بر اساس تخمین‌ها گفته می‌شود بین 30 تا 45 درصد مردم در سراسر دنیا دارای مشکلات خواب هستند(2). این مسئله می‌تواند مشکلات جدی در پی داشته باشد زیراکه بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پایین بودن کیفیت خواب با پیامدهای گوناگونی همراه است. از جمله نقص در عملکرد اجرایی و توانمندی مغز برای طراحی و سازماندهی فعالیت‌ها و دقت کردن در امور(3)، آسیب در عملکرد سیستم ایمنی و تنظیم

مولف مسئول: علی زکی یی - اهواز، گلستان، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی Email: zakieiali@yahoo.com
1. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران
2. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران
3. استاد گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران
4. دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.
تاریخ دریافت : 1395/7/27 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1395/8/3 تاریخ تصویب : 1396/2/20

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

متابولیسم(4)، خلاقیت و حافظه(5)، حوادث و آسیب‌ها(6)، مشکلات رفتاری(7) و اختلال در عملکرد عصبی- رفتاری (Neurobehavioral) (8)که همگی می‌تواند ناشی از کیفیت پایین خواب باشد. بنابراین بررسی و پژوهش در حوزه خواب یک نیاز اساسی است. از سوی دیگر اختلال بی‌خوابی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های خواب است. نتایج یک مطالعه نشان داده است که شیوع بی‌خوابی بین 20 تا 40 درصد است(9). می‌توان گفت که شیوع بی‌خوابی در کشورهای گوناگون دنیا با یکدیگر متفاوت است اما در مجموع می‌توان برآورد کرد که 30 درصد کل افراد سراسر جهان، در یک مقطع از زندگی خود بی‌خوابی را تجربه می‌کنند اما آمار کسانی که به شکل مداوم و ثابت به بی‌خوابی مبتلا هستند 10 درصد است(10). بر اساس DSM5، مهم‌ترین علائم بی‌خوابی شامل اشکال در شروع خواب، اشکال در حفظ خواب و بیدار شدن زودهنگام از خواب است که پیامد این علائم ناراحتی چشم‌گیر بالینی یا افت کارکردهای اجتماعی، شغلی، آموزشی، تحصیلی، رفتاری یا دیگر حوزه‌های کارکردی است. مشکل خواب دست کم سه شب در هفته روی می‌دهد و حداقل برای سه ماه وجود دارد(11). درباره علل زیربنایی بی‌خوابی به عناصر فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری اشاره شده است. اگرچه احتمال دارد که تمامی این عناصر در شروع و تداوم بی‌خوابی نقش داشته باشند اما در سال‌های اخیر، مدل‌های شناختی حمایت بیش‌تری به دست آورده‌اند. اکثر پژوهش‌هایی که به بررسی نقش عوامل شناختی در بی‌خوابی پرداخته‌اند، بر نقش شناخت‌های قبل از خواب و شناخت‌های شبانه مربوط به خواب تاکید کرده‌اند. پژوهش‌های انجام گرفته نشان می‌دهند که افراد دچار بی‌خوابی در مقایسه با افراد دارای خواب طبیعی، افکار منفی بیش‌تری در طول مدت بیداری‌های شبانه دارند(12).

یکی از رویکردهای موجود در زمینه سبب‌شناسی بسیاری از اختلال‌های روانی مدل فراشناختی ولز است(13). مدل فراشناختی یک چارچوب کلی در مفهوم‌سازی آسیب‌پذیری، ایجاد و حفظ اختلال‌های روانی ارائه می‌دهد. این مدل بیان می‌کند که اختلال‌های روانی از طریق الگوهای پایدار تفکر (نگرانی یا نشخوار فکری)، راهبردهای توجهی مرتبط با نظارت و تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شوند که مجموع این فاکتورها به تشکیل یک سندرم شناختی توجهی می‌انجامد(14).

یک نکته بسیار مهم این است که بی‌نظمی هیجانی ویژگی اصلی در 75 درصد از اختلال‌های روانی است(15). تنظیم هیجان به فرآیندهای درونی و بیرونی مسئولانه برای پردازش، ارزیابی و شناسایی واکنش‌های هیجانی اشاره دارد(16). بررسی متون روان‌شناختی نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامت و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است(17). علاوه بر این امروزه این ادعا مطرح شده است که بدکارکردی هیجانی در تمام اختلال‌های روانی بروز می‌کند(18). در مورد خواب نیز نتایج یک حاکی از نقش هیجان‌ها در اختلال‌های خواب است(19). به همین علت یکی دیگر از متغیرهای پیش‌بین بی‌خوابی، مشکلات تنظیم هیجان در نظر گرفته شد. نظم‌بخشی هیجانی یکی از متغیرهای هیجانی فراتشخیصی است که با افکار تکرار شونده منفی رابطه دارد و راهبردهایی را در برمی‌گیرد که اشخاص از آن‌ها برای بروز و تشدید دامنه وسیعی از هیجان‌ها استفاده می‌کنند(20). بررسی‌ها نشان می‌دهد که افکار تکرار شونده منفی عامل اصلی فراتشخیصی در بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اختلال‌های خواب است(21). Morin (1993) مدعی شده است که برانگیختگی شناختی بیش از برانگیختگی فیزیولوژیکی باعث بی خوابی می‌شود. برانگیختگی شناختی می‌تواند به صورت نگرانی، نشخوار ذهنی، افکار مزاحم، مشکل در کنترل افکار هیجانی متجلی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

شود(22). پژوهش‌ها نیز این تئوری را تایید می‌کنند، مثلا نتایج یک پژوهش نشان داد افرادی که دارای کیفیت خواب پایین هستند، میزان نشخوار ذهنی و شناخت‌های منفی بیش‌تری در مقایسه با دیگران دارند(23). اما بیش‌تر پژوهش‌ها به رابطه مستقیم افکار تکرار شونده منفی از جمله نشخوار فکری و نگرانی با اختلال‌های خواب و کیفیت خواب اشاره کرده‌اند(12، 21،23،19) و تاکنون پژوهشی که این متغیرها را با هم بررسی کند، ارائه نشده است .

