

Comparing Stress Reactivity, Coping and Life Styles in People with and without Insomnia

Narimani M¹, Mahmoodzadeh S*², Basharpour S³

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardebil, Ardebil

2. Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardebil, Ardebil

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardebil, Ardebil

* *Corresponding author.* Tel: +989397079099, E-mail: mahmoodzadeh.sepideh@gmail.com

Received: Jan 2, 2018 Accepted: Mar 28, 2018

ABSTRACT

Background & objectives: This study aims to compare stress reactivity, coping and life styles in people with and without insomnia.

Methods: Among a population of all patients with insomnia disorder who attended Psychology and Psychiatry clinics in the first semester of 2017 and were diagnosed with insomnia, 30 persons were selected through non-random sampling. On the other hand, other 30 persons were selected as a comparing group from the main population. The two groups were matched as much as possible on age, gender, education, and marital status. Data were collected using Insomnia Severity Index (ISI), Perceived Stress Reactivity Scale (PSRS), Andler & Parker Coping Style Questionnaire, and Lifestyle Questionnaire (LSQ). Data were analyzed by means of multivariate analysis of variance.

Results: These findings show that, there is a significant difference between stress reactivity and its entire component in both groups. In other words, patients' group shows sever reaction to problem focused coping style, Emotion focused coping style and avoidance oriented coping style. This means that patients had higher stress reactivity than normal people. Predominant coping style in normal group were problem-focused and avoidance. In addition, prevailing coping style in patient group was emotion-focused. There was also a significant difference between patient and normal groups in terms of physical health, sports and fitness, disease prevention, mental health, spiritual health, social health drug avoidance and drug abuse and prevention of accidents.

Conclusion: It can be concluded that the normal group have higher score in components of life style and their life style is better. However, in terms of weight control, nutrition and environmental health, no significant difference was found between two groups. It can also be concluded that patient group have high reaction to stress and mostly use emotion focused coping style and have low score in life style components. Since the pathophysiology of insomnia can be considered as a psychophysiological hyperarousal status, higher Stress Reactivity with activating the hypothalamus-pituitary-adrenal axis can lead to increase insomnia. Emotion focused coping style by controlling emotional responses and physiological arousal to reduce stress, leads to arousal and insomnia. Lifestyle can also lead to insomnia through affecting the biological mechanisms.

Keywords: Stress Reactivity; Coping Styles; Life Styles; Insomnia

مقایسه واکنش‌پذیری به استرس، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های زندگی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی

محمد نریمانی^۱، سپیده محمودزاده^{۲*}، سجاد بشرپور^۳

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۳۹۷۰۷۹۰۹۹ ایمیل: mahmoodzadeh.sepideh@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: هدف این مطالعه، مقایسه واکنش‌پذیری به استرس، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های زندگی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود.

روش کار: روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود که در نیمه دوم سال ۹۵ به مراکز روانپزشکی و روانشناسی شهر گنبد کاووس مراجعه کرده و اختلال بی‌خوابی آن‌ها توسط روانپزشک یا روانشناس تشخیص داده شده بود. تعداد ۳۰ نفر از این جامعه با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند، تعداد ۳۰ نفر نیز از جامعه افراد عادی با همین روش به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. دو گروه از نظر متغیرهای سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل تا حد امکان همتا شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های شاخص شدت بی‌خوابی (ISI)، واکنش‌پذیری به استرس ادراک شده (PSRS)، راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر و سبک‌های زندگی (LSQ) استفاده شد. اطلاعات بدست آمده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین واکنش‌پذیری به استرس و تمام زیرمولفه‌های آن در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که گروه بیمار نسبت به گروه سالم واکنش‌پذیری به استرس بالاتری دارند. راهبرد مقابله‌ای غالب گروه سالم، راهبرد مساله‌مدار و اجتنابی و راهبرد مقابله‌ای غالب گروه بیمار راهبرد هیجان‌مدار بود و در مقایسه سبک‌های زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد که بیانگر سبک زندگی بهتر گروه افراد سالم نسبت به گروه افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود.

نتیجه‌گیری: می‌توان این‌طور نتیجه‌گیری کرد که افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی نسبت به افراد غیرمبتلا واکنش‌پذیری به استرس بالاتری دارند، بیشتر از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و در مولفه‌های سبک‌زندگی نمره کمتری می‌گیرند. از آنجایی که پاتوفیزیولوژی بی‌خوابی را می‌توان یک وضعیت برانگیختگی سایکوفیزیولوژیک در نظر گرفت، لذا واکنش‌پذیری به استرس بالا، با فعالیت بیشتر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال می‌تواند منجر به افزایش بی‌خوابی می‌شود. مقابله هیجان‌مدار نیز با مهار پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش فشار روانی منجر به برانگیختگی شده و بی‌خوابی به دنبال دارد. سبک‌های زندگی نیز می‌تواند با تحت تاثیر قراردادن ساز و کارهای زیست‌شناختی منجر به اختلال بی‌خوابی شوند.

واژه‌های کلیدی: واکنش‌پذیری به استرس، راهبردهای مقابله‌ای، سبک‌های زندگی، اختلال بی‌خوابی

مقدمه

خواب برای حفظ سلامت جسمانی و روانی انسان ضروری است. برآورده‌نشدن این نیاز فیزیولوژیک می‌تواند حیات انسان را به خطر بیندازد (۱). اختلال خواب وضعیتی است که با مختل شدن الگو یا رفتارهای مربوط به خواب مشخص می‌شود. حدود یک سوم افراد بالغ در طول عمر خود نوعی اختلال خواب را تجربه می‌کنند که بی‌خوابی^۱ شایع‌ترین و شناخته شده‌ترین آن‌ها است (۲). ویژگی اصلی اختلال بی‌خوابی، نارضایتی از کیفیت یا کمیت خواب، همراه با شکایت‌هایی در مورد شروع کردن یا حفظ کردن خواب است (۳). محققان عوامل متعددی نظیر سن، جنس، عوامل محیطی و شغل را در میزان بروز اختلالات خواب دخیل دانسته‌اند (۲). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیکی، محیطی، خلق و خوئی و روانشناختی را به عنوان عوامل اثرگذار بر اختلال بی‌خوابی معرفی کرده است. اختلالات خواب به احتمال بیشتر زمانی روی می‌دهد که افراد مستعد با رویدادهای تسریع‌کننده، مانند رویدادهای زندگی عمده (مثل جدایی، بیماری و...) یا استرس نه‌چندان شدید، ولی مزمن مواجه می‌شوند. اغلب افراد بعد از اینکه این رویدادهای راه‌انداز اولیه ناپدید شد، الگوی خواب عادی را از سر می‌گیرند، اما دیگران، شاید آن‌هایی که از بی‌خوابی آسیب‌پذیرند، ممکن است همچنان مشکلات خواب بادوام داشته باشند (۴). شواهد نشان داده است که ژن‌ها ممکن است تأثیرشان بر بی‌خوابی را از طریق واکنش‌پذیری به استرس^۳ یا تفاوت در پاسخ به استرس نشان دهند. افراد مبتلا به اختلال خواب، شواهدی از برانگیختگی بیشتر و فعالیت کلی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۴ نشان می‌دهند (مثل افزایش سطح

