

The Relationship Between Sleep Quality with Cognitive Emotion Regulation Strategies and Brain-Behavioral Systems in Pregnant Women

Jahangir Karami¹, Khodamorad Momeni¹, Faride Alimoradi^{2*}

1. Associate Professor, Department of General Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran
2. MSc., Department of General Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

| Article Info | Abstract |
|--|--|
| Received: 2017/07/16 Accepted: 2017/09/24 Published Online 2018/03/16 DOI: 10.30699/sjhmfmf.26.4.219 Original Article Use your device to scan and read the article online  | <p>Introduction: Reduction of the quality of sleep is one of the most common complaints of women during pregnancy that leads to negative consequences on the mental health of pregnant women. Some factors that associate with quality of sleep are how to use cognitive emotion regulation strategies and brain-behavioral systems. This investigation aims to study the relationship between sleep quality with cognitive emotion regulation strategies and brain-behavioral systems in pregnant women.</p> <p>Methods: This study was conducted in the first half of 2016 on 302 pregnant women who referred to health centers in Kermanshah city and were chosen using cluster sampling method. Subjects completed the Pittsburgh sleep quality questionnaire, Garnefski cognitive emotion regulation strategies questionnaire and Carver and White BIS/BAS questionnaire with a self- assessment method. Data was analyzed using descriptive statistical, Pearson's correlation and regression and statistical and SPSS22. The significant level considered as: ($P < 0/05$).</p> <p>Results: There was significant relationship between sleep quality with emotion regulation strategies and behavioral inhibition system; the use of negative and maladaptive cognitive emotion regulation strategies and high activity in the behavioral inhibition, decrease the quality of sleep in pregnant women.</p> <p>Conclusion: Using some of the negative and maladaptive cognitive emotion regulation strategies such as rumination and disaster concept, and high activity in behavioral inhibition system can decrease sleep quality in pregnant women.</p> <p>Keywords: Pregnancy, Cognitive emotion regulation strategies, Brain-Behavioral systems, Sleep quality</p> |
| Corresponding Information | Faride Alimoradi, MSc., Department of General Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran Email: Faridealimoradi.zendegi@gmail.com |

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Karami J, Momeni K, Alimoradi F. The Relationship Between Sleep Quality with Cognitive Emotion Regulation Strategies and Brain-Behavioral Systems in Pregnant Women. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (4) :219-226

بررسی رابطه کیفیت خواب با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری در زنان باردار

جهانگیر کرمی^۱، خدامراد مؤمنی^۱، فریده علیمرادی^{۲*}

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

| چکیده | اطلاعات مقاله |
|---|--|
| <p>مقدمه: کاهش کیفیت خواب یکی از شکایات شایع دوران بارداری است که با پیامدهای منفی برای سلامت روانی مادران باردار همراه است. از جمله عوامل مرتبط با کیفیت خواب، چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و فعالیت سیستم‌های مغزی - رفتاری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه کیفیت خواب با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری در زنان باردار انجام شده است.</p> <p>روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۴ روی ۳۰۲ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر کرمانشاه و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد. آزمودنی‌ها به روش خودسنجی پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبوگ (PSQI)، پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و مقیاس (BAS/BIS) کارور و وایت را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون هم‌زمان و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.</p> <p>یافته‌ها: بین کیفیت خواب و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم بازداری رفتاری رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ به گونه‌ای که استفاده از راهبردهای منفی و غیرانطباقی تنظیم هیجان و فعالیت زیاد سیستم بازداری رفتار، باعث کاهش کیفیت خواب در زنان باردار شد ($P < ۰/۰۵$).</p> <p>نتیجه‌گیری: استفاده از برخی راهبردهای منفی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان، مانند نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری و همچنین فعالیت زیاد سیستم بازداری رفتاری که موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و تجربه هیجان‌های منفی می‌شود، می‌تواند کیفیت خواب را در زنان باردار کاهش دهد.</p> <p>واژه‌های کلیدی: بارداری، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سیستم‌های مغزی - رفتاری، کیفیت خواب</p> | <p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۲ انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵</p> <p>نویسنده مسئول: فریده علیمرادی کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران</p> <p>پست الکترونیک: faridealimoradi.zendegi@gmail.com</p> |

مقدمه

شکایت می‌کنند. زنانی که طی حاملگی اختلال خواب دارند، دو برابر بیشتر احتمال دارد به فشار خون بالا، پره‌اکلامپسی و کاهش رشد داخل رحمی جنین مبتلا شوند [۷]. اختلال کیفیت خواب طی بارداری، روی فرایند زایمان نیز تأثیر منفی دارد؛ به گونه‌ای که باعث افزایش حس درد و خستگی در زایمان، زایمان زودرس خودبه‌خودی و افسردگی پس از زایمان می‌شود [۸].