علاوه بر این‌ها احساس می‌شود متغیر مهم دیگری که در این بین وجود دارد، اجتناب تجربی است که لازم است نقش آن در بی‌خوابی مورد بررسی قرار گیرد. اجتناب تجربی یکی از سازه‌های نظریه پذیرش و تعهد است. در این نظریه یکی از علل اصلی آسیب‌شناسی در اختلال‌ها نحوه ارتباط فرد با افکار، هیجان‌ها و رفتارها است(24). نظریه‌های نسل سوم رفتاری بر این باورند که وجود شناخت‌های ناخوشایند به تنهایی نمی‌توانند باعث بروز مشکلاتی مانند بی‌خوابی شوند بلکه تلاش برای اجتناب از این تجارب ذهنی ناخوشایند است که فرد را در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار می‌دهد. در واقع در این نظریه اجتناب تجربی عامل مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود. اجتناب تجربی به ارزیابی منفی افراطی از هیجان‌ها، احساسات و افکار ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها اطلاق می‌شود(25). در واقع اجتناب تجربی شامل مجموعه‌ای از سازه‌های وابسته به هم است که شامل مواردی چون فرونشانی تفکر، فرونشانی هیجان، و ارزیابی مجدد آن‌ها است(26). نقش اجتناب تجربی در بسیاری از اختلال‌های روانی مورد تایید قرار گرفته است(25).

از سوی دیگر این نیاز وجود دارد که این متغیرهای تبیین‌کننده اختلال بی‌خوابی در یک جمعیت غیربالینی نیز بررسی شود که بتوان مرز بین اختلال بی‌خوابی و خواب سالم را تشخیص داد. در حقیقت پرسش‌هایی که مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به آن است این است که آیا باورهای فراشناخت، باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب، افکار تکرار شونده منفی، اجتناب تجربی و دشواری در تنظیم هیجان توان پیش بینی اختلال بی‌خوابی را دارند؟ آیا این متغیرها می‌توانند افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی را از افراد غیر بیمار تمیز دهند؟ در واقع مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی انجام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به روش توصیفی و یک مطالعه مقطعی بود .

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: در بخش اول مطالعه جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی اولیه) بر اساس (DSM5 بود که برای درمان اختلال خود در طول سال 1394 به مرکز اختلالات خواب بیمارستان فارابی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و در این مرکز دارای پرونده درمانی بودند. مطالعه حاضر دارای دو گروه بود که گروه اول شامل بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود که از بین کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی که برای درمان اختلال خود در طول سال 1394 به مرکز اختلالات خواب بیمارستان فارابی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و در این مرکز دارای پرونده درمانی بودند، نمونه‌ای به حجم 100 نفر انتخاب شد. اما نمونه دوم نیز شامل 150 نفر از کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود که دارای هیچ یک از اختلالات خواب بیداری نبودند و پس از تکمیل پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ به دو گروه دارای کیفیت خواب پایین و گروه دارای کیفیت خواب مطلوب تقسیم شدند. آنانی که دارای کیفیت خواب پایین بودند از فرآیند مطالعه حذف

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

شدند(50 نفر). بنابراین پژوهش حاضر شامل دو گروه بود. گروه اول افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی (100 نفر) و گروه دوم شامل افراد دارای کیفیت خواب مطلوب بود (100 نفر) .

روش نمونه‌گیری در هر دو گروه تصادفی ساده بود که از بین بیماران دارای پرونده در مرکز با توجه به در اختیار بودن اسامی آنان به روش تصادفی ساده با توجه به شماره پرونده انتخاب شدند و سپس با آنان تماس گرفته شدکه با توجه به داشتن رضایت کامل آنان در پژوهش شرکت کردند. افراد انتخابی می‌بایست در محدوده سنی 18 تا 60 سال باشند و حداقل دارای مدرک تحصیلی سیکل باشند. بنابراین افرادی که در این محدوده سنی نبودند و مدرک تحصیلی پایین‌تر از سیکل داشتند از روند مطالعه خارج شدند. هم‌چنین افرادی که دارای اختلال‌های روانی اضطراب و یا افسردگی بودند یا بیماری مزمن جسمی داشتند از روند مطالعه کنار گذاشته شدند .

روش اجرا: پس از انتخاب نمونه برای گروه اول که شامل افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود پس از تشخیص قطعی اختلال بی‌خوابی بر اساس مصاحبه و پلی‌سومنوگرافی از آنان خواسته شد برای شرکت در آزمون آماده شوند. پس از تنظیم پرسش نامه‌ها و انتخاب آزمودنی‌ها، پرسش نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهش‌گر در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها به آنان ارائه شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در فرآیند تکمیل پرسش‌نامه با مشکلی مواجه شدند از پژوهش‌گر درخواست توضیح بیش‌تری داشته باشند. افراد انتخاب شده پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر این که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسش نامه‌ها نمودند. پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط آزمودنی‌ها که به شکل انفرادی و در حضور پژوهش‌گر بود ،پرسش نامه‌های پژوهش جمع‌آوری گردید. برای گروه دوم نیز بدین شکل پرسش‌نامه‌ها اجرا شد. سپس بر اساس نمرات پرسش‌نامه کیفیت خواب به دو گروه افراد دارای کیفیت خواب پایین و افراد دارای کیفیت خواب مطلوب تقسیم شدند که پس از آن نتایج تحلیل داده‌ها انجام شد .