کورتیزول^۵، تغییرپذیری ضربان قلب، میزان سوخت و ساز و واکنش‌پذیری به استرس). در مجموع یافته‌ها با این فرضیه هماهنگ هستند که برانگیختگی فیزیولوژیکی و شناختی بیشتر، نقش قابل توجهی در اختلال بی‌خوابی ایفا می‌کند (۴). واکنش‌پذیری به استرس به عنوان یک سرشت که زمینه‌ساز تفاوت‌های فردی در پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روانی به استرس است تعریف می‌شود (۵). به عبارت دیگر مفهوم زیستی-روانی^۶ واکنش‌پذیری به استرس تفاوت‌های فردی مرتبط بین استرس و بیماری را توضیح می‌دهد (۶). شالتر^۷ و همکاران بیان کردند واکنش استرس درک شده با نشانه‌های افسردگی و خواب رابطه دارد. این ارتباط به خصوص زمانی قوی بود که افراد در معرض استرس مزمن قرار داشتند (۷). در مطالعه یانگ^۸ با هدف مقایسه افراد مبتلا به ناهنجاری‌های خواب با افراد مبتلا به بی‌خوابی و افراد سالم در چگونگی پاسخ به استرس روانی با اندازه‌گیری برانگیختگی خودمختار و ارزیابی ذهنی از استرس به طور کلی بین گروه‌ها اختلافی مشاهده نشد (۸). در مطالعه مدل حیوانی افسردگی توسط فنزل^۹ و همکاران، شواهد حمایت‌کننده این بود که موش‌هایی که استعداد ژنتیکی بیشتری به برانگیختگی محور HPA دارند، در پاسخ به استرس، الگوی خواب آشفته نشان دادند، شبیه به آنچه در بیماران افسرده دیده می‌شود (۹). هاروی^{۱۰} و همکاران نیز در مدل زیستی-روانی-رفتاری آسیب‌پذیری به بی‌خوابی بیان کردند روان‌رنجوری و ژنتیک هر دو منجر به واکنش‌پذیری به استرس می‌شود که بی‌نظمی‌های خواب را به دنبال دارد (۱۰). در مطالعه جرمن^{۱۱} و همکاران، بین واکنش‌پذیری به استرس در افراد مبتلا

⁵ Cortisol

⁶ Psychobiological

⁷ Schlotz

⁸ Young

⁹ Fenzl

¹⁰ Harvey

¹¹ Gehrman

¹ Insomnia

² American Psychological Association (APA)

³ Stress Reactivity

⁴ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis

و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود نداشت (۱۱).

تحقیقات زیادی در دهه گذشته در مورد چگونگی مقابله افراد با تنش روانی صورت گرفته است که بیان می‌کند نقش تنش روانی در بهزیستی کم اهمیت‌تر از ارزیابی و مقابله فرد با تنش روانی است (۱۲). لذا روانشناسی سلامت، برای نقش راهبردهای مقابله^۱ با استرس در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است. راهبردهای مقابله‌ای به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده‌اند (۱۳). به طور کلی راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه تلاش‌های فرد است که در جهت تعبیر، تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و به کاهش رنج ناشی از آن تنش منجر می‌شود (۱۴). راهبردهایی که افراد برای حل یا حذف کردن عامل استرس‌زا به کار می‌برند، شامل مقابله مساله‌مدار^۲، مقابله هیجان‌مدار^۳ و مقابله اجتنابی^۴ است (۱۵). راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده و یا تغییر دهد. راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل کوشش‌هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش‌زا است و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجان‌های حاصله از موقعیت تنش‌زا حفظ می‌کند (۱۳) و مقابله اجتنابی نیز تلاش‌های شناختی و رفتاری برای کاهش دادن، انکار یا نادیده گرفتن موقعیت استرس‌زا است (۱۶). در حوزه سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای، می‌توان گفت که آن‌ها در یک تعامل دو طرفه قرار دارند. سلامت روانی از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر و مناسب متاثر می‌گردد و از سویی دیگر خود زمینه‌ساز فضای روانی سالمی می‌باشد که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست

موقعیت تنش‌زا، جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای که بر سلامت جسمانی و روانی اثر دارد، صورت می‌گیرد (۱۳). ثابت شده‌است که بیماری‌های استرس‌مدار بیشتر در کسانی دیده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند (۱۷). مقابله اجتنابی نیز به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است، اما در درازمدت مانع سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد (۱۸). مورین^۵ و همکاران بیان کردند که افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی زندگیشان را استرس برانگیزتر درک می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و برانگیختگی قبل از خواب بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۹). نتایج پژوهش آکروید^۶ نشان داد بی‌خوابی، با راهبرد مساله‌مدار رابطه منفی دارد. همچنین رابطه مثبت بارزی بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و بی‌خوابی وجود دارد و تکیه بیشتر بر راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، سطوح بالاتر بی‌خوابی را به همراه دارد (۲۰). هاروی و همکاران نیز در مدل زیستی- روانی- رفتاری آسیب‌پذیری به بی‌خوابی بیان کردند ژنتیک می‌تواند با صفات روان‌رنجوری مرتبط باشد، روان‌رنجوری هم باعث سوق دادن به سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌شود که همچنین خواب را مختل می‌کند (۱۰).

همان‌طور که پیشتر نیز بیان شد اختلال بی‌خوابی تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد، عادت‌های خواب نامناسب، استفاده از دستگاه‌های الکترونیکی هنگام خواب (۲۱)، برنامه‌های خواب نامنظم، مصرف بیش از حد قهوه و شرایط محیطی (۴)، طیف وسیعی از شرایط پزشکی مانند، بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا، بیماری‌های عصبی، مشکلات گوارشی، سرطان، دیابت و... (۲۲) و شرایط سلامت روانی مثل اضطراب و افسردگی همگی از عوامل جدایی‌ناپذیر بی‌خوابی می‌باشند (۲۳). لذا در مطالعه اختلال بی‌خوابی توجه به

¹ Coping Style

² Problem-Focused

³ Emotion-Focused

⁴ Avoidance-Oriented

⁵ Morin

⁶ Ackroyd

سبک‌های زندگی^۱ مفید خواهد بود. سازمان بهداشت جهانی^۲، سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی توصیف کرده است. سبک زندگی سالم شامل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را تضمین می‌کند. به عبارت دیگر سبک زندگی سالم در بردارنده ابعاد جسمانی و روانی است. سبک زندگی، شیوه زندگی فرد است و عواملی همچون ویژگی‌های شخصیتی، تغذیه، ورزش، خواب، مقابله با استرس، حمایت اجتماعی و استفاده از دارو را شامل می‌شود (۲۴). سبک زندگی متاثر از عوامل سه‌گانه بدنی، روانی و اجتماعی است. بدون سبک زندگی سالم آمادگی برای یک زندگی با کیفیت مطلوب کاهش می‌یابد. سبک زندگی می‌تواند ساز و کارهای زیست‌شناختی پایه‌ای را که منجر به بیماری می‌شوند تحت تاثیر قرار دهد (۲۵). امروزه می‌دانیم که سبک زندگی فرد می‌تواند منجر به آشفتگی خواب شود. این امر معمولاً به صورت بهداشت ناکافی خواب بیان می‌شود (۲۶). در پژوهش پالمر و همکاران (۲۷)، ارتباط منفی قوی بین سیگار کشیدن و طول مدت خواب در هر دو جنس و بین مصرف الکل و طول مدت خواب در مردان مشاهده شد. هیچ ارتباط مشابهی بین نوشیدن و سیگار کشیدن و گزارش کیفیت خواب ضعیف وجود نداشت. در پژوهش چیک و همکاران (۲۸)، ارتباط بین میانگین نمرات عادات سبک زندگی فردی و میانگین متغیرهای خواب کم بود، از ۰ تا ۰/۲۰. در مطالعه آینده‌نگر ودا و همکاران (۳)، هیچ یک از شیوه‌های سبک زندگی فرد بی‌خوابی را پیش‌بینی نکرد، از طرفی نشانه‌های بی‌خوابی، مصرف کافئین کمتری در طول زمان را نشان داد. به طور کلی در این مطالعه تفاوت بارزی بین افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی و افراد سالم در عادات بهداشت خواب از قبیل مصرف الکل، کافئین و نیکوتین وجود نداشت.

