

پیش بینی اختلال خواب براساس کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال گرایی در زنان متاهل شهر تهران

محمدسینا یعقوب نژاد^۱

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

مژگان خسروبگی

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

چکیده

اختلال خواب یکی از اختلال‌های شایع در حال حاضر است و شیوع آن در زنان بیشتر از مردان می‌باشد. هدف از تحقیق حاضر پیش‌بینی اختلال خواب براساس کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی در زنان متاهل شهر تهران می‌باشد. تحقیق حاضر از نوع تحلیلی-توصیفی است. جامعه آماری کلیه زنان متاهل منطقه ۱ و ۳ تهران بودند که براساس تشخیص پزشک از اختلال خواب رنج می‌بردند. نمونه آماری ۱۰۰ نفر بود که براساس معیارهای ورود و خروج مشخص انتخاب گردیدند. نمونه آماری به پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ، کیفیت زندگی SF-36، کیفیت جنسی زنان و مقیاس کمال‌گرایی بشارت پاسخ دادند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی به ترتیب ۲۴، ۱۲ و ۲۱ درصد از تغییرات اختلال خواب را تبیین می‌کنند. اختلال خواب می‌تواند اثرات منفی زیادی بر روی افراد بگذارد. از این رو باید به این اختلالات توجه ویژه‌ای شود.

واژگان کلیدی: اختلال خواب، کمال‌گرایی، کیفیت زندگی، کیفیت جنسی

^۱ نویسنده مسئول: s7265123456s@gmail.com

خواب به عنوان یکی از عناصر اصلی چرخه‌های شبانه‌روزی به حساب می‌آید و به عملکرد بدن در رشد، یادگیری و تقویت حافظه کمک می‌کند و دوره کامل استراحت ذهن و بدن است که در طی آن هوشیاری و بدن به طور نسبی یا کامل متوقف می‌شود (محمدیان و همکاران، ۲۰۱۸). خواب یکی از مهم‌ترین نیازهای زندگی هر فرد است که در تمام ابعاد سلامت افراد نقش بسزایی دارد (کرمان سراوی و همکاران، ۲۰۱۰). افراد در طول روز حرکات، حالات و احساسات غیرعادی را تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد بسیاری از عوامل فیزیکی، عاطفی و عاطفی می‌توانند الگوی طبیعی خواب افراد را بر هم بزنند و باعث اختلال در خواب شوند (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۴). در حقیقت خواب یک رفتار سازمان‌یافته می‌باشد که به عنوان یک ضرورت حیاتی و براساس آهنگ بیولوژیک تکرار می‌گردد (Hauri et al, 2012). خواب الگویی پیچیده زیست‌شناختی و دوره سیر کادین می‌باشد که علاوه بر تجدید قوای جسمی و فیزیکی، سبب تجدید قوای عاطفی، روانی، حافظه و یادگیری نیز می‌شود (World Health Organization, 2004). خواب یک فرآیند بسیار پیچیده است که فراتر از بستن پلک‌ها و شمردن گوسفندان است. خواب یک حالت فعال بیهوشی است که توسط بدن ایجاد می‌شود که در آن مغز در حالت استراحت نسبی قرار دارد و عمدتاً به محرک‌های داخلی واکنش نشان می‌دهد. هدف دقیق خواب به طور کامل مشخص نشده است. چندین نظریه‌پرداز برجسته مغز را بررسی کرده‌اند و تلاش کرده‌اند هدفی را برای چرایی خواب شناسایی کنند که شامل نظریه عدم فعالیت، نظریه حفظ انرژی، نظریه بازسازی و نظریه انعطاف‌پذیری مغز است. تئوری عدم فعالیت مبتنی بر مفهوم فشار تکاملی است که در آن موجودات غیرفعال در شب کمتر احتمال دارد که در اثر آسیب شکار در تاریکی بمیرند، بنابراین یک مزیت تکاملی و تولیدمثلی برای غیرفعال بودن در شب ایجاد می‌کند (Paudel et al, 2022).