داده‌های 200 نفر با روش تحلیل ممیز و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از تحلیل ممیز برای پیش‌بینی عضویت گروهی آزمودنی‌ها در دو گروه افراد دارای اختلال بی‌خوابی (گروه 1) و افراد دارای کیفیت خواب مطلوب (گروه 2) استفاده شد. ابتدا با استفاده از آزمون آماری تحلیل ممیز بر اساس متغیرهای باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب، مشکلات تنظیم هیجان، افکار تکرار شونده منفی، باورهای فراشناخت، افکار تکرار شونده منفی، و اجتناب تجربی معادله تحلیل ممیز معین به دست آمد. البته جهت استفاده از روش آماری تحلیل ممیز ابتدا به بررسی مفروضه‌های این روش آماری (آزمون ام باکس، بررسی هم چند خطی و برابری واریانس‌های متغیرهای پیش‌بین در دو گروه) پرداخته شد که نتایج آن استفاده از این روش را تایید کرد.

ابزارگردآوری داده‌ها

1. پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ: پرسش نامه کیفیت خواب Pittsburgh یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که توسط Daniel J Buysse و همکاران در سال 1989 ساخته شد. این پرسش نامه یک پرسش‌نامه استاندارد با 18 سوال است که سؤالات آن در 7 مؤلفه طبقه‌بندی می‌شود. مؤلفه اول مربوط به کیفیت خواب به طور ذهنی است که با یک سؤال (سؤال 9) مشخص می‌گردد. مؤلفه دوم مربوط به تأخیر در خواب رفتن است که نمره آن با دو سؤال یعنی میانگین نمره سؤال 2 و نمره قسمت الف سؤال 5 مشخص می‌شود. مؤلفه سوم مربوط به مدت زمان خواب بودن است که با یک سؤال (شماره 4) مشخص

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

می‌شود. مؤلفه‌چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب فرد است که نمره آن با تقسیم کل ساعات خواب بودن بر کل ساعتی که فرد در رختخواب قرار می‌گیرد، ضرب‌در 100 محاسبه می‌شود. مؤلفه پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه میانگین نمرات سؤال 5 به دست می‌آید. مؤلفه ششم مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور است که با یک سؤال (سؤال 6) مشخص می‌گردد. مؤلفه هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با دو سؤال (میانگین نمرات سؤالات شماره 7 و 8) مشخص می‌شود. امتیاز هر سؤال از صفر تا 3 و امتیاز هر مؤلفه حداکثر 3 می باشد. مجموعه این هفت مؤلفه نمره کل ابراز را تشکیل می‌دهد که محدوده آن از صفر تا 21 است. هرچه نمره به دست آمده بالاتر باشد کیفیت خواب پایین‌تر است. نمره بالاتر از 5 بر کیفیت خواب نامطلوب دلالت دارد. پایایی پرسش نامه کیفیت خواب پیتز بورگ به فارسی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شده و مقدار آن 0/83 بوده است(27).

2. پرسش نامه دشواری تنظیم هیجان: این پرسش‌نامه شامل 36 گویه و 6 خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با 0/93 می باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان شده 0/85، 0/89، 0/86، 0/80، 0/88 و 0/84 می‌باشد. براساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کل 0/86 گزارش شده است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود(28).

3. پرسش‌نامه فراشناخت: این پرسش‌نامه در سال 2004 توسط ولز و کارترایت- هاوتون برای سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم طراحی شد و دارای 30 گویه و پنج خرده مقیاس شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی در باره کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل و خودآگاهی شناختی است. ضریب آلفای کرونباخ 0/72 تا 0/93 و پایایی بازآزمایی چهار هفته ای 0/87 گزارش شده است(29). در ایران شیرین زاده دستگیری (1385) همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/71 تا 0/87 و پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای را 0/59 تا 0/83 گزارش کرده است. در پژوهش شیرین‌زاده دستگیری (1385) از دو نفر متخصص زبان انگلیسی خواسته شد که ماده‌های برگردانده شده فارسی را به انگلیسی ترجمه نمایند. آن گاه شکاف‌های موجود در تطابق دو ترجمه اصلاح گردید. نمونه‌ای به حجم 258 نفر (118 دختر و 140 پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از دانشکده‌های مختلف دانشگاه شیراز انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. نمونه بالینی نیز متشکل از 25 بیمار مبتلا به اختلال وسواسی اجباری، 25 بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و 25 فرد بهنجار بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز درمانی شیراز انتخاب گردید. تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه های اصلی با چرخش پنج عامل واریماکس برای مهارناپذیری و خطر، MCQ-30باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، اطمینان به حافظه و نیاز به مهار افکار را استخراج نمود. علاوه بر این برای این پرسش‌نامه سه نوع روایی دیگر (هم‌زمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و یکدیگر و روایی افتراقی) و سه نوع اعتبار (بازآزمایی، همسانی درونی و تنصیفی) گزارش شد. نتایج حکایت از این داشت که مقیاس MCQ-30 در جامعه ایرانی خصوصیات روان‌سنجی مطلوبی دارد و از آن می توان در تحقیقات روان شناسی و روان‌پزشکی استفاده کرد(30).