از آنجایی که خواب با کیفیت نقش اساسی در سلامتی و بهزیستی فرد دارد (۲۹)، شکایت‌های خواب با ناراحتی تا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد همراه است. ممکن است در نتیجه بی‌خوابی یا نگرانی زیاد در مورد خواب، مشکلات اجتماعی، شغلی، تحریک‌پذیری در طول روز و تمرکز ضعیف ایجاد شود. کاهش توجه و تمرکز ممکن است با میزان بالاتر تصادفات ارتباط داشته باشند. بی‌خوابی مداوم با پیامدهای بلندمدت از جمله خطر بیشتر اختلال افسردگی اساسی، انفارکتوس میوکارد، غیبت بیشتر از کار، کاهش بازدهی کار و کاهش کیفیت زندگی و فشار اقتصادی بیشتر نیز ارتباط دارد. لذا افزایش دانسته‌های ما درباره عوامل اثرگذار بر اختلال بی‌خوابی در پیشگیری و درمان آن و کمک به افزایش سلامت جامعه مفید خواهد بود (۳). اکنون پس از تبیین نظری برخی متغیرهای اثرگذار بر اختلال بی‌خوابی و با جمع‌بندی پیشینه‌های پژوهشی در خصوص نقش واکنش‌پذیری به استرس، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های زندگی در اختلال بی‌خوابی مشاهده شد که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار پیش‌بینی‌کننده اختلال بی‌خوابی است، اما مطالعات بسیار کمی در این زمینه وجود دارد. در رابطه با واکنش‌پذیری به استرس در پژوهش‌ها نتایج متناقضی به چشم می‌خورد و در خصوص سبک‌های زندگی نیز پژوهش‌های پیشین تمام مولفه‌های این متغیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند و هر یک مولفه‌هایی را بررسی کرده و به نتایجی دست یافته‌اند که برخی همسو و برخی ناهمسو با یکدیگرند. لذا اهمیت خواب بر بهزیستی جسمی و روانی، خلأها و کاستی‌های موجود در پژوهش‌های انجام شده از جمله وجود نتایج متناقض، عدم وجود تحقیقات کافی و کمبود مطالعات داخلی در این زمینه، احساس ضرورتی ایجاد کرد تا به مقایسه واکنش‌پذیری به استرس، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های زندگی در

¹ Life Style

² World Health Organization

افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی پرداخته‌شود. بر این اساس فرضیات تحقیق حاضر به شرح زیر بود:

۱- بین واکنش‌پذیری به استرس و مولفه‌های آن در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد.

۲- بین انواع راهبرد مقابله‌ای در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد.

۳- بین سبک زندگی و مولفه‌های آن در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش کار

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. دلیل انتخاب این روش پژوهشی این بود که سعی شد اثر احتمالی متغیر مستقلی که قبلاً اتفاق افتاده بود بر روی متغیر وابسته مورد مطالعه قرار گیرد. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی مراجعه‌کننده در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر گنبد کاووس، تشکیل داد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱- دریافت تشخیص اختلال بی‌خوابی با توجه به معیارهای DSM5 توسط متخصصین مربوطه، ۲- نداشتن سابقه بستری به علت اختلالات روانی و عدم ابتلا همزمان به اختلالات روانشناختی دیگر، ۳- داشتن سن ۲۰ تا ۶۰ سال برای هر دو گروه مورد مقایسه، ۴- دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، ۵- داشتن تمایل جهت همکاری. با توجه به اینکه در تحقیقات علی-مقایسه‌ای تعداد ۱۵ نفر نمونه برای هر گروه توصیه شده است، در پژوهش حاضر برای افزایش اعتبار نتایج برای هر یک از دو گروه ۳۰ نفر نمونه در نظر گرفته شد. لذا پس از کسب مجوزهای لازم، در نیمه دوم سال ۱۳۹۵، به مراکز خدمات روانپزشکی و روانشناسی شهرستان گنبد کاووس مراجعه و از بین تمام افرادی که جهت دریافت خدمات درمانی به این مراکز

مراجعه کرده و مبتلا به اختلال بی‌خوابی تشخیص داده شده بودند، تعداد ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های مورد نظر انتخاب و از آن‌ها خواسته شد که به پرسشنامه‌های شدت بی‌خوابی، واکنش‌پذیری به استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر و پرسشنامه سبک‌های زندگی، در محل درمانگاه پاسخ دهند. ۳۰ نفر نیز به عنوان گروه مقایسه از جامعه افراد سالم با همین روش نمونه‌گیری انتخاب شدند و به هریک از پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. دو گروه از نظر متغیرهای سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل تا حد امکان همتا شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شاخص شدت بی‌خوابی ISI

شاخص شدت بی‌خوابی، توسط مورین^۱ (۱۹۹۳) طراحی شده است و یک ابزار خودسنجی مختصر است که ادراک بیمار از بی‌خوابی‌اش را طی دو هفته گذشته اندازه می‌گیرد. ISI شامل ۵ سوال است و شرکت‌کنندگان ادراک خود را از ماده‌های آن در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای تخمین می‌زنند. مورین و همکاران اعتبار سازه این آزمون را بر اساس دقت، شدت، رضایتمندی با واریانس ۰/۷۲ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش حیدری و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه گردید، که این ضرایب به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۲ بودند و به طور کلی ضرایب قابل قبولی می‌باشند (۳۰). در استانداردسازی این پرسشنامه توسط بوستین^۲ و همکاران، اعتبار همسانی درونی ۰/۷۴، روایی همزمان با برگه ثبت خواب ۰/۶۵ و همبستگی هر سوال با کل آزمون ۰/۶۹-۰/۳۷ گزارش شده است (۳۱).

^۱ Morin

^۲ Bostien

مقیاس واکنش‌پذیری به استرس ادراک شده (PSRS)

این مقیاس، شدت واکنش نوعی ادراک‌شده فرد در موقعیت‌های بالقوه استرس‌زای زندگی روزمره را می‌سنجد. پرسشنامه ۲۳ سوالی کاغذ مدادی به زبان انگلیسی که ۵ مولفه فرعی (واکنش‌پذیری طولانی مدت، واکنش‌پذیری به کار زیاد از حد، واکنش‌پذیری به تعارضات اجتماعی، واکنش‌پذیری به شکست، واکنش‌پذیری به ارزیابی اجتماعی) و ۱ مولفه کلی دارد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط شالتز و همکاران، بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. آن‌ها همچنین همبستگی قابل انتظار بین واکنش‌پذیری به استرس ادراک شده با سازه‌هایی مثل خودکارآمدی، روان‌رنجوری، استرس مزمن و استرس ادراک شده و نشانه‌های افسردگی و خواب گزارش کردند (۷). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر

این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر^۱ (۱۹۹۰) ساخته شده و سه سبک مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را ارزیابی می‌کند. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه‌گانه سبک‌های مقابله‌ای تعیین می‌شود. این آزمون شامل ۴۸ سوال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است که هر ۱۶ سوال مربوط به یکی از ابعاد مقابله می‌باشد. پایایی این آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ در مطالعه اندلر و پارکر در سبک مساله‌مدار برای دختران ۰/۹۰ برای پسران ۰/۹۲، در سبک هیجان‌مدار برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در سبک اجتنابی برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش بیگی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۷۰ بدست آمده است (۳۲). این پرسشنامه در پژوهش

قریشی‌راد، روایی قابل قبولی داشته است و ضریب همبستگی عوامل پرسشنامه، برای راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۵۵، ۰/۹۳ گزارش شده‌است (۳۳).

پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)

این پرسشنامه توسط لعلی، عابدی و کجباف در سال ۲۰۱۲ برای اندازه‌گیری سبک‌های زندگی ساخته شده است. نسخه نهایی آن شامل ۷۰ سؤال در طیف لیکرت است. این پرسشنامه از ۱۰ عامل یا مؤلفه شامل ۱- سلامت جسمانی، ۲- ورزش و تندرستی، ۳- کنترل وزن و تغذیه، ۴- پیشگیری از بیماری‌ها، ۵- سلامت روانشناختی، ۶- سلامت معنوی، ۷- سلامت اجتماعی، ۸- اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، ۹- پیشگیری از حوادث، و ۱۰- سلامت محیطی تشکیل شده است. نمره بالا در هر کدام از مؤلفه‌ها و در کل پرسشنامه نشان‌دهنده سبک زندگی مناسب است. آن‌ها به منظور بررسی پایایی پرسشنامه، از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی استفاده کردند. در روش همسانی درونی، میان مؤلفه‌های سبک زندگی و کل پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. ضرایب پایایی به روش بازآزمایی نیز، در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ بدست آمد. بررسی روایی، از سه روش محاسبه روایی محتوایی، تحلیل عوامل و روایی همگرا نیز نتایج قابل قبولی به دنبال داشت (۲۴).

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و برای مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه از آماره استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. آماره‌های توصیفی برای تمام متغیرها در جدول ۱ ارائه شده‌است.

به منظور مقایسه واکنش‌پذیری به استرس و ۵ مولفه آن، ۳ نوع راهبرد مقابله‌ای (مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی)، سبک زندگی و ۱۰ مولفه آن بین دو گروه

¹ Endler & Parker

مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های اساسی مورد

بررسی قرار گرفتند. جداول مربوط به آزمون فرضیه‌ها در ادامه آورده شده است.

جدول ۱. میانگین متغیرهای پژوهشی و مولفه‌های آن‌ها

| سالم | | بیمار | | متغیرها |
|---------|--------------|---------|--------------|----------------------------------|
| میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| ۱/۶۰ | ۱/۹۰ | ۱/۷۷ | ۵/۹۶ | واکنش‌پذیری طولانی مدت |
| ۱/۶۷ | ۲/۴۰ | ۱/۸۱ | ۷/۷۳ | واکنش‌پذیری به کار بیش از حد |
| ۲/۱۲ | ۳/۴۳ | ۲/۰۴ | ۷/۷۳ | واکنش‌پذیری به تعارضات اجتماعی |
| ۱/۶۹ | ۳/۱۳ | ۱/۵۷ | ۵/۹۳ | واکنش‌پذیری به شکست |
| ۲/۰۵ | ۲/۶۳ | ۱/۷۳ | ۶/۸۶ | واکنش‌پذیری به ارزیابی اجتماعی |
| ۶/۵۸ | ۱۳/۸۰ | ۵/۱۸ | ۳۴/۲۰ | واکنش‌پذیری به استرس (مولفه کلی) |
| ۱۲/۸۳ | ۵۷/۶۰ | ۱۰/۹۸ | ۴۰/۸۶ | راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار |
| ۱۳/۷۶ | ۳۹/۱۶ | ۱۳/۰۰ | ۵۳/۵۰ | راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار |
| ۱۰/۵۵ | ۴۵/۱۶ | ۱۰/۳۴ | ۳۸/۷۰ | راهبرد مقابله‌ای اجتنابی |
| ۳/۳۴ | ۱۶/۹۳ | ۳/۰۴ | ۱۰/۶۶ | سلامت جسمانی |
| ۳/۶۸ | ۱۳/۲۳ | ۳/۵۳ | ۹/۳۶ | ورزش و تندرستی |
| ۳/۶۱ | ۱۱/۲۶ | ۳/۷۵ | ۹/۹۳ | کنترل وزن و تغذیه |
| ۲/۵۸ | ۱۵/۱۶ | ۳/۲۷ | ۱۲/۷۰ | پیش‌گیری از بیماری‌ها |
| ۳/۲۲ | ۱۵/۷۰ | ۳/۱۳ | ۹/۶۶ | سلامت روانشناختی |
| ۲/۹۷ | ۱۳/۹۳ | ۳/۵۰ | ۱۰/۳۳ | سلامت معنوی |
| ۲/۱۲ | ۱۷/۱۰ | ۲/۸۵ | ۱۰/۳۶ | سلامت اجتماعی |
| ۳/۱۷ | ۱۴/۳۳ | ۳/۹۱ | ۱۲/۲۳ | اجتناب از داروها و مواد مخدر |
| ۳/۶۸ | ۱۳/۸۳ | ۴/۴۲ | ۱۰/۷۶ | پیش‌گیری از حوادث |
| ۳/۶۲ | ۱۱/۶۶ | ۲/۹۰ | ۱۰/۱۰ | سلامت محیطی |
| ۲۱/۳۰ | ۱۴۳/۱۶ | ۲۵/۸۹ | ۱۰۶/۱۳ | مولفه کلی سبک‌های زندگی |
| ۳/۹۸ | ۶/۵۶ | ۳/۱۸ | ۲۱/۰۶ | شدت بی‌خوابی |

یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

فرضیه: بین مولفه‌های واکنش‌پذیری به استرس در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد.

پیش از انجام تحلیل واریانس چندمتغیره در بررسی فرضیه، نتایج آزمون‌های ام‌باکس برای یکسانی

ماتریس کوواریانس نشان داد که این مفروضه برقرار است ($F=۰/۹۶, p>۰/۰۵$). علاوه بر آن نتایج آزمون لوین نشان داد که خطای واریانس برای همه متغیرهای مورد مقایسه یکسان است ($p>۰/۰۵$).

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره روی مولفه‌های واکنش‌پذیری به استرس در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی

| مقدار | F | DF فرضیه | DF خطا | معناداری | مجذور اتا | |
|-------|-------|----------|--------|----------|-----------|-------------------|
| ۰/۷۸ | ۴۰/۰۱ | ۵ | ۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ | اثر بیلابی |
| ۰/۲۱ | ۴۰/۰۱ | ۵ | ۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ | لامبدای ویلکز |
| ۳/۷۰ | ۴۰/۰۱ | ۵ | ۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ | اثر هاتلینگ |
| ۳/۷۰ | ۴۰/۰۱ | ۵ | ۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ | بزرگترین ریشه روی |

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین مولفه‌های واکنش‌پذیری به استرس در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار

ضریب اتا نشان می‌دهد که ۰/۷۸ واریانس توسط مولفه‌های واکنش‌پذیری به استرس تبیین می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین مولفه‌های واکنش‌پذیری به استرس در افراد مبتلا و غیرمبتلا به بی‌خوابی

| متغیر وابسته | بیمار | | سالم | | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | Sig | مجذور اتا |
|--------------------------------|----------------|--------------|--------------|---------|-------------|-----------------|--------|-------|-----------|
| | انحراف میانگین | انحراف معیار | انحراف معیار | میانگین | | | | | |
| واکنش‌پذیری طولانی مدت | ۵/۹۶ | ۱/۷۷ | ۱/۶۰ | ۱/۹۰ | ۱ | ۲۴۸/۰۶ | ۸۶/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰ |
| واکنش‌پذیری به کار بیش از حد | ۷/۷۳ | ۱/۸۱ | ۱/۶۷ | ۲/۴۰ | ۱ | ۴۲۶/۶۶ | ۱۳۹/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰ |
| واکنش‌پذیری به تعارضات اجتماعی | ۷/۷۳ | ۲/۰۴ | ۲/۱۲ | ۳/۴۳ | ۱ | ۲۷۷/۳۵ | ۶۳/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| واکنش‌پذیری به شکست | ۵/۹۳ | ۱/۵۷ | ۱/۶۹ | ۳/۱۳ | ۱ | ۱۱۷/۶۰ | ۴۳/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳ |
| واکنش‌پذیری به ارزیابی اجتماعی | ۶/۸۶ | ۱/۷۳ | ۲/۰۵ | ۲/۶۳ | ۱ | ۲۶۸/۸۱ | ۷۴/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ |

فرضیه: بین انواع راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۴ آورده شده است. پیش از انجام این آزمون پیش‌فرض همگنی کوواریانس از طریق آزمون ام باکس بررسی و مشخص شد که ماتریس کوواریانس‌ها همگن هستند ($F=۳/۸۴$, $p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که این مفروضه برقرار است ($p>۰/۰۵$).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین انواع راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات واکنش‌پذیری طولانی مدت ($F=۸۶/۸۴$)، واکنش‌پذیری به کار بیش از حد ($F=۱۳۹/۷۵$)، واکنش‌پذیری به تعارضات اجتماعی ($F=۶۳/۵۲$)، واکنش‌پذیری به شکست ($F=۴۳/۹۱$) و واکنش‌پذیری به ارزیابی اجتماعی ($F=۷۴/۰۹$) در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$). به این صورت که گروه بیمار نسبت به گروه سالم واکنش‌پذیری به استرس، واکنش‌پذیری طولانی مدت، واکنش‌پذیری به کار بیش از حد، واکنش‌پذیری به تعارضات اجتماعی، واکنش‌پذیری به شکست و واکنش‌پذیری به ارزیابی اجتماعی بالاتری دارند. بنابراین فرضیه‌های تحقیقی تایید می‌شوند.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره روی انواع راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی

| مقدار | F | DF فرضیه | DF خطا | معناداری | مجذور اتا |
|-------------------|-------|----------|--------|----------|-----------|
| اثر پیلایی | ۲۶/۹۰ | ۳ | ۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ |
| لامبدای ویلکز | ۲۶/۹۰ | ۳ | ۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ |
| اثر هاتلینگ | ۲۶/۹۰ | ۳ | ۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ |
| بزرگترین ریشه روی | ۲۶/۹۰ | ۳ | ۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ |

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین انواع راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا و غیر مبتلا به اختلال بی‌خوابی

| متغیر وابسته | بیمار | | سالم | | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | Sig | مجدور اتا |
|-----------------------------|--------------|---------|--------------|---------|-------------|-----------------|-------|-------|-----------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | | | | |
| راهبرد مقابله‌ای مساله مدار | ۱۰/۹۸ | ۴۰/۸۶ | ۱۲/۸۳ | ۵۷/۶۰ | ۱ | ۴۲۰۰/۰۶ | ۲۹/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ |
| راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار | ۱۳/۰۰ | ۵۳/۵۰ | ۱۳/۷۶ | ۳۹/۱۶ | ۱ | ۳۰۸۱/۶۶ | ۱۷/۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ |
| راهبرد مقابله‌ای اجتنابی | ۱۰/۳۴ | ۳۸/۷۰ | ۱۰/۵۵ | ۴۵/۱۶ | ۱ | ۶۲۷/۲۶ | ۵/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۹ |

فرضیه: بین مولفه‌های سبک زندگی در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد.

پیش از انجام تحلیل واریانس چند متغیری، نتایج آزمون ام‌باکس ($F=۷۰/۹۹, p>۰/۰۵$) و لوین ($p>۰/۰۵$) نشان داد که این مفروضه‌ها برقرار هستند. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین مولفه‌های سبک زندگی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار ($F=۲۹/۴۳$)، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ($F=۱۷/۱۹$)، راهبرد مقابله‌ای اجتنابی ($F=۵/۷۴$) در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$) به عبارت دیگر افراد بیمار نسبت به افراد سالم بیشتر از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و افراد سالم بیشتر از افراد بیمار راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار و اجتنابی را به کار می‌برند. بنابراین فرضیه‌های تحقیقی تایید می‌شوند.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره روی مولفه‌های سبک‌های زندگی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی

| مقدار | F | DF فرضیه | DF خطا | معناداری | مجدور اتا | اثر |
|-------|-------|----------|--------|----------|-----------|-------------------|
| ۰/۷۶ | ۱۵/۴۸ | ۱۰ | ۴۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ | اثر پیلایی |
| ۰/۲۴ | ۱۵/۴۸ | ۱۰ | ۴۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ | لامبدای ویلکز |
| ۳/۱۵ | ۱۵/۴۸ | ۱۰ | ۴۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ | اثر هاتلینگ |
| ۳/۱۵ | ۱۵/۴۸ | ۱۰ | ۴۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ | بزرگترین ریشه روی |

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین مولفه‌های سبک‌های زندگی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی

| متغیر وابسته | بیمار | | سالم | | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | Sig | مجدور اتا |
|------------------------------|--------------|---------|--------------|---------|-------------|-----------------|-------|-------|-----------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | | | | |
| سلامت جسمانی | ۳/۰۴ | ۱۰/۶۶ | ۳/۳۴ | ۱۶/۹۳ | ۱ | ۵۸۹/۰۶ | ۵۷/۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹ |
| ورزش و تندرستی | ۳/۵۳ | ۹/۳۶ | ۳/۶۸ | ۱۳/۲۳ | ۱ | ۲۲۴/۲۶ | ۱۷/۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ |
| کنترل وزن و تغذیه | ۳/۷۵ | ۹/۹۳ | ۳/۶۱ | ۱۱/۲۶ | ۱ | ۲۶/۶۶ | ۱/۹۶ | ۰/۱۶۶ | ۰/۰۳ |
| پیش‌گیری از بیماری‌ها | ۳/۲۷ | ۱۲/۷۰ | ۲/۵۸ | ۱۵/۱۶ | ۱ | ۹۱/۳۶ | ۱۰/۴۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۱۵ |
| سلامت روانشناختی | ۳/۱۳ | ۹/۶۶ | ۳/۲۲ | ۱۵/۷۰ | ۱ | ۵۴۶/۰۱ | ۵۳/۹۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| سلامت معنوی | ۳/۵۰ | ۱۰/۳۳ | ۲/۹۷ | ۱۳/۹۳ | ۱ | ۱۹۴/۴۰ | ۱۸/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴ |
| سلامت اجتماعی | ۲/۸۵ | ۱۰/۳۶ | ۲/۱۲ | ۱۷/۱۰ | ۱ | ۶۸۰/۰۶ | ۱۸/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ |
| اجتناب از داروها و مواد مخدر | ۳/۹۱ | ۱۲/۲۳ | ۳/۱۷ | ۱۴/۳۳ | ۱ | ۶۶/۱۵ | ۵/۱۹ | ۰/۰۲۶ | ۰/۰۸ |
| پیش‌گیری از حوادث | ۴/۴۲ | ۱۰/۷۶ | ۳/۶۸ | ۱۳/۸۳ | ۱ | ۱۴۱/۰۶ | ۸/۵۰ | ۰/۰۰۵ | ۰/۱۲ |
| سلامت محیطی | ۲/۹۰ | ۱۰/۱۰ | ۳/۶۲ | ۱۱/۶۶ | ۱ | ۳۶/۸۱ | ۳/۴۱ | ۰/۰۷۰ | ۰/۰۵ |