از جمله عواملی که به شدت کیفیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد، چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است [۴]. مفهوم کلی نظم هیجانی عبارت است از: تمام فرایندهای درونی و بیرونی فرد که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند [۹]. تنظیم هیجان از طریق شناخت، با زندگی انسان آمیختگی جدایی‌ناپذیری دارد و او را یاری می‌کند زمانی که با حوادث پرفشار یا تهدیدکننده روبه‌رو شد، هیجان‌ها و احساسات خود را مدیریت یا تنظیم کند، روی آنها تسلط داشته باشد و در احساس هیجان غرق نشود [۱۰]. در واقع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، واکنش‌هایی هستند که راه‌های پذیرش یا کنار آمدن فرد با موقعیت‌های استرس‌زا و حوادث ناگوار را

بارداری یکی از دوره‌های حساس زندگی زنان است [۱]. این دوره اگرچه برای اکثر زنان دوره‌ای مسرت‌بخش است، در عین حال دوره‌ای پر استرس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی محسوب می‌شود [۲]. آرامش روحی و روانی مادر برای سلامتی خود و جنین اهمیت زیادی دارد و خواب و استراحت کافی یکی از عوامل تأمین‌کننده آن است [۱]. خواب فرایند زیستی پویا و سازمان‌یافته‌ای است که بخش مهمی از زندگی به شمار می‌آید و کیفیت و چگونگی آن در کیفیت زندگی انسان و سلامت جسمی و روانی او مؤثر است [۳]. کیفیت خواب به صورت دوره‌ای از خواب نیرودهنده تعریف می‌شود که نیازهای مرتبط با خواب افراد را تأمین می‌کند و اجازه انجام مناسب کارکردهای روزانه را می‌دهد [۴].

اختلال کیفیت خواب از جمله مشکلات شایع بارداری است [۵]؛ به طوری که از ۶۳ درصد زنان باردار در سه ماهه اول بارداری، به ۸۰ درصد در سه ماهه دوم افزایش می‌یابد [۶]. هم‌زمان با شروع هفته ۱۲ حاملگی تا ۲ ماه بعد از زایمان، زنان از مشکل بودن شروع خواب، بیدار شدن‌های مکرر، ساعات خواب شبانه کمتر و کاهش کارایی خواب

با توجه به اینکه قرار گرفتن در معرض بسیاری از عوامل استرس‌زای محیطی اجتناب‌ناپذیر است و از آن‌جا که بارداری، دورهٔ بحران توصیف شده است، تطبیق و سازگاری روان‌شناختی، تا حد زیادی به چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی در این دوره بستگی دارد. همچنین با توجه به اهمیت بهداشت خواب طی بارداری و نیز نقش و اهمیت چگونگی فعالیت و حساسیت سیستم‌های مغزی - رفتاری در این دوره، مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی رابطهٔ کیفیت خواب با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری در زنان باردار انجام شد.

روش کار

این مطالعهٔ توصیفی از نوع همبستگی است که در شش ماه اول سال ۱۳۹۴ روی ۳۰۲ نفر از زنان باردار شهر کرمانشاه انجام شد که به مراکز بهداشت سطح شهر مراجعه کردند، واجد شرایط پژوهش بودند و نیز از شرکت در مطالعه رضایت داشتند. محقق از تعداد کل ۳۲ مرکز بهداشت سطح شهر کرمانشاه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۱۲ مرکز را انتخاب و از هر مرکز ۲۷ نفر را بررسی کرده است. سپس مراجعان اطلاعات را کامل کردند. با توجه به اینکه تعداد مراجعان به مراکز بهداشت در مدت اجرای پژوهش ۱۴۰۰ نفر بود، حجم نمونه، براساس جدول مورگان که برای جامعه‌ای با حجم ۱۴۰۰ نفر، ۳۰۲ نفر را انتخاب می‌کند، تعیین شد. البته با در نظر گرفتن عواملی نظیر ریزش افراد و همکاری نکردن برخی افراد، حجم نمونه ۳۲۵ نفر در نظر گرفته شد و در پایان داده‌ها برای ۳۰۰ نفر تحلیل شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: دامنهٔ سنی ۱۶ تا ۴۷ سال، مبتلا نبودن به بیماری طی، باردار بودن، مصرف نکردن دخانیات و مواد مخدر، مصرف نکردن داروهای خواب‌آور، سکونت در شهر کرمانشاه، داشتن حداقل سواد ابتدایی و بارداری خودخواسته. ملاک‌های خروج نیز شامل سن کمتر از ۱۶ و بیشتر از ۴۷ سال، ابتلا به بیماری طی، مصرف مواد مخدر و دخانیات، استفاده از داروهای خواب‌آور، بارداری ناخواسته، سکونت نداشتن در شهر کرمانشاه و بی‌سوادی فرد بود. برای اجرای پژوهش ابتدا پژوهشگر با مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و توضیح اهداف پژوهش، به گرفتن معرفی‌نامه برای ارائه به مراکز بهداشت شهرستان کرمانشاه اقدام کرد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و گرفتن رضایت‌نامه برای صدور معرفی‌نامه، انجام پژوهش را آغاز کرد. پس از اجرای پژوهش ۳۰۰ پرسش‌نامه در مرحلهٔ فرضیه‌آزمایی تحلیل شد. گفتنی است که ۲۵ عدد از پرسش‌نامه‌ها به دلیل نقص یا بی‌دقتی در پاسخگویی، کنار گذاشته شدند. ابزار پژوهش شامل سه پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و مقیاس BAS/BIS کارور و وایت بود.