اختلال خواب به اختلال در الگوی خواب یا تغییر در رفتارهای مرتبط با خواب اشاره دارد و به عنوان یکی از علائم اولیه بیماری روانی شناخته می‌شود (موسوی اصل و همکاران، ۲۰۱۵). شخصی که از اختلال خواب رنج می‌برد ممکن است یکی از موقعیت‌های دشوار را در به خواب رفتن، زود بیدار شدن یا خوابیدن مداوم در نیمه‌شب تجربه کند و به طور کلی احساس رضایت و کافی خواب نداشته باشد. این علائم باید حداقل سه بار در هفته و به مدت حداقل سه ماه وجود داشته باشد (محمد شاهی و همکاران، ۱۳۹۶). اختلال خواب اغلب به صورت بی‌خوابی ظاهر می‌شود و ممکن است گذرا یا مداوم باشد. بی‌خوابی گذرا دوره‌هایی از بی‌خوابی است که با اضطراب و تغییرات حاد در زندگی فرد مانند تغییر شغل، امتحانات مدرسه، سوگواری و سوگواری همراه است. در شرایط مداوم یا مزمن، بیشترین مشکل در مرحله شروع به خواب رفتن دیده می‌شود. این نوع بی‌خوابی با گذشت زمان طولانی‌تر می‌شود و می‌تواند مضر باشد (Pien et al, 2004). در اختلالات خواب، فرد از خواب کافی و رضایت بخشی لذت نمی‌برد و ممکن است در به خواب رفتن دچار مشکل شود و یا ممکن است فرد خیلی زودتر از خواب بیدار شود و یا خواب ناپیوسته در نیمه‌شب داشته باشد (Frances, 2013). تخمین زده می‌شود که ۲۰٪ از بزرگسالان از اختلالات خواب رنج می‌برند (Young, 2004). اختلالات خواب با افزایش خطر فشارخون بالا، کلسترول بالا، چربی خون بالا، دیابت نوع ۲ و چاقی مرتبط است (Leproult et al, 2010). اختلال خواب می‌تواند سبب خستگی و خواب آلودگی روزانه، مشکلات حافظه، کاهش توجه و تمرکز، ناتوانی در لذت بردن از ارتباط با دیگران، غیبت از محل کار، اثرات منفی بر سلامت و کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی گردد (Johann et al, 2017).

بر اساس تحقیقات صورت گرفته، عوامل مختلفی می‌توانند در ایجاد اختلال خواب اثرگذار باشند. از جمله آن‌ها می‌توان به کیفیت زندگی اشاره کرد (Johann et al, 2017). از نظر لغوی کیفیت زندگی به معنای چگونگی زندگی کردن می‌باشد. این در حالی است که بسیاری از پژوهشگران این واژه را بسیار پیچیده‌تر از آن می‌دانند که بتوان آن را در طول یک جمله توصیف

نمود. بسیاری از پژوهشگران معتقد هستند که مفهوم کیفیت زندگی مفهومی ذهنی و پویا است. براساس عقیده آن‌ها کیفیت زندگی شامل مفهومی چند بعدی می‌باشد و تمام ابعاد خوب و بد زندگی شخص را در برمی‌گیرد. از طرف دیگر تعدادی از پژوهشگران کیفیت زندگی را مفهومی فردی می‌دانند و از نظر آن‌ها حتماً باید براساس نظر خود شخص و نه فرد دیگری تعیین گردد (گلیور و همکاران، ۲۰۱۴). به‌طور کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی دربردارنده نگرش ذهنی فرد نسبت به جنبه‌های محیطی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد و نمی‌توان آن را ساده توصیف نمود. کیفیت زندگی از شش بعد روان‌شناختی، روابط اجتماعی، محیطی، جسمانی، سطوح استقلال و معنویات تشکیل شده است (Lee, 2008). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به شکل تصورات و همچنین درک اشخاص نسبت به وضعیتشان در نظام‌های ارزشی و فرهنگی که مرتبط با اهداف، آرمان‌ها، انتظارات و علایق فرد است، تعریف نموده است (Barcaccia et al, 2013).

همچنین خواب و سلامت جنسی تأثیر متقابل پیچیده‌ای دارند. برای بسیاری، خواب و رابطه جنسی برای سلامت جسمی، عاطفی و روانی بسیار مهم است. کیفیت پایین خواب با تعداد بیشماری از بیماری‌ها از بیماری عروق کرونر گرفته تا اختلال افسردگی اساسی مرتبط است. به همین ترتیب، کاهش فراوانی فعالیت جنسی با کاهش وضعیت سلامت خود ارزیابی می‌شود (Lue, 2000). کیفیت زندگی جنسی یکی از موضوعات اساسی در زمینه سلامت جنسی است و به گفته محققان، به احساس کتش جنسی، علاقه و مشارکت در فعالیت جنسی و ادراک عملکرد جنسی اشاره دارد که به درجه رضایت و سطح کیفیت عمومی زندگی ارتباط متقابل دارد. به گونه‌ای که کیفیت پایین زندگی جنسی می‌تواند نشانه‌ای از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی عمومی افراد جامعه باشد (DeLamater & Karraker, 2009).