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات سلامت جسمانی ($F=57/66$)، ورزش و تندرستی ($F=17/19$)، پیش‌گیری از بیماری‌ها ($F=10/49$)، سلامت روانشناختی ($F=53/95$)، سلامت معنوی ($F=18/40$)، سلامت اجتماعی ($F=107/28$)، اجتناب از داروها و مواد مخدر ($F=5/19$)، پیش‌گیری از حوادث ($F=8/50$) در افراد مبتلا و غیرمبتلا به بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/05$). به این صورت که افراد سالم در این مولفه‌ها نمره بالاتری کسب کردند که بیانگر سبک زندگی بهتر آنها نسبت به گروه افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود و بین میانگین نمرات کنترل وزن و تغذیه ($F=1/96$)، سلامت محیطی ($F=3/41$) بین افراد مبتلا و غیرمبتلا به بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$). میانگین گروه سالم در این مولفه‌ها بالاتر از گروه بیمار است اما این تفاوت معنادار نیست.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه واکنش‌پذیری به استرس، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های زندگی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی بود. مفهوم واکنش‌پذیری به استرس به واکنش جسمی، فیزیولوژی و روانی فرد در موقعیت‌های استرس و فشار گفته می‌شود (۶). در خصوص فرضیه اول نتایج نشان داد که بین واکنش‌پذیری به استرس و مولفه‌های آن در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد و افراد مبتلا به بی‌خوابی واکنش‌پذیری به استرس بالاتر، واکنش‌پذیری طولانی‌مدت، واکنش‌پذیری به کار زیاد، واکنش‌پذیری به شکست، واکنش‌پذیری به ارزیابی اجتماعی و واکنش‌پذیری به تعارضات اجتماعی بالاتری دارند. این نتایج با یافته‌های پژوهش شالتز و همکاران، فنزل و همکاران، هاروی و همکاران همسو می‌باشد (۷، ۹، ۱۰). و با یافته‌های جرمن و همکاران و نتایج پژوهش یانگ ناهمسو می‌باشد (۸، ۱۱). پاتوفیزیولوژی

بی‌خوابی را می‌توان یک وضعیت برانگیختگی سایکوفیزیولوژیک در نظر گرفت، مطالعات متعددی نقش محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال را در زمینه بی‌خوابی بررسی کرده‌اند؛ دسته‌ای از این مطالعات وضعیت فیزیولوژیک و حساسیت این سیستم را در پاسخ به بی‌خوابی ارزیابی کردند و دسته دیگر نقش آنتاگونیست‌های هورمون کورتیکوتروپین را در درمان بی‌خوابی مورد بررسی قرار دادند. مطالعات انجام‌شده نشان داده‌اند که فعال شدن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال منجر به افزایش بی‌خوابی می‌شود (۳۴). واکنش‌پذیری به استرس یک مفهوم زیستی روانی است و ارزیابی آن با مشکلات عملی فراوانی روبه‌رو است. ارزیابی‌های آزمایشگاهی جنبه‌های چندگانه واکنش‌پذیری به استرس، گران و نسبتاً دشوار هستند. اما به زبان ساده می‌توان این‌طور بیان کرد که عوامل زیستی مثل افزایش میزان کورتیزول ترشح شده خون و عوامل جسمی مثل افزایش تحریک‌پذیری یا برانگیختگی فیزیولوژیکی می‌توانند عوامل زمینه‌ساز اختلال بی‌خوابی باشند. فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک بدن را برای فعالیت اضطرابی آماده می‌کند، ترشح کورتیزول در نتیجه فعالیت محور HPA نیز بدن را در حالت هشجاری قرار می‌دهد (۳۵) که این‌ها با روند و مراحل خواب تداخل کرده و به این ترتیب واکنش‌پذیری به استرس باعث بروز بی‌خوابی می‌شود. تمامی مدل‌های بی‌خوابی (فیزیولوژیک، رفتاری، شناختی)، همگی درجاتی از برانگیختگی را به عنوان استعداد یا عامل خطر شروع بی‌خوابی در نظر می‌گیرند. به عبارت دیگر وقتی فرد استعداد زیستی برانگیختگی بالا داشته باشد یا در موقعیت استرس و فشار نتواند به درستی با آن مقابله کند و دچار تحریک‌پذیری یا برانگیختگی فیزیولوژیکی شود، بی‌خوابی می‌تواند یکی از نتایج آن باشد. یعنی علاوه بر استعداد زیستی برای برانگیختگی فیزیولوژیکی که همان مفهوم واکنش‌پذیری به استرس است، نحوه مقابله فرد با فشارهای روانی

نیز با تاثیر بر میزان برانگیختگی شناختی می‌تواند منجر به برانگیختگی فیزیولوژیکی شده و بی‌خوابی به دنبال داشته باشد. همان‌طور که در خصوص فرضیه دوم نتایج نشان داد که بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بین افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد و افراد مبتلا به بی‌خوابی، بیشتر راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار به کار می‌برند. در این مقابله فرد به جای تغییر شرایط محیطی، با کنترل پاسخ هیجانی به موقعیت استرس‌زا پاسخ می‌دهد (۳۶). یعنی این مقابله معطوف به تغییر واکنش‌های هیجانی می‌باشد، به عبارت دیگر این راهبرد مقابله‌ای با مهار پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیکی در جهت کاهش فشارزاهای روانی که نتیجه آن برانگیختگی است می‌تواند منجر به بی‌خوابی شود. این نتایج با یافته‌های مورین و همکاران، آکروید و همکاران و یافته‌های هاروی و همکاران همسو می‌باشد (۲۰، ۲۸، ۲۹، ۱۰). همچنین نتایج نشان داد که بین راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی تفاوت معناداری وجود دارد و افراد سالم بیشتر از راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار استفاده می‌کنند. مهارت‌های مقابله‌ای شیوه‌ای است که فرد را قادر می‌سازد تا با به کار بردن آن مدیریت موقعیت فشارزا را به عهده بگیرد. می‌دانیم که راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار معطوف به تغییر موقعیت فشارزا است و بر مهار عامل فشارزا به منظور کاهش یا حذف پریشان‌کنندگی آن توجه دارد. یعنی این راهبرد مقابله‌ای به کاستن تقاضاهای موقعیت استرس‌زا و افزایش منابع مقابله با آن کمک می‌کند (۳۷)، لذا استفاده از راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار با گرایش به تسلط بر موقعیت ارتباط دارد و منجر به تجهیز فرد در مقابله با شرایط استرس‌زا می‌شود. این نتایج با یافته‌های غضنفری و همکاران، و آکروید، همسو می‌باشد (۲۰، ۱۴). نتایج بررسی راهبرد مقابله‌ای اجتنابی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی

تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد، به این معنا که افراد سالم بیشتر از مبتلایان به بی‌خوابی از این راهبرد استفاده می‌کنند (۱۸). مقابله اجتنابی، تلاش‌های شناختی و رفتاری برای کاهش دادن، انکار یا نادیده گرفتن موقعیت استرس‌زا است (۱۶). این راهبرد مقابله‌ای مانند راهبرد مساله‌مدار نقش حفاظتی در برابر پیامدهای منفی تنیدگی دارد. نتیجه اجتناب از موقعیت استرس‌زا و نادیده گرفتن موقعیت، کاهش برانگیختگی و کمک به حفظ آرامش می‌باشد و این تبیین‌کننده نتایج بدست آمده می‌باشد که افراد سالم بیشتر از افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند. این نتایج با یافته‌های واس و همکاران (۳۸) همسو می‌باشد.

در خصوص فرضیه سوم نتایج نشان داد که نمره کلی سبک زندگی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی متفاوت است و افراد سالم سبک زندگی بهتری دارند. همچنین مولفه‌های سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، پیش‌گیری از بیماری‌ها، سلامت روانشناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیش‌گیری از حوادث در افراد مبتلا و غیرمبتلا به اختلال بی‌خوابی متفاوت است و افراد سالم در این مولفه‌ها وضعیت بهتری دارند. اما در مولفه‌های کنترل وزن و تغذیه و سلامت محیطی تفاوت معناداری در دو گروه مشاهده نشد. این نتایج در مولفه‌های ورزش، سیگار کشیدن و رعایت اصول ایمنی همسو و در مولفه تغذیه ناهمسو با یافته‌های صمیمی و همکاران (۳۹) بود. پالمر و همکاران (۲۷) بیان کردند ارتباط منفی قوی بین سیگار کشیدن و طول مدت خواب در هر دو جنس و بین مصرف الکل و طول مدت خواب در مردان وجود دارد، که نتایج پژوهش حاضر با آن همسو می‌باشد. نتایج در مولفه‌های اجتناب از داروها و مواد مخدر و ورزش و تندرستی با یافته‌های چیک و همکاران (۲۸)، ناهمسو می‌باشد. نتایج یافته‌های ودا و همکاران نیز نشان داد که تفاوت بارزی بین افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی و