الف- پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI):

دانیل جی بایسی و همکاران (۱۹۸۹) این پرسش‌نامه را برای اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در افراد بزرگسال طراحی کردند. این مقیاس شامل ۱۸ سؤال است و با ارزیابی

معین می‌کنند [۱۱]. این راهبردها به دو دستهٔ مثبت و منفی تقسیم می‌شوند [۱۲].

راهبردهای مثبت عبارت است از: ۱. تمرکز مجدد مثبت: به تفکرانی دربارهٔ موضوعات لذت‌بخش به جای رویدادهای واقعی اشاره دارد. ۲. تمرکز مجدد مثبت بر برنامه‌ریزی: به افکاری دربارهٔ اینکه چه مراحل باید در پیش گرفته شود و چطور باید با اتفاقات منفی کنار آمد، می‌پردازد. ۳. ارزیابی مجدد مثبت: به ایجاد معنی مثبت از رویدادها در دوره‌هایی از رشد فردی برمی‌گردد. ۴. دیدگاه‌گیری: به کنار گذاشتن جدیت و اهمیت رویداد منفی و تأکید بر نسبت آن، هنگام مقایسه با دیگر رویدادها اطلاق می‌شود.

راهبردهای منفی عبارت است از: ۱. سرزنش خود: به افکاری اشاره می‌کند که خود شما را برای آنچه تجربه کرده‌اید مقصر می‌داند. ۲. پذیرش: به افکاری اشاره دارد که پذیرندهٔ آنچه تجربه کرده‌اید، است و نقش خود شما را در آنچه اتفاق افتاده کنار می‌زند. ۳. نشخوار فکری: شامل تفکر دربارهٔ احساسات و افکاری است که با حوادث منفی همبسته شده‌اند. ۴. فاجعه‌انگاری: به تأکید صریح بر وحشتناک بودن آنچه تجربه شده است، اشاره دارد. ۵. سرزنش دیگری: یعنی فرد در برخورد با موقعیت ناگوار، دیگران را مقصر و عامل اصلی در وقوع موقعیت می‌داند [۱۳].

از جمله عواملی که می‌تواند کیفیت خواب را از طریق تجربهٔ هیجان‌ناشی منفی تحت‌تأثیر قرار دهد میزان حساسیت و فعالیت سیستم‌های مغزی - رفتاری است. Gray (۱۹۸۲) در قالب نظریهٔ سیستم‌های مغزی - رفتاری به معرفی سه سیستم بنیادی هیجان می‌پردازد [۱۴] و گرایش به انواع خاصی از هیجان‌ناشی از تفاوت در سیستم‌های مغزی - رفتاری می‌داند [۱۵]. به اعتقاد Gray (۱۹۹۰)، سیستم‌های مغزی - رفتاری اساس تفاوت‌های فردی هستند و فعالیت هریک از آنها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت می‌انجامد [۱۶].