علاوه بر این تحقیقات نشان داده است که کمال‌گرایی می‌تواند باعث کاهش کیفیت خواب شود. کمال‌گرایی ابزاری پیچیده و چند بعدی است که پیامدهای آن به رفتارهای سازگار و ناسازگار مربوط می‌شود. تحقیقات نشان داده است که کمال‌گرایی با اختلالات خواب مرتبط است (پورمحسنی، ۱۳۹۲). کمال‌گرایی نقش مهمی در آسیب‌شناسی، سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی ایفا می‌کند (Bernert et al, 2011). کمال‌گرایان همیشه به دنبال کامل‌ترین راه حل هستند و می‌خواهند همه چیز عالی باشد، در غیر این صورت خود را درگیر یک شکست کامل می‌دانند (Rice et al, 2014). فرد کمال‌گرا همواره ترس دارد که کارش به نحو احسن انجام نشد و همواره در معرض اضطراب است. از این رو همیشه درگیر تکرار و دوباره کاری می‌شود، مانند فردی که از انجام صحیح این کار می‌ترسد، مدام روند کار را بررسی می‌کند و این عمل را بارها تکرار می‌کند (Curran & Hill, 2014). کمال‌گرایی می‌تواند کیفیت خواب را از طریق افکار خودآیند منفی تحت تأثیر قرار دهد و تکرار این افکار منفی تکراری یکی از عوامل مهم در تداوم اختلالات خواب است (Pillai & Drake, 2015). اشکال معمول تفکر منفی مکرر شامل نگرانی و نشخوار فکری است که هر دو به عنوان علل اصلی بالقوه اختلالات خواب در نظر گرفته می‌شوند (Carney et al, 2010). نگرانی و نشخوار فکری باعث استرس فیزیکی و ناراحتی عاطفی می‌شود که منجر به مشکلات خواب و کمبود واقعی خواب می‌شود (Egan et al, 2011).

به‌طور کلی زنان بیشتر از مردان دچار اختلالات خواب می‌شوند. از این رو این موضوع در اولویت نخست بررسی سلامت عمومی زنان قرار دارد. تجربیات زنان مبتلا به اختلالات خواب و تأثیرات زیست‌شناسی زنان بر خواب نسبتاً جدید است (Jannini & Nappi, 2018). از سوی دیگر داده‌های موجود نشان می‌دهد که مشکلات خواب بسیار شایع است، آگاهی از خواب محدود است و اختلالات خواب نشان‌دهنده یک موضوع بهداشت عمومی ناکافی شناخته شده در کشورها است (Reimer et al, 2013). با توجه به اهمیت موضوع اختلال خواب و براساس مطالب ذکر شده، در تحقیق حاضر به این سوال پاسخ داده شده است که آیا متغیرهای کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی می‌تواند نقش پیش‌بینی‌کنندگی اختلال خواب را ایفا نمایند؟

روش تحقیق

تحقیق حاضر در زمره تحقیقات تحلیلی-توصیفی از نوع همبستگی و از نظر هدف در زمره تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه زنان متأهل مناطق ۱ و ۳ تهران در سال ۱۴۰۱ که براساس تشخیص پزشک دارای علائم اختلال خواب بودند. با توجه به حجم جامعه و با استفاده از روش فیدل تاپاچینگ ۱۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیارهای ورود و خروج مشخص انتخاب شدند. از جمله معیارهای ورود می‌توان به بازه سنی ۲۰-۴۵، عدم مشکلات روانپزشکی و بیماری‌های روانی، عدم مصرف مواد مخدر و... اشاره نمود. همچنین معیارهای خروج شامل درخواست طلاق در حین پژوهش، عدم پاسخ به پرسشنامه‌ها و رخداد مرگ عزیزان در سه ماهه اخیر اشاره نمود. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS از نظر آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت و در قسمت آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده می‌شود و داده‌ها در قالب جداول و نمودارها ارائه شد و در قسمت آمار استنباطی از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. همچنین سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

پرسشنامه‌های مورد استفاده در تحقیق به شرح زیر می‌باشد:

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: پرسشنامه پیتزبورگ دارای ۷ مقیاس است که عبارتند از کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب (نسبت طول خواب مفید به زمان سپری شده در رختخواب)، اختلالات خواب (بیدار شدن در شب)، مقدار مصرف داروی خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه (مشکلات ناشی از بی‌خوابی در طول روز). نمره هر مقیاس بین ۰ تا ۳ است و نمره ۳ در هر مقیاس نشان دهنده حداکثر منفی است. نمره کل این پرسشنامه ۰ تا ۲۱ است و نمره کل ۶ به بالا نشان دهنده کیفیت خواب نامناسب است. پایایی پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد شده است (نجفی و همکاران، ۲۰۱۴). در این تحقیق نیز پایایی آن ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: ابزار عمومی سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت است که توسط ویر و شربون تهیه شده است، شامل ۳۶ سؤال در دو بعد اصلی جسمی و روانی است که هشت قلمرو مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و در هر دو گروه بیمار و سالم کاربرد دارد. در حال حاضر فرم ۳۶ سؤالی به علت کوتاه و جامع بودن از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا است. فرم ۳۶ سؤالی متشکل از عباراتی است که در قالب هشت خرده مقیاس شامل عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، سلامت روانی و نیز یک عبارت درباره تغییر در وضعیت سلامت گنجانده شده است و به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از عالی تا ضعیف و بلی و خیر برای پاسخ‌دهی به سؤالات متفاوت این ابزار استفاده می‌شود. روش نمره‌گذاری فرم ۳۶ سؤالی به صورت نمره مجزا برای هر یک از خرده مقیاس‌ها و نمره‌ای برای دو بخش کلی سلامت جسمی و سلامت روانی و بر اساس راهنمای ویژه آن صورت می‌پذیرد. حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بخش یا خرده مقیاس ۱۰۰ و حداقل امتیاز ۰ می‌باشد که نمرات بالا دلالت بر وضعیت سلامت بهتر و نمرات پایین دلالت بر وضعیت سلامت ضعیف‌تر دارند. اسحاقی و همکاران در سال ۲۰۰۶ روایی و پایایی پرسشنامه را برای سالمندان به روش ثبات درونی بالای ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش نمودند. احمدی و همکاران در سال ۱۳۸۳ ضریب آلفای کرونباخ برای همخوانی داخلی و روایی آن را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ به دست آوردند. منتظری و همکاران نیز در سال ۱۳۸۴ پایایی پرسشنامه کیفیت را با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی آزمون روایی آن را با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده و روایی همگرا مورد ارزیابی قرار دادند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱۲ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی زنان: پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی زنان توسط سیموندز و همکاران در سال ۲۰۰۵ تهیه و اعتباریابی شد. این پرسشنامه از ۱۸ گویه تشکیل شده است. شیوه نمره‌گذاری آن براساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت از ۱ تا ۶ است. حداقل نمره در آن ۱۸ و حداکثر آن ۱۰۸ است. نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی جنسی بالاتر می‌باشد (Symonds et al, 2005). در ایران این پرسشنامه توسط معصومی و همکاران (۱۳۹۱) اعتباریابی شده است. در تحقیق آن‌ها میزان پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه گردید. همچنین در این تحقیق میزان پایایی ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی: مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی در سال ۱۳۸۶ توسط بشارت ساخته شد. این مقیاس دارای ۳۰ گویه و سه خرده مقیاس کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار است. این مقیاس در طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است حداقل نمره در این مقیاس ۳۰ و حداکثر آن ۱۵۰ است. نمرات بالاتر در آن نشان‌دهنده کمال‌گرایی بیشتر می‌باشد. بشارت در سال ۱۳۸۶ پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه نمود که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن بود. در این پژوهش پایایی مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته‌ها

براساس یافته‌های تحقیق میانگین سن شرکت‌کنندگان در آزمون $36/23 \pm 3/46$ بود. از نظر سطح تحصیلات نیز بیشتر شرکت‌کنندگان (۳۲/۴۶ درصد) دارای سطح سواد فوق دیپلم بودند. به‌منظور بررسی متغیرها در مرحله اول از شاخص‌های توصیفی استفاده شد. نتایج مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق را می‌توان در جدول (۱) مشاهده نمود.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی نمره متغیرهای مطالعه

مقیاس	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اختلال خواب	۹/۴۷	۲/۴۱	۶	۱۷
کیفیت زندگی	۵۸/۰۴	۲/۵۳	۶	۱۹
کیفیت جنسی	۱۱/۹۱	۵/۲۸	۱۸	۱۰۰
کمال‌گرایی	۸۷/۴۲	۵/۱۷	۳۰	۱۴۲

در مرحله بعد برای انجام آزمون‌های آماری، نرمال بودن متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. برای این منظور از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان‌دهنده معناداری متغیرهای تحقیق در سطح معناداری آزمون بود. سپس به‌منظور بررسی ارتباط میان متغیرهای تحقیق از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج مربوط به آزمون همبستگی پیرسون را می‌توان در جدول (۲) مشاهده نمود.

جدول ۲- نتایج مربوط به آزمون همبستگی پیرسون

متغیر	اختلال خواب	کیفیت زندگی	کیفیت جنسی	کمال‌گرایی
اختلال خواب	۱			
کیفیت زندگی	-۰/۳۰۸**	۱		
کیفیت جنسی	-۰/۲۲۰**	۰/۲۴۶*	۱	
کمال‌گرایی	-۰/۴۴۱	-۰/۱۷۵*	-۰/۱۷۹*	۱

براساس نتایج جدول (۲) می‌توان گفت که اختلال خواب دارای رابطه منفی و معنادار با کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی است. همچنین رابطه بین کمال‌گرایی با کیفیت زندگی و کیفیت جنسی منفی و معنادار است. علاوه بر این کیفیت جنسی و کیفیت زندگی دارای رابطه مثبت با یکدیگر هستند.