افراد سالم در عادات بهداشت خواب از قبیل مصرف الکل، کافئین و نیکوتین وجود ندارد (۳)، که نتایج پژوهش حاضر در این مولفه با آن ناهمسو می‌باشد. در تبیین نتایج توجه به این نکته لازم است که یکی از یافته‌های شایع این است که سبک زندگی فرد می‌تواند منجر به آشفتگی خواب شود. این امر معمولاً به صورت بهداشت ناکافی خواب بیان می‌شود که به مشکلاتی در دنبال کردن روش‌های عموماً پذیرفته‌شده برای کمک به خواب اطلاق می‌شود. این روش‌ها برای مثال عبارتند از رعایت ساعت معمولی خواب، اجتناب از مصرف کافئین، نخوردن غذای سنگین پیش از خواب و ورزش کافی. بسیاری از رفتارها می‌توانند با افزایش برانگیختگی دستگاه عصبی در حوالی زمان خواب یا تغییر نظم‌های شبانه‌روزی سبب اختلال خواب شوند (۴۰). در تبیین تفاوت معنادار در مولفه‌های سبک زندگی در دو گروه مبتلایان به اختلال بی‌خوابی و افراد سالم می‌توان گفت، بیماری‌های جسمی با ایجاد ناراحتی‌ها و مشکلات برای فرد و تداخل و تاثیراتشان در سیستم بدن باعث بروز بی‌خوابی می‌شوند. بیماری‌های جسمانی مثل آرتروز، سرطان، نارسایی قلبی، بیماری ریوی، پرکاری تیروئید، سکنه مغزی، بیماری پارکینسون، بیماری آلزایمر و... مثال‌هایی از مشکلات جسمانی هستند که می‌توانند باعث بروز بی‌خوابی شوند مثلاً دردهای مزمن ناشی از آرتروز یا مشکلات کمر، تکرر ادرار ناشی از بزرگ‌شدن غیرسرطانی غده پروستات باعث بیداری‌های مکرر در طول شب می‌شود، در پرکاری تیروئید خواب کوتاه و منقطع می‌شود؛ یا مشکلاتی چون سکنه مغزی با اثر مخرب بر روی بافت و کارکرد مغز روند خواب را با مشکل مواجه می‌کند. داروهایی که برای رفع مشکلات و بیماری‌های جسمی تجویز می‌شوند نیز می‌توانند موجب بروز اختلال در کیفیت یا کمیت خواب شوند. داروهای حساسیت، ضدافسردگی‌ها، داروهای قلب و فشار خون، محرک‌هایی مثل ریتالین و... مثال‌هایی از این قبیل

هستند. تاثیر ورزش بر سلامت جسم و روان بر کسی پوشیده نیست. تاثیرات ورزش بر قلب و عروق، تسریع جریان خون و اکسیژن رسانی بهتر به قسمت‌های مختلف بدن، تاثیر بر سیستم تنفسی و دستگاه گوارش، تاثیر بر غدد داخلی و ترشح هورمون‌ها، تاثیر بر دستگاه عصبی، افزایش کل انرژی مصرفی روزانه و کاستن از فشارهای روانی و ناراحتی‌های روحی، همه و همه تبیین‌کننده تفاوت معنادار در دو گروه سالم و مبتلایان به بی‌خوابی می‌باشد. مولفه پیش‌گیری از بیماری‌ها به داشتن سلامت جسمانی و کنترل وضعیت سلامتی، مراقبت فرد از خود در برابر بیماری‌ها و داشتن زندگی فعال می‌پردازد که همه به داشتن سلامت جسمانی و روانی کمک می‌کند که یکی از نتایج آن بهبود کیفیت و کمیت خواب است. همانطور که می‌دانیم شرایط روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی نیز باعث بروز بی‌خوابی می‌شوند. اضطراب به دو صورت ساده و مزمن باعث بی‌خوابی می‌شود. اضطراب‌های ساده بیشتر در سنین کودکی و نوجوانی باعث بروز بی‌خوابی می‌شوند. مثل اضطراب امتحان یا موقعیت خاص، تغییر محل خواب و... در جریان اضطراب‌های مزمن مثل اضطراب جدایی، ترس از کابوس، افکار وسواسی و مزاحم، تنش‌های عضلانی نیز افراد دچار اختلال بی‌خوابی می‌شوند. به طوری که در شروع یا ادامه خواب دچار مشکل می‌شوند و بیدارشدن‌های مکرر باعث نارضایتی فرد، خستگی و خواب‌آلودگی در طول روز می‌شود. افسردگی نیز با تاثیراتی که دارد باعث بروز بی‌خوابی می‌شوند و شروع و ادامه خواب را با اختلال مواجه می‌کند. ارتباط سلامت معنوی و سلامت روانشناختی روشن است. سلامت اجتماعی و دارا بودن کانون حمایتی، داشتن دوستان صمیمی، روابط خوش‌بینانه باعث می‌شود فرد با استرس‌ها و فشارهای زندگی بهتر مواجه شود و کمتر به بی‌خوابی مبتلا شود. مصرف داروها و مواد مخدر و الکل با تاثیراتشان بر مغز و انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌توانند

در نهایت باید خاطر نشان کرد که با توجه به نقش کیفیت و کمیت مناسب خواب بر سلامت و بهزیستی جسمی و روانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، آموزش مهارت‌های آرمیدگی و نحوه مدیریت استرس‌ها در قالب برنامه‌ها و طرح‌ها در سیستم آموزش و پرورش و آموزش‌های عمومی در قالب رسانه‌های جمعی و... اطلاع‌رسانی همگانی در خصوص بهداشت خواب و تاثیر سبک زندگی سالم بر بهبود کیفیت و کمیت خواب اقدام مناسبی خواهد بود و علاوه بر کمک به افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی برای سایرین نیز مفید است و می‌تواند بار سنگینی از دوش افراد و جامعه بردارد.

در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تا حد امکان در جهت رفع آن‌ها تلاش گردد. ناتوانی در کنترل متغیرهای مزاحم مانند شدت اختلال بی‌خوابی و طول دوره بیماری اصلی‌ترین محدودیت مطالعه حاضر بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افرادی که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری کردند، اساتید محترم گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، پرسنل مراکز درمانی و کلیه افرادی که صبورانه و صادقانه در پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید. این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد ۲۳۷۸۶۴۲ می‌باشد.

باعث تداخل در روند خواب و باعث بروز بی‌خوابی شوند. نیکوتین موجود در محصولات توتون و تنباکو محرکی برای بی‌خوابی هستند. الکل یک آرام‌بخش است که در خوابیدن به فرد کمک می‌کند اما مانع خواب عمیق می‌شود و اغلب باعث بیدار شدن در نیمه‌شب می‌شود. متیل آمفتامین‌ها هم باعث اختلال شدید در خواب و یا بی‌خوابی شدید می‌شوند. لذا اجتناب از داروها و مواد مخدر کیفیت و کمیت خواب را بهبود می‌بخشد.

نتیجه‌گیری

می‌توان این‌طور نتیجه‌گیری کرد که افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی نسبت به افراد غیرمبتلا واکنش‌پذیری به استرس بالاتری دارند، بیشتر از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و در مولفه‌های سبک زندگی نمره کمتری می‌گیرند. واکنش‌پذیری به استرس یک سرشت زیستی است و بیانگر تفاوت‌های فردی در پاسخ به فشارزاهای روانی می‌باشد. از آنجا که پاتوفیزیولوژی بی‌خوابی یک وضعیت برانگیختگی سایکوفیزیولوژیک است، لذا واکنش‌پذیری به استرس با فعالیت بیشتر محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال می‌تواند منجر به افزایش بی‌خوابی می‌شود. مقابله هیجان‌مدار نیز با مهار پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش فشار روانی منجر به برانگیختگی شده و بی‌خوابی به دنبال دارد. سبک‌های زندگی نیز می‌تواند با تحت تاثیر قراردادن ساز و کارهای زیست‌شناختی منجر به اختلال بی‌خوابی شوند.