طبق نظریهٔ Gray اولین سیستم، سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) است که به تمامی محرک‌های پاداش و فقدان تنبیه پاسخ می‌دهد. فعالیت و افزایش حساسیت BAS موجب فراخوانی هیجان‌های مثبت، رفتار روی‌آوری، اجتناب فعال [۱۷] و تکانش‌گری می‌شود [۱۶]. دومین سیستم، سیستم بازداری رفتاری (BIS) است که به محرک‌های شرطی تنبیه و فقدان پاداش، محرک‌های جدید و محرک‌های ترس‌آور ذاتی پاسخ می‌دهد [۱۸]. فعالیت BIS موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و بازداری رفتاری، اجتناب فعل‌پذیر، خاموشی و افزایش توجه می‌شود [۱۹]. افرادی که سیستم بازداری رفتاری آنها فعال است بیشتر مستعد تجربهٔ هیجان‌های منفی و کنار آمدن غیرفعال و ضعیف هستند [۱۸]. سومین سیستم، سیستم جنگ - گریز (FFS) است که به محرک‌های آزارنده حساس است. مؤلفهٔ رفتاری این سیستم جنگ (پرخاشگری)، گریز (فرار سریع) و انجماد در برابر محرک‌های تهدیدکننده غیرقابل اجتناب است [۱۹].

تجزیه و تحلیل شد. توزیع جامعه (نرمال بودن توزیع داده‌ها) با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف - اسمیرنوف تعیین شد. در آزمون‌های انجام شده، سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد و نتایج نشان داد توزیع جامعه نرمال بوده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر زنان بارداری با میانگین سنی ۲۷/۶۶ و انحراف استاندارد ۵/۳ شرکت داشتند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کیفیت خواب، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به تفکیک عوامل ساختاری آن شامل تمرکز مثبت بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت، سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، پذیرش و فاجعه‌پنداری و سیستم‌های مغزی - رفتاری نیز به تفکیک عوامل ساختاری سائق، جستجوگری، حساسیت به پاداش، سیستم بازداری رفتار آمده است (جدول شماره ۲)؛ همچنین در این جدول حداقل و حداکثر نمرات نیز آورده شده است.

ضرایب همبستگی بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و کیفیت خواب در جدول شماره ۳ آمده است که نشان می‌دهد تمام ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ معنادار است؛ همچنین در جدول شماره ۴ ضرایب همبستگی بین سیستم‌های مغزی - رفتاری با کیفیت خواب نشان داده شده است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین هیچ کدام از مؤلفه‌های مقیاس سیستم فعال ساز رفتاری با کیفیت خواب، رابطه معنی دار وجود ندارد، اما بین مقیاس سیستم بازداری رفتاری و کیفیت خواب، ضریب همبستگی ۰/۱۵ وجود دارد که در سطح $P < 0/01$ معنادار است.

برای پیش‌بینی کیفیت خواب براساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری، از تحلیل رگرسیون به‌شیوه هم‌زمان استفاده شد و نتایج نشان داد راهبردهای تنظیم هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری، در مجموع می‌توانند ۲۰ درصد از تغییرات مربوط به کیفیت خواب را پیش‌بینی کنند.

در جدول شماره ۵ ضرایب پیش‌بینی کیفیت خواب براساس متغیرهای راهبردهای تنظیم هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری، طبق آزمون تحلیل رگرسیون آمده است.

نتایج تحلیل رگرسیون که در جدول شماره ۵ آمده است، نشان می‌دهد در روش رگرسیون هم‌زمان، سرزنش خود با ضریب تأثیر ۰/۱۶، سرزنش دیگران با ضریب تأثیر ۰/۱۴، نشخوار فکری با ضریب تأثیر ۰/۱۶ و فاجعه‌پنداری با ضریب تأثیر ۰/۱۸، هر کدام می‌تواند باعث کاهش کیفیت خواب شود، اما دیگر متغیرها به‌تنهایی کاهش کیفیت خواب زنان باردار را پیش‌بینی نمی‌کند.

۷ ویژگی خواب در طول یک ماه گذشته، خواب مناسب را از خواب نامناسب مشخص می‌کند. این ابزار خودگزارشی قلمروهای متعددی دارد که شامل کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، کارایی خواب، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه است. اکثر آیتم‌ها براساس سؤالات چندجوابی تنظیم و پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده‌اند. دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ است و سازندگان مقیاس معتقدند یک نمره بالاتر از ۵ اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می‌شود. پایایی این پرسش‌نامه نسبتاً زیاد و برای آن آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۰]. پایایی این پرسش‌نامه در ایران ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ است [۲۱].