در ادامه به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. به منظور بررسی پیش‌فرض استقلال خطاها و شدت همخطی چندگانه در آزمون رگرسیون، از آزمون وایف و دورین واتسون استفاده شد. میزان آماره دورین واتسون برای متغیرهای پیش‌بین ۲/۰۳ به دست آمد و عامل تورم برای سه متغیر کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی به ترتیب ۴/۱۵، ۱/۳۷ و ۱/۴۹ بود. فرض هم خطی چندگانه به خاطر اینکه عامل تورم متغیرهای پیش‌بین کمتر از ۱۰ بود، رد شد. همچنین با توجه به اینکه مقدار آماره دورین واتسون بین بازه ۲/۵-۱/۵ قرار داشت، بنابراین فرض همبستگی باقیمانده‌ها رد شد ($P \leq 0.05$).

در جدول (۳) می‌توان خلاصه مدل پیش‌بینی اختلال خواب براساس متغیرهای کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی را مشاهده نمود. با توجه به یافته‌های جدول (۳) شاخص مجذور R تعدیل شده نشان می‌دهد ۶۳/۱ درصد از تغییرات اختلال خواب ناشی از کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی است ($P \leq 0.05$).

جدول ۳- خلاصه مدل پیش‌بینی اختلال خواب براساس متغیرهای کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد	میزان تغییر ضریب تعیین	میزان تغییر F	df1	df2	میزان تغییر معناداری F
۱	۰/۷۳۸ ^a	۰/۶۴۵	۰/۶۳۱	۰/۰۰۳	۰/۶۳۱	۸۶۹/۰۱۹	۳	۱۹۷	۰/۰۰۱

a. پیش‌بین‌ها: (ثابت)، کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی. b. متغیر وابسته: اختلال خواب

برای مشخص کردن میزان تأثیر هر یک از این ویژگی‌های پیش‌بین در ادامه از ضرایب رگرسیونی استفاده شد. نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون را می‌توان در جدول (۴) مشاهده کرد.

جدول ۴- خلاصه نتایج آزمون رگرسیون چندگانه

P	خطای استاندارد	t	Beta	F	R ²	R	متغیر پیش‌بین
۰/۰۱	-۰/۰۱۳	۱۸/۷۸	-۰/۵۶۲	۳۲/۵۴۱	۰/۲۴	-۰/۲۶	کیفیت زندگی
۰/۰۱	-۰/۰۹۲۱	-۷/۲۶	-۰/۲۷۴	۱۶/۳۷	۰/۱۲	۰/۱۴	کیفیت جنسی
۰/۰۰۱	-۰/۰۳۲	-۱۱/۳۵	-۰/۳۲۴	۲۴/۷۴۲	۰/۲۱	۰/۲۵	کمال‌گرایی

بر اساس نتایج جدول (۴) می‌توان گفت که با توجه به سطوح معناداری به دست آمده ($P < ۰/۰۵$)، مقدار آماره F و در نتیجه مدل‌های رگرسیون معنادار هستند. بر اساس مقادیر ضریب تعیین تعدیل شده برای هر کدام از متغیرهای پیش‌بین، می‌توان چنین گفت که کیفیت زندگی توانسته است ۲۴ درصد از تغییرات اختلال خواب در جامعه آماری را به صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی کند. همچنین کیفیت جنسی توانسته است ۱۲ درصد از تغییرات اختلال خواب در جامعه آماری را به صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی کند. علاوه بر این کمال‌گرایی توانسته است ۲۱ درصد از تغییرات اختلال خواب در جامعه آماری را به صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی کند ($P \leq ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از تحقیق حاضر، پیش‌بینی اختلال خواب بر اساس کیفیت زندگی، کیفیت جنسی و کمال‌گرایی در زنان متأهل شهر تهران بود. با توجه به شایع‌تر بودن اختلال خواب در زنان بیشتر از مردان، موضوع اختلال خواب در زنان دارای اهمیت است. بر اساس نتایج ارائه شده، مشخص گردید که کیفیت زندگی می‌تواند ۲۴ درصد از تغییرات اختلال خواب در جامعه آماری را به صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی کند. نتایج تحقیق با نتایج تحقیق Baldwin و همکاران (۲۰۰۱)، Léger و همکاران (۲۰۰۱) و Darchia و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کیفیت زندگی ساختاری چند بعدی است. به گفته سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی نه تنها جنبه‌های جسمی و اجتماعی را شامل می‌شود، بلکه جنبه‌های روانی را نیز شامل می‌شود. مطالعات قبلی نشان داده است که عوامل روانی مانند اضطراب، افسردگی، درد و ناراحتی جسمی و تداخل آن‌ها با فعالیتهای روزمره سبب کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شود که خود اختلالاتی چون اختلال خواب را به دنبال دارد. کیفیت زندگی بر عملکردهای زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد که با تغییر در علائم اختلال خواب و بی‌خوابی همراه است. طبق مطالعات انجام شده توسط Komada (۲۰۱۱)، طی یک دوره دو ساله با مشارکت ساکنان مناطق روستایی ژاپن، در اولین نظرسنجی، ۳۱ درصد افراد دچار بی‌خوابی بودند، اما پس از دو سال، در معاینه مجدد، ۶۱ درصد به طور متوالی مشکلات خواب را گزارش کردند. علاوه بر این Krystal و همکاران نیز (۲۰۰۸) بر این باورند که بین کیفیت زندگی و کیفیت خواب رابطه متقابلی وجود دارد.