4. پرسشنامه افکار تکرار شونده منفی: این پرسش‌نامه در سال 2010 توسط مک اوی و همکاران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

جهت سنجش افکار تکرار شونده منفی طراحی شد و دارای 31 گویه در یک مقیاس لیکرتی 5 درجه است. ضریب آلفای کرونباخ آن 0/72 تا 0/93 گزارش شده است. برای محاسبه روایی پیش‌بین از همبستگی این ابزار با پرسش‌نامه افسردگی و اضطراب بک استفاده گردید که به ترتیب ضرایب همبستگی 0/42 و 0/38 به دست آمد(21). پایایی نسخه فارسی این ابزار نیز توسط خالقی، لیاقت و گنج اندیش (1389) به روش آلفای کرونباخ 0/89 گزارش شده است(31).

5. پرسش‌نامه اجتناب تجربی: این پرسش‌نامه توسط هایز و همکاران (2004) ساخته شد. نسخه اولیه آن شامل 32 گویه بود و روی یک مقیاس 7 درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده بود. نسخه‌های بعدی 16 گویه‌ای و 9 گویه‌ای بودند اما نسخه آخر این پرسش‌نامه 10 گویه دارد که روی یک مقیاس لیکرت 7 درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (که در پژوهش حاضر نیز از همین گویه استفاده خواهد شد). در یک پژوهش یک ساختار تک عاملی برای این مقیاس گزارش شد که آلفای کرونباخ آن 0/84 محاسبه شده است(32). در سال 1391 پایایی این پرسش‌نامه در ایران مورد ارزیابی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن 0/82 به دست آمد. برای بررسی روایی این پرسش‌نامه از ابزارهایی چون اضطراب بک، افسردگی بک و مقیاس مشکل در تنظیم هیجان استفاده شده است که ضرایب همبستگی 0/44، 0/59 و 0/59 گزارش شده است و نتایج تحلیل عامل نشان داده که عامل‌ها دارای وزن مناسب هستند(33).

6. مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب: این مقیاس که توسط Morin (1993) ساخته شده است شامل 10 گویه مرتبط با باورها و نگرش‌های غیرسودمند قبل از خواب است که فرض می‌شود در تداوم مشکلات خواب نقش دارند. آزمودنی‌ها باید میزان موافقت خود را با هر گویه روی یک مقیاس نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت از 0 تا 10 نمره‌گذاری کنند. نمرات بالا با سطح بالاتری از باورها و نگرش‌های ناکارآمد در مورد خواب مرتبط است. همسانی درونی این مقیاس توسط Morin، Vallières و Ivers (2007) به روش آلفای کرونباخ برای جمعیت بالینی 0/77 و برای جمعیت عادی 0/79 گزارش شده است(34). این پرسش‌نامه در ایران توسط دوس علی‌وند و همکاران (1393) هنجاریابی شده است. نمونه مورد بررسی 400 نفر از دانشجویان بوده‌اند که نتایج نشان داد آلفای کرونباخ برای این ابزار 0/84 است. برای بررسی روایی مقیاس نیز از پرسش‌نامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ، افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد که نتایج تحلیل نشان داد به ترتیب با این متغیرها همبستگی 0/45، 0/25، 0/35 و 0/25 است(31).

یافته ها

در جدول شماره 1، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های دو گروه در متغیرهای پیش‌بین و هم‌چنین نتایج آزمون برابری میانگین‌ها در دو گروه آمده است.

نتایج آزمون برابری میانگین‌ها (جدول شماره 1) نشان می‌دهد که در مشکلات تنظیم هیجان برای نمره کل متغیر بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد اما برای دو خرده مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی و فقدان آگاهی هیجانی) بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معناداری وجود ندارد. برای باورهای فراشناخت نیز در حالت کلی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد اما فقط دو مورد از باورهای فراشناخت (باورهای مثبت و تضاد شناختی) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل هم‌چنین بیانگر این است که در افکار تکرار شونده، اجتناب تجربی و باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول شماره 1: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های دو گروه در متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین		گروه دارای خواب طبیعی		گروه مبتلا به بی‌خوابی		آزمون برابری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	F	معناداری
مشکلات تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	13/06	5/09	14/75	8/52	2/91	0/09
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	12/85	3/86	16/47	3/87	43/80	0/001
	دشواری در کنترل تکانه	13/72	4/79	17/42	5/05	28/25	0/001
	فقدان آگاهی هیجانی	18/07	3/98	17/55	4/29	0/79	0/37
	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	18/15	6/75	21/35	6/54	11/59	0/001
	عدم وضوح هیجانی	10/69	3/97	12/18	3/99	6/95	0/009
	نمره کل	86/77	21/88	101/45	18/60	26/13	0/001
باورهای فراشناخت	نیاز به کنترل افکار	11/67	4/87	12/62	5/27	1/69	0/19
	کنترل ناپذیری و خطر افکار	13/22	3/38	12/45	3/46	2/49	0/12
	خودآگاهی شناختی	13/96	2/96	14	2/64	0/009	0/93
	باورهای مثبت	6/39	2/38	8/57	1/70	55/09	0/001
	تضاد شناختی	7/82	2/07	8/59	2/12	6/77	0/01
	نمره کل	53/02	10/38	55/85	9/39	4/10	0/04
افکار تکرار شونده منفی	نگرانی	20/99	6/41	24/34	7/09	12/32	0/001
	نشخوار ذهنی	24/79	8/73	31/42	9/48	26/45	0/001
	پایش تهدید	34/39	8/13	40/87	8/05	32/11	0/001
	نمره کل	79/94	22/22	97/48	20/92	32/02	0/001
اجتناب تجربی		28/74	10/53	37/53	12/33	29/38	0/001
باورها و نگرش های ناکارآمد خواب		52/56	19/20	73/11	18/95	58/02	0/001

خلاصه یافته‌های تابع ممیز متعارف به دو روش تحلیل همزمان و گام به گام در جدول شماره 2 آمده است.