ب- پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان: در سال ۲۰۰۱ گرانفسکی و همکاران این پرسش‌نامه را تدوین کردند که مقیاسی چندبعدی و ابزاری خودگزارشی است و ۳۶ ماده دارد و برای شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. این پرسش‌نامه ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) دارد. هر سؤال به روش لیکرت از گزاره‌های هرگز (۱) تا همیشه (۵) شکل گرفته است. از جمع کل نمرات، نمره‌ای کلی به دست می‌آید که بیانگر استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است و می‌تواند در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار گیرد. گرانفسکی و همکاران ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه را در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند [۱۰]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در ایران، براساس گزارش Aminabadi و همکاران (۱۳۹۰) ۰/۷۵ است [۲۲].

ج- مقیاس BAS/BIS: کارور و وایت این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی حساسیت سرشتی افراد طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۴ پرسش خودگزارشی دارد و نحوه نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً درست درباره من (۱) تا کاملاً غلط درباره من (۴) است. به‌جز سؤال‌های ۲ و ۲۲، بقیه سؤالات به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. زیرمقیاس BIS در این پرسش‌نامه شامل ۷ آیتم است و حساسیت سیستم فعال ساز رفتاری را اندازه می‌گیرد. مقیاس BAS سه زیرمقیاس سائق (۴ آیتم)، پاسخ‌دهی به پاداش (۵ آیتم) و جستجوی سرگرمی (۴ آیتم) دارد. ۴ آیتم اضافی نیز به‌عنوان آیتم‌های پوششی در مقیاس آورده شده‌اند و نقشی در ارزیابی BAS/BIS ندارند. به گزارش Carver و White (۱۹۹۴) ثبات درونی برای زیرمقیاس BIS (۰/۷۴)، و ثبات درونی سه زیرمقیاس سائق، پاسخ‌دهی به پاداش و جستجوی سرگرمی به‌ترتیب (۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۶۶) است [۲۳]. Abdolahi Majarshin در سال ۱۳۸۵، ثبات درونی زیرمقیاس BIS را (۰/۸۷) و زیرمقیاس‌های BAS را به‌ترتیب (۰/۷۷، ۰/۸۲ و ۰/۸۶) گزارش کرده است [۲۴].

در این مطالعه، داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و به روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون هم‌زمان

جدول شماره ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | فراوانی | درصد |
|--------------|-----------------|------|
| وضعیت تحصیلی | زیردیپلم | ۲۶/۳ |
| | دیپلم | ۰/۳۶ |
| | بالای دیپلم | ۳۷/۷ |
| زایمان | اول | ۰/۵۶ |
| | دوم | ۰/۳۷ |
| | سوم و بیشتر | ۰/۷ |
| ماه بارداری | ماه اول تا پنجم | ۴۱/۹ |
| | ماه ششم تا نهم | ۰/۵۸ |
| | با سابقه سقط | ۱۷/۷ |
| سقط | بدون سابقه سقط | ۸۲/۳ |

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کیفیت خواب، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و سیستم‌های مغزی-رفتاری

| انحراف استاندارد | میانگین | حداکثر | حداقل | |
|------------------|---------|--------|-------|---------------------------|
| ۶/۷۹ | ۳۴/۰۸ | ۵۱ | ۱۵ | کیفیت خواب |
| ۵/۹۰ | ۲۷/۳۷ | ۴۵ | ۱۱ | تمرکز مثبت بر برنامه‌ریزی |
| ۴/۳۷ | ۱۹/۳۴ | ۳۰ | ۶ | ارزیابی مثبت |
| ۲/۱۶ | ۹/۴۶ | ۱۴ | ۴ | سرزنش خود |
| ۲/۵۹ | ۸/۴۴ | ۱۵ | ۳ | سرزنش دیگران |
| ۲/۵۴ | ۱۴/۵۷ | ۲۴ | ۵ | نشخوار فکری |
| ۳/۱۵ | ۱۳/۵۶ | ۲۰ | ۶ | پذیرش |
| ۳/۰۲ | ۱۳/۵۸ | ۲۰ | ۴ | فاجعه‌پنداری |
| ۲/۲۹ | ۱۰/۹۴ | ۱۶ | ۴ | سائق |
| ۲/۱۵ | ۱۱/۲۵ | ۱۶ | ۴ | جستجوگری |
| ۱/۹۶ | ۱۷/۷۳ | ۲۰ | ۱۱ | حساسیت به پاداش |
| ۲/۶۱ | ۲۰/۸۳ | ۲۷ | ۱۴ | سیستم بازداری رفتار |