بر اساس دیگر یافته تحقیق کیفیت جنسی می‌تواند ۱۲ درصد از تغییرات اختلال خواب در جامعه آماری را به صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی کند. نتایج با نتایج تحقیقات Andersen و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. تحقیقات قبلی الگوهای قابل پیش‌بینی ارتباط بین استرس و اختلالات اضطرابی و بی‌خوابی را نشان داده بودند و همچنین نشان داده شده بود که استرس به طور نامطلوبی بر عملکرد جنسی اثر می‌گذارد. به عبارتی عواملی چون استرس افسردگی، اضطراب و ... به طور قابل توجهی سبب کاهش کیفیت جنسی می‌شوند و این امر خود سبب کاهش کیفیت خواب و افزایش اختلالات خواب می‌شود. Andersen و همکاران (۲۰۱۰) دریافته‌اند که کاهش کیفیت جنسی سبب کاهش زمان صرف شده در خواب و خواب تکه تکه می‌شود. Lee و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که درد و خشکی واژن ناشی از کیفیت جنسی پایین، سبب می‌گردد تا فرد به

اختلالات خواب چون بی‌خوابی دچار شود. همچنین در زنان، تغییرات غدد درون ریز، به ویژه تعدیل سطح استرادیول‌ها و آندروژن‌ها پس از یائسگی، با کاهش میل جنسی و برانگیختگی ذهنی، از طریق مکانیسم‌های مستقیم و غیرمستقیم مرتبط است که خود سبب افزایش بی‌خوابی در آن‌ها می‌شود. Kling و همکاران (۲۰۱۷) با استفاده از داده‌های مطالعه مشاهده‌ای ابتکار سلامت زنان (WHI)، ارتباط مقطعی قوی بین مدت زمان خواب کوتاه‌تر و نمرات بی‌خوابی بالاتر و کاهش فعالیت جنسی شریک و رضایت جنسی مشاهده کردند.

علاوه بر این نتایج نشان داد که کمال‌گرایی می‌تواند ۲۱ درصد از تغییرات اختلال خواب را پیش‌بینی کند. نتایج با نتایج تحقیقات طباطبائی و همکاران (۱۴۰۰) و شیری (۲۰۱۸) همسو بود. مهربانیان و رحمانی (۲۰۱۸) نشان دادند که بین کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی با اضطراب در افراد مبتلا به افسردگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین اضطراب و افسردگی از علل اختلالات خواب هستند. به‌طور کلی کمال‌گرایی در افراد ناشی از تقویت منفی و ترس از شکست است. افراد کمال‌گرا تمایل دارند از خود انتقاد کنند. آنها خود و محیط اطراف را برای رسیدن به استانداردهای بالای خود کافی نمی‌دانند. نهنگام خواب ممکن است به رفتارهای مرتبط با دانشگاه، محل کار و روابط بین فردی توجه بیشتری داشته باشند و از آنها انتقاد کنند که بر کیفیت خواب آنها تأثیر منفی دارد. همچنین کمال‌گرایی با افزایش اضطراب و برانگیختگی مرتبط است و این افزایش اضطراب منجر به شروع تأخیر خواب پنهان و کاهش کل زمان خواب می‌شود. دو اثر مهم در کمال‌گرایی وجود دارد که شامل نگرانی و نشخوار فکری مداوم است که خود می‌تواند کیفیت خواب افراد را تحت تأثیر قرار دهد. افرادی که سطح بالاتری از کمال‌گرایی ناسازگار دارند، بیش از حد نگران دستیابی به اهداف غیرواقعی هستند و هرگز در آن احساس «خوبی» ندارند. این احساسات ممکن است باعث پاسخ‌های روانی (عمدتاً نشخوار فکری و نگرانی) و فیزیولوژیکی شوند و به نوبه خود مهار طبیعی ناشی از خواب را مهار می‌کند و منجر به اختلالات گذرا در خواب می‌شود.