جدول شماره 2: خلاصه یافته‌های تابع ممیز متعارف به روش تحلیل هم‌زمان و گام به گام

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	روش هم زمان	روش گام به گام
تعداد تابع	1	1
مقدار ویژه	0/78	0/57
درصد واریانس	100	100
درصد تراکمی	100	100
همبستگی متعارف	0/66	0/60
مجذور اتا	0/44	0/36
لامبدای ویلکز	0/56	0/64
مجذور کای	109/96	89/08
درجه آزادی	16	3
معنی داری تابع ممیز	0/001	0/001
مرکز واره داده‌ها برای گروه بیمار	0/88	0/75
مرکز واره داده‌ها برای گروه سالم	-0/88	-0/75
پیش بینی عضویت گروهی	0/79	0/77

نتایج تحلیل ممیز به روش هم‌زمان نشان می‌دهد که میزان لامبدای ویلکز 0/56 است و این بدان معنی است که متغیرهای پیش‌بین همگی با هم می‌توانند 44 درصد اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی کنند. مقدار لامبدای ویلکز در روش گام به گام 0/64 است که نشان‌دهنده این است که بر اساس روش گام به گام متغیرهای پیش‌بین همگی با هم می‌توانند 36 درصد اختلال بی‌خوبی را پیش‌بینی کنند. در هر دو روش تابع ممیز معنادار است (P0/001>). نتایج جدول شماره 2 نشان می‌دهد که همبستگی چندگانه (همبستگی متعارف) بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (بی‌خوابی) در روش تحلیل هم زمان 0/66 و در روش گام به گام 0/60 است. نتایج تحلیل ممیز برای بررسی نقش تک تک متغیرهای مستقل در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی نشان داد که همه متغیرها در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی نقش دارند. نتایج تحلیل بیانگر این است که اجتناب تجربی به تنهایی می‌تواند 13 درصد اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی کند (P<0/001). متغیر باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب به تنهایی می‌تواند 23 درصد اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی کند (P<0/001). باورهای فراشناخت می‌توانند 2 درصد اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی کند (P<0/04). افکار تکرار شونده منفی می‌تواند 14 درصد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی کند (P<0/001)، و مشکلات تنظیم هیجان می‌تواند 12 درصد اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی کند (P<0/001)، بنابراین از بین متغیرهای مستقل، باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب مقدار بیش‌تری از اختلال بی‌خوابی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج جدول شماره 3 نشان می‌دهد که در روش تحلیل ممیز گام به گام نقش دو متغیر برای ورود به معادله تحلیل ممیز تایید می‌شود.

جدول شماره 3 : خلاصه یافته‌های تحلیل ممیز گام به گام

متغیر	لامبدای ویلکز	df1	df2	df3	F دقیق آماره	df1	df2	معناداری
باورها و نگرش های ناکارآمد خواب	0/77	1	1	198	58/02	1	198	0/001
افکار تکرار شونده منفی	0/70	2	1	198	41/54	2	197	0/001

در جدول شماره 4 ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و ضرایب ساختاری به دو روش هم زمان و گام به گام آمده است.

جدول شماره 4: مقدار ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و ضرایب ساختاری به روش هم زمان و گام به گام

متغیر	روش هم زمان			روش گام به گام		
	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب ساختاری	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	ضرایب ساختاری
باورهای خواب	0/71	0/04	0/81	0/04	0/78	0/83
افکار تکرار شونده	0/38	0/02	0/61	0/03	0/55	0/63
مشکلات تنظیم هیجان	0/09	0/004	0/54	-	-	-
اجتاب تجربی	0/26	0/02	0/57	-	-	-
باورهای فراشناخت	-0/05	-0/005	0/21	-	-	-
مقدار ثابت		-4/85				85

نتایج جدول شماره 4، بیان‌گر آن است که از بین متغیرهای مستقل، باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب دارای بیش‌ترین وزن برای پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی هستند. افکار تکرارشونده منفی در رتبه دوم قرار دارند و باورهای فراشناخت دارای کم‌ترین نقش هستند. در نهایت نتایج تحلیل ممیز به روش گام به گام نقش دو مورد از متغیرهای مستقل را برای ورود به معادله ممیز تایید می‌کند که بر این اساس می‌توان معادله پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی را به شکل زیر نوشت:

D= -4.85 + 0.04X1 + 0.03X2

در این معادله منظور از X1، متغیر باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب است و منظور از X2، متغیر افکار تکرار شونده منفی است. با توجه به مقداری که برای معادله به دست می‌آید کسانی که مقدار مثبتی به آنان تعلق بگیرد در گروه مبتلا به اختلال بی‌خوابی قرار می‌گیرند.

بحث

نتایج تحلیل در مطالعه حاضر به شکل کلی نشان داد که همه متغیرهای مستقل مورد بررسی (باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب، مشکلات تنظیم هیجان، افکار تکرار شونده منفی، باورهای فراشناخت، افکار تکرار شونده منفی و اجتناب تجربی) در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی نقش دارند .