جدول شماره ۳. ضرایب همبستگی بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و کیفیت خواب

| سطح معناداری | ضرایب همبستگی | راهبردهای تنظیم هیجان |
|--------------|---------------|---------------------------|
| ۰/۰۰۱ | -۰/۲۹ | تمرکز مثبت بر برنامه‌ریزی |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۲۴ | ارزیابی مثبت |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴ | سرزنش خود |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ | سرزنش دیگران |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵ | نشخوار فکری |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶ | پذیرش |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۳۰ | فاجعه‌پنداری |

جدول شماره ۴. ضرایب همبستگی بین سیستم‌های مغزی - رفتاری با کیفیت خواب

| سیستم‌های مغزی - رفتاری | ضرایب همبستگی | سطح معناداری |
|-------------------------|---------------|--------------|
| سائق | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۹ |
| جستجوگری | ۰/۰۰۷ | ۰/۲۵ |
| حساسیت به پاداش | ۰/۰۰۷ | ۰/۹۰ |
| سیستم بازداری رفتاری | ۰/۱۵ | ۰/۰۱ |

جدول شماره ۵. ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی کیفیت خواب

| متغیر پیش بین | B | β | t | معناداری |
|---------------------------|-------|---------|------|----------|
| سیستم بازداری رفتاری | ۰/۱۴ | ۰/۰۵ | ۰/۹۵ | ۰/۳۴ |
| تمرکز مثبت بر برنامه‌ریزی | -۰/۰۵ | -۰/۰۴ | ۰/۵۲ | ۰/۶۰ |
| ارزیابی مثبت | -۰/۱۰ | -۰/۰۶ | ۰/۷۸ | ۰/۴۴ |
| سرزنش خود | ۰/۵۲ | ۰/۱۶ | ۲/۴۴ | ۰/۰۱ |
| سرزنش دیگران | ۰/۳۷ | ۰/۱۴ | ۲/۲۷ | ۰/۰۲ |
| نشخوار فکری | ۰/۳۰ | ۰/۱۶ | ۲/۰۵ | ۰/۰۴ |
| پذیرش | ۰/۱۱ | ۰/۰۵ | ۰/۷۴ | ۰/۴۶ |
| فاجعه‌پنداری | ۰/۴۱ | ۰/۱۸ | ۲/۷۲ | ۰/۰۰۷ |

ناگوار مقصر می‌دانند و به سرزنش خود می‌پردازند و همچنین افرادی که در رویارویی با موقعیت‌های ناگوار، دیگران را مقصر می‌دانند، هیجانات منفی بیشتر و کیفیت خواب پایین‌تری دارند. Yosefi (۱۳۸۵) نیز در پژوهش خود نشان داد راهبردهای منفی سرزنش خود، سرزنش دیگران و فاجعه‌انگاری، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم افسردگی و اضطراب هستند و به این ترتیب باعث کاهش کیفیت خواب می‌شوند [۲۸].

در مقابل، بین استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کیفیت خواب رابطه معنادار وجود دارد؛ به این معنی که استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان باعث بهبود کیفیت خواب در زنان باردار می‌شود. افرادی که بعد از رویارویی با مشکلات، ذهن خود را به فعالیت‌ها و تجارب مثبت معطوف می‌کنند، بر سازنده‌بودن رویداد ناگوار تأکید دارند و سعی می‌کنند اهمیت و جدیت آن را ناچیز جلوه دهند، نتایج هیجانی مثبت‌تر و کیفیت خواب بهتری دارند. بین هیچ‌کدام از خرده‌مقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری و کیفیت خواب در زنان باردار، رابطه معنادار وجود ندارد، اما بین سیستم بازداری رفتاری و کیفیت خواب در آنها رابطه منفی و معنی‌دار دیده می‌شود؛ به این صورت که حساسیت سیستم بازداری رفتاری، پیشگویی‌کننده تجربه هیجانات منفی [۱۸] و کاهش کیفیت خواب است. افرادی که سیستم بازداری رفتاری آنها فعال است، بیشتر ممکن است مضطرب شوند [۱۴] و صرف وجود اختلالات اضطرابی [۲۹] و استرس [۳۰] در دوران بارداری، باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود.

بحث

در این مطالعه بین تمام مؤلفه‌های منفی و غیرانطباقی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری با کیفیت خواب، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت؛ به این معنا که استفاده از این راهبردهای منفی باعث کاهش کیفیت خواب در زنان باردار شد. براساس نتایج این مطالعه و مطالعات گذشته، بین خواب و هیجان رابطه نزدیکی وجود دارد و هیجانات، خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۲۵]. درگیری‌های درون‌روانی و ناتوانی در تنظیم هیجان؛ به‌ویژه نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری، باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود [۴].