References

- 1-Asadzandi M, Sayari R, Sanayinasab H, Ebadi A, Rahmati F, chavoshi F. Sleep Disorders in military nurses. Journal of Police Medicine. 2014; 3(3):149-158.
- 2-Mousavi asl E, Alizadeh T, Sheykh MR. Prevalence of Sleep disorders among medical students of Yasuj University of Medical Sciences. Nursing Development in Health. Aligoodarz Nursing Faculty Analytic Research Journal. 2015; 6 (10 & 11):55-62.
- 3-Vedaa Q, Sivertsen B, Dagny Grimsrud I, Krossbakken E, Pallesen S, Bjorvatn B, Magerøy N, Einarsen S. Prospective study of predictors and consequences of insomnia: personality, lifestyle, mental health, and work-related stressors. Sleep Med. 2016; 20:51-58.

- 4-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (Fifth Edition), Yahya Seyyed Mohammadi Translation, 2015, Tehran: Ravan: 2013:1416
- 5-Schlotz W, Kumsta R, Layes I, Entringer S, Jones A, Wust S. Covariance between psychological and endocrine responses to pharmacological challenge and psychosocial stress: A question of timing. *Psychosomatic Medicine*. 2008; 70(7): 787–796.
- 6-Schlotz W, Hammerfald K, Ehlert U, Gaabb J. Individual differences in the cortisol response to stress in young healthy men: Testing the roles of perceived stress reactivity and threat appraisal using multiphase latent growth curve modeling. *Biological Psychology*. 2011; 87(2):257-264.
- 7-Schlotz W, Yim IS, Zoccola PM, Jansen L, Schulz P. The Perceived Stress Reactivity Scale: measurement invariance, stability, and validity in three countries. *Psychol Assess*. 2011; 23(1):80-94.
- 8-Young, SE. Stress reactivity in individuals with Non-REM Parasomnias, insomnia and good sleep. Doctorate in Clinical Psychology thesis, University of Glasgow. 2011.
- 9-Fenzel T, Touma C.H, Ruschel J, Romanowski CPN, Holsboer F, Landgraf R, Kimura M, Yassouridis A. Sleep disturbance in highly stress reactive mice: Modeling endophenotypes of major depression, *BMC Neuroscience*. 2011; 12:29
- 10-Harvey C, Gehrman P, Espie CA. Who is predisposed to insomnia: A review of familial aggregation, stress-reactivity, personality and coping style. *Sleep Medicine Reviews*. 2014;18(3):237-247.
- 11-Gehrman PR, Hall M, Barilla H, Perlis M, Ross RJ, Buysse D, Gooneratne N. Stress Reactivity in Insomnia. *Behav Sleep Med*. 2016; 14(1):23-33.
- 12-Esmaeli M. Comparing of personality traits, ineffective attitudes and coping styles in people with and without high blood pressure. Master thesis, Tabriz University. 2008.
- 13-Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, Ketcham AS. How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and Social Psychology*. 1993; 65: 375-390.
- 14-Ghazanfari F, Ghadampoor E. The Relationship between Coping Styles and Mental Health in Residents of Khorramabad. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008;10(37): 47-54.
- 15-Berkel HV. The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in psychology, university of Conterbury. 2009:3
- 16-Holahan CJ, Moos RH, Holahan PL, Brennan PL, Schutte KK. Stress generation, avoidance coping depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 73(4): 658- 666.
- 17-Piko B. Gender differences and similarities in adolescents ways of coping. *Psychological Record*. 2001; 51(2): 223-236.
- 18-Bryant RA, Harvey AG. Avoidant coping style and post traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(6): 631-5.
- 19-Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med*. 2003;65(2):259-267.
- 20-Ackroyd C. Coping and Psychological Distress in Females Who Abuse Alcohol, thesis for Clinical Psychology Doctorate course at the University of Hull. 2005:
- 21-Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Sivertsen B, Lundervold A. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ open*;5(1) 2015.
- 22-Sivertsen B, Lallukka T, Salo P, Pallesen S, Hysing M, Krokstand S, Qverland S. Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population- based prospective HUNT Study in Norway. *J Sleep Res*. 2014; 23(2):124–32.
- 23-Jansson-Fröjmark M, Lindblom KA. bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *J Psychosom Res*. 2008; 64:443–449.
- 24-Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and Validation the Lifestyle Questionnaire (LSQ). *Psychological Research*. 2012;15(1):64-80.
- 25-Ripoll RM. life style Medicine: The Importance of Considering all the Causes of Disease. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012; 5(1): 48-52.

- 26-Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synosis of Pschiatry Kaplan & Sadock. Eleventh edition. Farzin Rezaei Translation. 2016. Tehran: Arjmand. Volume 2. 2015:752
- 27-Palmer CD, Harrison GA, Hiorns RW. Association between smoking and drinking and sleep duration. *Ann Hum Biol.* 1980; 7(2):103-107.
- 28-Cheek RE, Shaver JL, Lentz MJ. Lifestyle practices and nocturnal sleep in midlife women with and without insomnia. *Biol Res Nurs.* 2004; 6(1):46-58.
- 29-Morin CM, LeBlance M, Daley M, Gregoire JP, Merette C. Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med.* 2011; 7(2): 123-30.
- 30-Heydari AR, Ehteshamzadeh P, Mareshi M. Relationship between the severity of insomnia, sleep quality, drowsiness and disturbance of mental health with educational performance in girls. *Scientific Research Quartely of Woman and culture.* 2010; 1(4). 66-76.
- 31-GhadiriSormanAbadi F, Abdolmohammadi K, Babapoor J, Rahimi V. Relationship of Somatization disorder with self-esteem, insomnia and paranoid thoughts in students. *Qom University of Medical Sciences Journal.* 2016; 10(10): 61-68.
- 32-Beygi A, Shirazi M, Pasandide M. The Effectiveness of Life Skills Training on Enhancement of Quality of Life and Coping Styles in Methadone Maintenance Therapy Members. *Journal of Research on Addiction.* 2013; 7(26): 110-195.
- 33-Ghoreyshirad F. Validation of the scale of coping with the stressful situations of Ender and Parker. *International Journal of Behavioral Sciences.* 2010; 4(1): 1-7.
- 34-Sadegh niat KH, Aminian O. Sleep disturbances and occupational activity, First Edition. Tehran: Teymoorzadeh & Tabib. 2013:400
- 35-Kalat JW. *Biological Psychology.* Ninth edition. Yahya Seyyed Mohammadi Translation. 2010. Tehran: Ravan. 2007:456
- 36-Griffith MA, Dubow EF, Ippolito MF. Developmental and cross-situational differences in adollescents coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence.* 2000; 29(2):183- 204.
- 37-Edward P Sarapino. *Health Psychology, Translation of a group of translators.* Under the supervision of Dr. Elah Mirzai. 2005. Tehran: Roshd. 2002:159
- 38-Voss U, Kolling T, Heidenreich T. Role of monitoring and blunting coping styles in primary insomnia. *Psychosom Med.* 2006; 68(1):110-5.
- 39-Samimi R, Masrure D, Hosseini F, Tamadonfar M. Correlation Between LifeStyle and General Health in University Students. *Iran Journal of Nursing.* 2007; 19(48) :83-93
- 40-Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synosis of Pschiatry Kaplan & Sadock. Eleventh edition. Farzin Rezaei Translation. 2016. Tehran: Arjmand. Volume 2. 2015: 752.