در بررسی جداگانه متغیرها، نتایج پژوهش نشان داد که باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب توان پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی را دارند. تصور بر این است که باورها و نگرش‌های ناکارآمد در مورد خواب نقش واسطه‌ای مهمی در تداوم بی‌خوابی ایفا می‌کنند. تعدادی از مطالعات نقش شناخت ناکارآمد در تداوم بی خوابی را تایید کرده‌اند. به عنوان مثال در بررسی درمان‌های شناختی‌رفتاری و درمان‌های دارویی برای بی‌خوابی مزمن اولیه و تاثیر آن‌ها بر نگرش‌ها و باورهای مربوط به خواب مشخص شد که در مقایسه با بهره گیری از دارو درمانی به تنهایی و یا کاربرد دارونمایی، استفاده از درمان‌های شناختی‌رفتاری به تنهایی و یا در ترکیب با دارو درمانی به بهبودهای بیش‌تری در مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد در مورد خواب منجر شدند(35). از سوی دیگر نقش باورها و اعتقادات در بی‌خوابی مورد تاکید واقع شده است(36).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که باورهای فراشناخت توان پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی را دارند. این بخش از نتایج با یافته‌های پـژوهش Wells (2011) هـم خوان است. او در مطالعه خود، نشخوارهای فکری را در بیماران مبتلا به بی خوابی بررسی کـرد و بـه ایـن نتیجـه رسید که افراد مبتلا به این اختلال باور دارند که قادر بـه کنترل افکار خود نیستند(37). در پژوهش Wells زمـانی که دیدگاه بیماران نسبت به نشخوارهای فکـری بررسـی شد مشخص گردید که بیماران در آغاز وجـود نشـخوار فکری را مفید ارزیابی می‌کردند. یعنی باور داشـتند کـه نشخوار فکری مـی توانـد در مقابلـه بـا اسـترس زنـدگی روزمره برایشان مفید باشد(37) و این زمینـه سـاز اخـتلال می‌شود. واقعیت ایـن اسـت کـه نشـخوار فکـری شـروع خواب را به تاخیر می‌اندازد و موجب استرس و فعالیـت سیستم سمپاتیک در فرد مـی‌گـردد کـه ایـن شـرایط در تناقض با شرایطی است که باعـث ورود فـرد بـه مراحـل خواب می شود. فرد از نشخوار فکری به عنوان راه حلی برای مشکلات فکری خود استفاده می‌کنـد ولـی نتیجـه عکـس آن خواهـد بـود و باعـث اخـتلال در نظـام فرآینـدهای شـناختی و فـراشـناختی در شـخص می‌گردد(38). از سوی دیگر نتایج یک پژوهش که روی بیماران مبتلا به بی‌خوابی انجام شد، نشان داد که نشخوار افکار منفی در بـروز و تـداوم اخـتلال بـی‌خـوابی مـوثر است. نتایج این پژوهش نشان داد کـه بیمـاران مبـتلا بـه بی‌خوابی اعتقاد دارنـد کـه ایـن افکـار غیرقابـل کنتـرل هستند(39). وقتی چنین اعتقادی وجود دارد، نگرانی فرد افزایش می‌یابد و اختلال بی‌خوابی تداوم می‌یابد. این در حالیست که نتایج پـژوهش حاضـر نشـان داد کـه افکـار تکرار شونده منفی توان پیش‌بینی اخـتلال بـی‌خـوابی را دارند.

برای تبین این نتایج می‌توان گفت چون این افکار سبب برانگیختگی هیجانی و فیزیولوژیک می‌شود(40) و این برانگیختگی‌ها باعث توجه بیش‌تر بـه محـرک‌هـای محیطی و فردی خواهد شد، این توجه ممکن است بیش تر جلب ضربان قلب و تنفس شود که با توجه به نـامنظم شدن آن، منجر به کاهش کیفیـت خـواب خواهـد شـد. نتایج پژوهش‌های پیشین هم نشان داده‌اند که بین افکـار تکـرار شـونده منفـی و کیفیـت خـواب رابطـه وجـود دارد(21). بررسی پژوهش‌های پیشین نشان مـی‌دهـد کـه در افـرادی کـه نگرانـی دارنـد، ایـن نگرانـی سـبب برانگیختگی شناختی اضطرابی می‌گردد کـه نتیجـه آن افزایش فعالیت دستگاه عصبی خودمختار است(41).

نتـایج پـژوهش Carney و همکـاران ، روی یـک نمونه با حجم 242 نفر از بیمـاران مبـتلا بـه اخـتلال‌هـای خواب (بی‌خوابی) نشان داد که افکار تکرار شونده منفی در کیفیت خواب مبتلایان نقش دارنـد(42). نتـایج یـک پژوهش دیگر نیز نشان‌دهنده نقش افکـار تکـرار شـونده منفی در بی‌خوابی است (43).

نتایج مطالعه حاضـر نشـان داد کـه اجتنـاب تجربـی توان پیش‌بینی اخـتلال بـی‌خـوابی را دارنـد. از دیـدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی منجر بـه تـلاش بـرای سـرکوب احساسـات، افکـار و دیگـر تجربه‌های درونی می‌گردد و اعتقاد بر این است که ایـن عدم انعطاف‌پذیری روانی زمینه‌ساز اختلال‌هـای عـاطفی می‌شود(44). این در حالیست که نتایج پـژوهش‌هـا نشـان داده‌اند که بین اختلال‌های عاطفی و اختلال‌های خـواب رابطه وجود دارد(45). از سوی دیگر اجتناب از افکـار و تجربـه‌هـای درونـی باعـث افـزایش برانگیختگـی فیزیولوژیـک و هیجـان‌هـا منفـی مـی‌شـود(46) کـه ایـن برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجان‌ها بی‌خـوابی در پـی دارد.

هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مشکلات تنظیم هیجان توان پیش‌بینی اختلال بی‌خـوابی را دارنـد. عملکـرد انسـان در ابعـاد مختلـف روانـی، شـناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری بـه تنظـیم هیجـان وابسـته اسـت. تنظـیم هیجـان مطلـوب سـبب تنظـیم ارزشـیابی‌هـا و واکنش‌های ذهنی می‌شـود کـه نتیجـه آن واکـنش‌هـای مناسـب در ابعـاد مختلـف زنـدگی اسـت(47). نتـایج

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

پژوهش‌ها نشان داده است که تنظیم هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه دارد(48،50) و این اختلال‌ها زمینه‌ساز بی‌خوابی هستند(51).

از سوی دیگر بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با کیفیت خواب رابطه وجود دارد(52). برخی دیگر از پژوهش‌ها نیزگزارش کرده‌اند که هیجان‌ها، خواب را تحت تاثیر قرار می‌دهند(53). بنابراین نتایج مطالعه حاضر در این بخش با پژوهش‌های پیشین هم‌خوان است. در بالا به ترتیب نقش تک تک متغیرها در پیش‌بینی بی‌خوابی مورد بررسی قرار گرفت و نقش هر پنج متغیر با توجه به نتایج تایید شد اما سوال کلی این است که آیا ترکیب خطی متغیرهای باورهای فراشناخت، باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب، افکار تکرار شونده منفی، مشکلات تنظیم هیجان و اجتناب تجربی پیش‌بین بروز اختلال بی‌خوابی است؟ نتایج پژوهش بیان‌گر آن است که از بین متغیرهای مستقل، باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب دارای بیش‌ترین وزن برای پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی هستند(0/71). افکار تکرارشونده منفی در رتبه دوم قرار دارند(0/38) و باورهای فراشناخت دارای کم‌ترین نقش هستند(0/05)با بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که دقیقاً ترکیب یکسانی از این متغیرها را برای تفکیک افراد مبتلا به بی‌خوابی از دیگران به کار برده باشد مشاهده نگردید بنابراین نمی‌توان همسانی و یا عدم هم‌خوانی نتایج را با سایر پژوهش‌ها مقایسه کرد اما در یک پژوهش(54) رابطه فرآیندهای شناختی، انگیختگی و بدکارکردی در تنظیم هیجان با بی‌خوابی مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت پژوهش‌گران به این نتیجه رسیدند که نقش نشخوارهای مربوط به خواب از سایر متغیرها بیش‌تر است. این در حالیست که نتایج مطالعه حاضر نشان داد که باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب نقش بیش‌تری در بی‌خوابی دارند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که متغیرهای باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب، مشکلات تنظیم هیجان، افکار تکرار شونده منفی، باورهای فراشناخت، افکار تکرار شونده منفی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی نقش دارند اما توان باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب بیش‌تر است. این یک نکته کلیدی برای درمان اختلال بی‌خوابی است، یعنی درمانگران می‌توانند برای درمان این اختلال روی باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب بیماران تمرکز کنند. در نهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دو متغیر باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب و افکار تکرار شونده منفی وارد معادله پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی می‌شوند. بنابراین نتایج مطالعه حاضر تاییدی بر نقش متغیرهای شناختی در بروز بی‌خوابی است.

مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی بود لذا این اهمیت دارد که در پژوهش‌های آتی به شکل طولی تاثیر متغیرهای مستقل بر اختلال بی‌خوابی بررسی شود و از سوی دیگر در پژوهش های آزمایشی تاثیر آن ها مورد بررسی قرار گیرد. از سوی دیگر ابزارهای سنجش در مطالعه حاضر خودگزارش‌دهی بودند. این مسئله در رفتارهایی چون خواب یک مسئله مهم است، پس بهتر است در پژوهش‌های آتی ابزارهای دیگر هم استفاده گردد.

با توجه به این که مطالعه حاضر در ایران و در شهر کرمانشاه انجام گرفته است، باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم را در نظر داشت و این متغیرها را در جوامع دیگر نیز مورد بررسی قرار داد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه کسانی که در انجام پژوهش یاری‌رسان بودند تشکر کنند، از معاونت محترم تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، و از کارکنان آن دانشگاه جهت همکاری و کلیه بیماران مبتلا به بی‌خوابی جهت شرکت در پژوهش سپاسگزار هستیم.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