افرادی که در رویارویی با رخداد‌های ناراحت‌کننده، درگیر افکار مربوط به این رخدادها می‌شوند و برای مدت طولانی به نشخوار فکری می‌پردازند، آن را فاجعه و وحشتناک می‌دانند و منفعلانه تسلیم می‌شوند [۲۶]، کیفیت خواب بدتر و هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. این افراد هر بار که به نشخوار فکری می‌پردازند، گویی آن واقعه به‌طور دائم در حال وقوع است. وقتی این افکار شب‌هنگام در ذهن فرد مرور می‌شود، به افزایش ساعات بیداری و کاهش کیفیت خواب منجر خواهد شد. Ghofrani (۱۳۹۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که فاجعه‌انگاری کیفیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش آن خواهد شد [۲۷].

طبق نتایج پژوهش، افرادی که خود را در وقوع حوادث

نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری و سرزنش دیگران و فعالیت زیاد سیستم بازداری رفتاری، از عوامل پیش‌بینی‌کننده کاهش کیفیت خواب در زنان باردار است؛ به‌گونه‌ای که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری در مجموع، می‌تواند ۲۰ درصد از تغییرات مربوط به کاهش کیفیت خواب را پیش‌بینی کند.

محدودیت‌های پژوهش: یکی از محدودیت‌های این پژوهش، پوشش دادن طیف وسیع‌تری از آزمودنی‌ها بود؛ زیرا اغلب مراجعان به مراکز بهداشت از طبقات پایین اجتماعی و اقتصادی هستند. محدودیت دیگر پژوهش تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه‌ها و انگیزه کافی نداشتن آزمودنی‌ها برای پاسخ‌گویی به سؤالات بود. همچنین خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌ها یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود. گفتنی است پژوهشگران تا پایان پژوهش رعایت ملاحظات اخلاقی مانند اختیار دادن به آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات دریافتی را مدنظر قرار دادند.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام پرسنل مراکز بهداشت شهر کرمانشاه به‌ویژه پرسنل بخش زنان و مامایی که در مدت اجرای پژوهش با ما همکاری داشتند و همچنین از شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند. یادآوری می‌شود این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی‌ارشد نویسنده مسئول بوده و تمامی مجوزهای مربوطه اعم از رعایت موازین اخلاقی در پژوهش، در این مطالعه کسب شده است.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

این یافته با نتایج پژوهش Gharashi ناهم‌خوان است؛ در مطالعه او بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و اختلال خواب رابطه معنادار و منفی وجود دارد، اما بین سیستم بازداری رفتاری و اختلال خواب رابطه وجود ندارد [۳۱]. نتایج پژوهش Por rezaye Tajrishi و Mirzamani Bafghi با این مطالعه هم‌خوان است؛ در مطالعه آنها بین سیستم فعال‌ساز رفتار و میزان گرایش به افسردگی رابطه معنی‌دار به دست نیامد، اما بین سیستم بازداری رفتاری و گرایش به افسردگی رابطه مثبت و معنی‌دار بوده است [۳۲].

با استفاده از نتایج این مطالعه و مطالعات قبلی می‌توان به راهکارهای عملی و مهمی اشاره کرد که برخی از آنها عبارت است از: به‌کارگیری روان‌شناسان در مراکز بهداشت، در کنار دیگر پرسنل این مراکز و برای غربال‌گری و مشخص کردن مادران مبتلا به مشکلات خواب، مشکلات هیجانی و اختلالات اضطرابی و تلاش برای حل این مشکلات؛ آموزش مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجان؛ اجرای برنامه‌های مداخله‌ای برای شناسایی و اصلاح راهبردهای منفی و غیرانطباقی تنظیم هیجان در زنان باردار؛ آموزش مدیریت رفتار در موقعیت‌های استرس‌زا، روان‌درمانی و بالاخره راهنمایی مادران برای دریافت خدمات روان‌شناختی.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌های عینی‌تر استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود به رابطه علت و معلولی این متغیرها در غالب طرح‌های آزمایشی توجه شود و نیز از آنجا که این پژوهش در زنان باردار سالم انجام شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، درباره زنان باردار مبتلا به بیماری‌های خاص و زنان نابارور هم انجام شود.