تحقیق حاضر نیز همچون سایر تحقیقات علمی دارای محدودیت‌هایی است. از جمله آن‌ها می‌توان به این مورد اشاره کرد که گردآوری داده‌های پژوهش حاضر از طریق خودگزارشی (استفاده از پرسشنامه) می‌تواند سبب کاهش روایی داده‌ها تحت تأثیر سوءگیری مطلوبیت اجتماعی قرار گیرد. بنابراین باید در این رابطه نیز احتیاط نمود. از این رو پیشنهاد می‌گردد از روش مصاحبه بالینی برای گردآوری داده‌ها استفاده کرد تا نتایج واقعی‌تر و کمتر تحت تأثیر سوءگیری مطلوبیت اجتماعی باشد. با توجه به پیشینه پژوهش و مطالعاتی که در این حوزه صورت پذیرفته است، به نظر می‌رسد که این مطالعه بتواند زمینه‌ای را برای شناسایی متغیرهایی که می‌توانند بر اختلال خواب موثر باشند، فراهم نماید. بنابراین پیشنهاد می‌گردد مداخلات درمانی را به‌صورت دوره‌هایی مجازی و یا در صورت امکان حضوری طراحی نمود که به افراد راه مقابله با شرایط پرفشار و بحرانی آموزش داده شود که بتوان اضطراب ناشی از این شرایط را کنترل نمود و مداخلاتی توسط روانشناسان و مشاوران در این حوزه طراحی بشود که روی اختلال خواب افراد تأثیرگذار باشد و بتوان آن را کنترل کرد. همچنین بتوان از نتایج این پژوهش به‌عنوان ایده‌ای در مطالعات آینده در این حوزه استفاده کرد.

منابع

- پورمحسنی، ف. (۱۳۹۲). تأثیر نشخوار ذهنی و نگرانی در آشفتگی‌های خواب. مجله دانشور پزشکی، ۲۱(۱۰۸)، ۱۹-۳۰.
- محمدشاهی، م.، حسینی، ا.، حلی، ب.، حقیقی زاده، م.، ابوالفتحی، م. (۱۳۹۶). بررسی اثر مصرف مکمل ویتامین D بر کیفیت خواب در افراد بالغ مبتلا به اختلال خواب، مجله علوم پزشکی تهران، ۷۵(۶)، ۴۴۲-۴۴۸.

Andersen, M. L., Alvarenga, T. F., Mazaro-Costa, R., Hachul, H. C., & Tufik, S. (2011). The association of testosterone, sleep, and sexual function in men and women. *Brain research*, 1416, 80-104.

- Baldwin, C. M., Griffith, K. A., Nieto, F. J., O'connor, G. T., Walsleben, J. A., & Redline, S. (2001). The association of sleep-disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the Sleep Heart Health Study. *Sleep*, 24(1), 96-105.
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: a wild-goose chase?. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203.
- Bernert, R. A., Timpano, K. R., Peterson, C. B., Crow, S. J., Bardone-Cone, A. M., Le Grange, D., ... & Joiner, T. E. (2013). Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. *Personality and individual differences*, 54(2), 231-235.
- Besharat, M., & Bagheri, S. (2013). Meditating Role of Rumination and Worry on the Relationship between Locus of control with Depression and Anxiety. *Journal of Modern Psychological Researches*, 7(28), 41-63.
- Carney, C. E., Harris, A. L., Moss, T. G., & Edinger, J. D. (2010). Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behaviour research and therapy*, 48(6), 540-546.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological bulletin*, 145(4), 410.
- Darchia, N., Oniani, N., Sakhelashvili, I., Supatashvili, M., Basishvili, T., Eliozishvili, M., ... & Cervena, K. (2018). Relationship between sleep disorders and health related quality of life—results from the Georgia SOMNUS study. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1588.
- DeLamater, J., & Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Current psychiatry reports*, 11(1), 6-11.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203-212.
- Frances, A. (2013). *Essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenge of DSM-5*. Guilford Publications.
- Golpour, R., Abolghasemi, A., Ahadi, B., & Narimani, M. (2014). The effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on quality of life with depression disorder. *Journal of clinical psychology*, 6, 53-64.
- Jannini, E. A., & Nappi, R. E. (2018). Couplepause: a new paradigm in treating sexual dysfunction during menopause and andropause. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 384-395.
- Johann, A. F., Hertenstein, E., Kyle, S. D., Baglioni, C., Feige, B., Nissen, C., ... & Spiegelhalder, K. (2017). Perfectionism and polysomnography-determined markers of poor sleep. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(11), 1319-1326.
- Kermansaravi, D., Montazeri, A., & Bayat, M. (2010). Compare health related quality of life housewives and employed women. *Quarterly Monitoring*, 11(1), 111-6.
- Kling, J. M., Manson, J. E., Naughton, M. J., Temkit, M. H., Sullivan, S. D., Gower, E. W., ... & Crandall, C. J. (2017). Association of sleep disturbance and sexual function in postmenopausal women. *Menopause (New York, NY)*, 24(6), 604.
- Komada, Y., Nomura, T., Kusumi, M., Nakashima, K., Okajima, I., Sasai, T., & Inoue, Y. (2011). Correlations among insomnia symptoms, sleep medication use and depressive symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(1), 20-29.
- Krystal, C. A., KYLE, S. D., EDINGER, J. D., MEANS, M. K., CARNEY, C. E., & KRYSTAL, A. D. (2008). Psychomotor Performance Deficits and Their Relation to Prior Nights' Sleep Among Individuals with Primary Insomnia. *Commentary. Sleep (New York, NY)*, 31(5).
- Lee, Y. J. (2008). Subjective quality of life measurement in Taipei. *Building and Environment*, 43(7), 1205-1215.