References

1. Hasler G, Buysse DJ, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rössler W, et al. Excessive daytime sleepiness in young adults: a 20-year prospective community study. J Clin psychiatry. 2005;66(4):521-529.
2. Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. Curr Med Res Opin. 2008;24(1):307-317.
3. Anderson C, Horne J. Sleepiness enhances distraction during a monotonous task. Sleep. 2006;29(4):573-576.
4. Taheri S. The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. Arch Dis Child. 2006;91(11):881-884.
5. Randazzo AC, Muehlbach MJ, Schweitzer PK, Walsh JK. Cognitive function following acute sleep restriction in children ages 10-14. Sleep. 1998; 21(8):861-868.
6. Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS'sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Sleep. 2005;6(1):63-69.
7. Smedje H, Broman JE, Hetta J. Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: a study based on parents' perceptions. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2001;10(1):1-9.
8. Sadeh A, Gruber R, Raviv A. The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. Child Dev. 2003;74(2):444-455.
9. Ohayon MM, Lemoine P. Sleep and insomnia markers in the general population. Encephale. 2004; 30(2): 135-140.
10. Saddichha S. Diagnosis and treatment of chronic insomnia. Ann Indian Acad Neurol. 2012;13(2):94-102.
11. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association ; 2013. p. 362.
12. Watts FN, Coyle K, East MP. The contribution of worry to insomnia. Br J Clin Psychology. 1994;33(2):211-220.
13. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behav Res Ther. 1996;34(11): 881-888.
14. Papageorgiou C, Wells A. A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. International Journal of Cognitive Therapy. 2009;2(2):123-131.
15. Thielsch C, Ehring T, Nestler S, Wolters J, Kopei I, Rist F, et al. Metacognitions, worry and sleep in everyday life: Studying bidirectional pathways using Ecological Momentary Assessment in GAD patients. J Anxiety Disord. 2015;33:53-61.
16. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monogr Soc Res Child Dev. 1994;59(2-3):25-52.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

17. Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. Development and psychopathology. 1995;7(1):1-10.
18. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):217-237.
19. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. J Adolesc Health. 2010;46(2):124-132.
20. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations.New York : Guilford Press , 2007.
21. McEvoy PM, Mahoney AE, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. J Anxiety Disord. 2010;24(5):509-519.
22. Morin CM, Barlow DH. Insomnia: Psychological assessment and management. New York : Guilford Press ; 1993.
23. Ong JC, Shapiro SL, Manber R. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. Behav Ther. 2008;39(2):171-182.
24. Twohing MP. Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy. Cognitive and Behavioral Practice. 2012;19(4):499-507.
25. Cowdrey FA, Park RJ. The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. Eat Behav. 2012;13(2):100-105.
26. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. J Behav Med. 2002;25(6):551-603.
27. Stewart CA, Auger R, Enders FT, Felmlee-Devine D, Smith GE. The effects of poor sleep quality on cognitive function of patients with cirrhosis . J Clin Sleep Med. 2014;10(1):21-26.
28. Asgari P, PASHA GR, Aminiyan M. Relationship between emotion regulation, mental stresses and body image with eating disorders of women. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2009; 4(13): 65-78.(persian).
29. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385-396.
30. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. Iran J psychiatry Clin Psychol. 2008;14(1):46-55.(persian).
31. Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fata L, Shairi MR, Zarghami F. Transdiagnostic Treatment of Co-occurrence of Anxiety and Depressive Disorders based on Repetitive

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

Negative Thinking: A Case Series. Iran J Psychiatry. 2015;10(3):200-211.

32. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The Psychological Record. 2004;54(4):553-578.
33. Abasi E, Fata L, Moloodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. Journal of psychological Models and Methods. 2012;2(10):65-80.
34. Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). Sleep. 2007;30(11):1547.-1554.
35. Morin C, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? Behav Res Ther. 2002;40(7):741-752.
36. Lundh LG, Broman J-E. Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. J Psychosom Res. 2000;49(5):299-310.
37. Wells A. Whats meta cognitive therapy? Oxford: Butterworth-Heinmann; 2011; 148:121-126.
38. Costa e Silva JA, Chase M, Sartorius N, Roth T. Special report from a symposium held by the World Health Organization and the World Federation of Sleep Research Societies: an overview of insomnias and related disorders--recognition, epidemiology, and rational management. Sleep. 1996;19(5):412-416.
39. Rezaei M, Hojati S, Hatami S, Monadi H, Einbeigi E. Effect of meta-cognitive therapy on patient with insomnia. Journal of North Khorasan University. 2015;7(2):319-327(persian).
40. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The attention–intention–effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. Sleep Med Rev. 2006;10(4):215-245.
41. Tang NK, Harvey AG. Effects of cognitive arousal and physiological arousal on sleep perception. Sleep. 2004;27(1):69-78.
42. Carney CE, Harris AL, Moss TG, Edinger JD. Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. Behav Res Ther. 2010;48(6):540-546.
43. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behav Res Ther. 2002;40(8):869-893.
44. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7:141-168.
45. Spoormaker VI, Van den Bout J. Depression and anxiety complaints; relations with sleep disturbances. Eur Psychiatry. 2005;20(3):243-245.
46. Fledderus M, Oude Voshaar MA, ten Klooster PM, Bohlmeijer ET. Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II. Psychol Assess. 2012;24(4):925-936.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

47. Gresham D, Gullone E. Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. Pers Indiv Differ. 2012;52(5):616-621.
48. Rezaii Adriani M, Azadi A, Ahmadi F, Vahediane Azimi A. Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in dormitories students of Tarbiat Modares University.Iranian Journal of Nursing Research. 2007; 2(4-5): 31-38.(persian).
49. Desrosiers A, Vine V, Curtiss J, Klemanski DH. Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. J Affect Disord. 2014;165:31-37.
50. Tortella-Feliu T, Balle M, Sese S. Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. J Anxiety Disord. 2010;24(7):686-693.
51. Spoormaker VI, van den Bout J. Depression and anxiety complaints, relations with sleep disturbances. Eur Psychiat. 2005;20(3):243-245.
52. 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.(persian).
53. Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. Sleep and emotions: bidirectional links and underlying mechanisms. Int J Psychophysiol. 2013;89(2):218-228.
54. Palagini L, Moretto U, Dell'Osso L, Carney C. Sleep-related cognitive processes, arousal, and emotion dysregulation in insomnia disorder: the role of insomnia-specific rumination. Sleep Med. 2017; 30: 97-104.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-09]