نتیجه‌گیری

استفاده از برخی راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند

References

- Moline M, Broch L, Zak R. Sleep problems across the life cycle in women. *Curr Treat Options Neurol* Jul 2004;6(4):319-30. <https://doi.org/10.1007/s11940-004-0031-6>
- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*. 2001; 97(6): 988-93. PMID:11384708
- Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs* 2005;14(1):107-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01011.x> PMID:15656855
- Guastella A, Moulds M. The impact of rumination on sleep quality following a stressful life event, personality and individual difference 2007; 42: 1151-1162.
- Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmacher T, et al. Women's sleep in health and disease. *J Psychiatr Res* 2005; 39(1): 55-76. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.05.008> PMID:15504424
- Lopes EA, Carvalho LB, Seguro PB, Mattar R, Silva AB, Prado LB, et al. Sleep disorders in pregnancy. *Arquivos Neuro-Psiquiatr* 2004;62:217-21. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000200005>
- Santiago JR, Nolleto MS, Kinzler W, Santiago TV. Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Annals internal Medicine* 2001; 134(5): 396-408. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-5-200103060-00012>
- Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: is there a relationship? *Sleep Med Rev*. 2010;14(2):107-14. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.05.001> PMID:19625199
- Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res*

- Child Dev. 1994;59(2-3):25-52. <https://doi.org/10.2307/1166137> PMID:7984164
10. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Leiderorp* 2002;30:1311-1327.
 11. Szczygiel D, Buczny J, Bazinska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Press indiv differ* 2012; 52(3): 433-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.005>
 12. Samani S, Sadeghi L. The adequacy of psychometric measures of cognitive emotion regulation strategies questionnaire. *J psychomodel method* 2010; 1(1):51-62
 13. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006; 40: 1659-1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
 14. Gray JA. *Personality 7 individual differences. A natural science approach.* New yourk picnum press 1982.
 15. Gray JA. A model of the limbic system and basal ganglia: Applications to anxiety and schizophrenia. In Gazzaniga M, (Eds), *the cognitive neuroscience* 1991; 1165-1176.
 16. Gray JA. Brain systems that mediate both emotion and cognition. special issue: Development of relationship between emotion and cognition. *Cog Emo* 1990; (4): 269-288.
 17. Gray JA, McNaughton N. The neuropsychology of anxiety: Reprise. In hope DA, (Eds), *Nebraska symposium on motivation: Perspective on anxiety, panic, and fear.* 1996; 43: 61-134.
 18. Gray JA, McNaughton N. *The neuropsychology of anxiety. AN enquiry into the functions of the septohippocampal system.* New york: Oxford university press 2000.
 19. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2004; (28): 317-332. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.01.005> PMID: 15225974
 20. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Bermaner SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2): 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
 21. Heydari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. The relationship between insomnia severity, sleep quality, sleepiness and impaired mental health and academic performance of girls. *J woman and culture* 2010; 1(4) 65-76
 22. Aminabadi Z, Dehghani M, Khodapanahi MK. Factor structure and validity of cognitive emotion regulation questionnaire. *J behavioral sciences* 2011; 5(4) 21-22.
 23. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation and effective responses to impending reward and punishment. the BIS/BAS scale. *J Personality and Social psychology* 1994; 67(2): 319-33. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>
 24. Abdolahi Majarshin R. The relationship between inhibition and activation behavioral systems with memory bias in depressed patients. [master thesis]. *Tabriz university* 2006; 57-88
 25. Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. Sleep and emotions: Bidirectional links and underlying mechanisms. *J international of Psychophysiology* 2013; 89(2) 218-228.
 26. Watson w. Few Employers Addressing Workplace Stress, *Watson Wyatt Surveys Find.* *J Press release* 2005; (14): 298-306.
 27. Ghofrani S. Examines the role of cognitive emotion regulation variables interpersonal problems and sleep quality among parents of middle school students. [master thesis]. *Iran; Islamic Azad university of Marvdasht*; 2015
 28. Yosefi F. Investigate the relationship between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students talent. *Quarterly periodical of research of exceptional children* 2006; 6(4) : 871-892
 29. Sutter-Dallay AL, Giaccone, Marcesche V, Glatigny-Dallay E, Verdoul H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense potential depressive systems: a prospective survey of the MATAUTD cohort. *European psychiatry* 2004; 19(8): 459-463. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025> PMID: 15589703
 30. Jokar E, Rahmati A. The effectiveness of stress management on women's sleep quality. *J of mental health principles* 2015; 2(17): 62-66
 31. Gharashi Y. The relationship between brain behavioral systems and depressive symptoms with symptoms of sleep disorders [Master thesis]. *Iran. faculty of education and psychology Tabriz university*; 2015.
 32. Por Rezaye Tajrishi M, Mirzamani Bafghi M. The relationship between brain-behavioral systems, social support and depression. *J social welfare quarterly* 2007; 7(26): 223-246