- Lee, D. M., & Tetley, J. (2019). Sleep quality, sleep duration and sexual health among older people: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 147-154.
- Léger, D., Scheuermaier, K., Philip, P., Paillard, M., & Guilleminault, C. (2001). SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosomatic medicine*, 63(1), 49-55.
- Leproult, R., Copinschi, G., Buxton, O., & Van Cauter, E. (2010). Sleep loss results in an elevation of cortisol levels the next evening. *Sleep*, 20(10), 865-870.
- Lue, T. F. (2000). Erectile dysfunction. *New England journal of medicine*, 342(24), 1802-1813.
- Maasoumi, R., Lamyian, M., Montazeri, A., Azin, S. A., Aguilar-Vafaie, M. E., & Hajizadeh, E. (2013). The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reproductive health*, 10(1), 1-6.
- Mehrabian, T., & Rahmani, F. (2018). Prediction of Insomnia Severity Based on Cognitive and Emotional Variables and Personality Traits Presented by DSM-5 in Students of Kurdistan University in 2016. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(11), 1025-1040.
- MOHAMMADIAN, M., KHOSRAVI, A., NOHI, S., & MOUSAVI, S. A. (2018). Factor associated with self-reported sleep quality in adults-a population based study.
- Mousavi Asl, S. E., Alizadeh, T., & Sheikh, M. (2015). Prevalence of Sleep disturbances among medical students of Yasuj University of Medical Sciences. *Aligoodarz Nurs. Coll. Anal. Res. J*, 6, 55-62.
- Nazifi, M., Mokarami, H., Akbaritabar, A., Kalte, H. O., & Rahi, A. (2014). Psychometric properties of the Persian translation of Pittsburgh sleep quality index. *Health Scope*, 3(2).
- Paudel, K., Adhikari, T. B., Khanal, P., Bhatta, R., Paudel, R., Bhusal, S., & Basel, P. (2022). Sleep quality and its correlates among undergraduate medical students in Nepal: A cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*, 2(2), e0000012.
- Pien, G. W., & Schwab, R. J. (2004). Sleep disorders during pregnancy. *Sleep*, 27(7), 1405-1417.
- Pillai, V., & Drake, C. L. (2015). Sleep and repetitive thought: the role of rumination and worry in sleep disturbance. *Sleep and affect*, 201-225.
- Reimer, M. A., & Flemons, W. W. (2013). Quality of life in sleep disorders. *Sleep medicine reviews*, 7(4), 335-349.
- Rice, K. G., & Richardson, C. M. (2014). Classification challenges in perfectionism. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 641.
- Schwenkhagen, A. (2007). Hormonal changes in menopause and implications on sexual health. *The journal of sexual medicine*, 4(Supplement_3), 220-226.
- Shairi, M. R. (2018). The relationship of the Intolerance of uncertainty and worry and metacognitive beliefs in people with depressive symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5(2), 15-26.
- Soltani, R., Agamohammadian, H., & Ghanaee, A. (2014). Effect of exercise on public health, quality of sleep and quality of life of students Ferdowsi University of Mashhad. *J Gazvin Uni Med Sci*, 17(11), 39-46.
- Symonds, T., Boolell, M., & Quirk, F. (2005). Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of sex & marital therapy*, 31(5), 385-397.
- World Health Organization. (2004). WHO technical meeting on sleep and health: Bonn Germany, 22-24 January 2004 (No. WHO/EURO: 2004-4242-44001-62044). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Young, T. B. (2004). Epidemiology of daytime sleepiness: definitions, symptomatology, and prevalence. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl 16), 12-16.