



نام دانشگاه: پیام نور

مرکز دانشگاه:

نام دانشکده: علوم انسانی

بررسی ارتباط اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار

در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش

نوع پروژه: پایان نامه برای دریافت کارشناسی روانشناسی

نام دانشجو: مهدیه

نام استاد راهنما:

مقطع و رشته: کارشناسی روانشناسی

سال تحصیلی: تابستان ۱۴۰۴



چکیده فارسی

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان این دانشگاه در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که بر اساس فرمول کوکران، ۲۳۵ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه بهداشت خواب، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه پرش افکار مارکوسون (MWQ) بود. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون و آزمون t مستقل) تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین اختلال در بهداشت خواب و میزان اضطراب، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، اختلال در بهداشت خواب با پرش افکار نیز رابطه مثبت و معناداری داشت. یافته‌ها حاکی از آن بود که اضطراب و پرش افکار به‌صورت ترکیبی توانستند سهم معناداری در پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب ایفا کنند. بر اساس این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت پایین بهداشت خواب نه تنها با افزایش اضطراب همراه است، بلکه با پرش افکار نیز ارتباط تنگاتنگی دارد و این سه متغیر در قالب یک چرخه معیوب می‌توانند سلامت روان دانشجویان را به خطر اندازند. این یافته‌ها بر ضرورت توجه دانشگاه‌ها و مراکز مشاوره به تدوین برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی در زمینه ارتقای بهداشت خواب، کاهش اضطراب و مدیریت افکار مزاحم تأکید دارند.

کلیدواژه‌ها: بهداشت خواب، اضطراب، پرش افکار، دانشجویان

English Abstract

The present study aimed to examine the relationship between sleep hygiene disturbance, anxiety, and mind wandering among students of Payame Noor University, Galikesh. The statistical population consisted of all students of this university in the academic year ۲۰۲۴–۲۰۲۵, from which ۲۳۵ participants were selected voluntarily based on Cochran's formula. The research instruments included the Sleep Hygiene Index, the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Mind Wandering Questionnaire (MWQ). Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency) and inferential statistics (Pearson correlation, regression analysis, and independent t-test). The findings revealed a significant positive correlation between sleep hygiene disturbance and anxiety, as well as between sleep hygiene disturbance and mind wandering. Moreover, anxiety and mind wandering together significantly predicted sleep hygiene disturbance. These results suggest that poor sleep hygiene is strongly associated with both increased anxiety and mind wandering, forming a vicious cycle that may jeopardize students' mental health. The findings highlight the need for universities and counseling centers to develop educational programs and psychological interventions aimed at improving sleep hygiene, reducing anxiety, and managing intrusive thoughts.

Keywords: Sleep hygiene, Anxiety, Mind wandering, Students

تقدیر و تشکر

قدردانی از استاد راهنما:

با نهایت احترام و سپاس، مراتب قدردانی خود را از استاد راهنمای گرانقدر، سرکار خانم رقیه خسروی، به خاطر راهنمایی‌های علمی بی‌نظیر، مشاوره‌های دقیق و حمایت‌های مستمر ایشان در طول انجام این پژوهش ابراز می‌کنم. هدایت خردمندانه و راهنمایی‌های ارزشمند ایشان، نه تنها مسیر پژوهش را روشن ساخت، بلکه انگیزه و پشتکار مرا در رسیدن به نتایج مطلوب تقویت نمود.

قدردانی از خانواده:

همچنین از خانواده عزیزم، به ویژه پدر و مادر گرامی‌ام، که با محبت بی‌دریغ، صبر و حمایت‌های مستمر، همواره پشتیبان و دلگرمی من بوده‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنم. همراهی، تشویق و فداکاری‌های آنان، نیروی محرکه‌ای بود که مسیر پژوهش و تحصیل را برایم هموار ساخت و موجب تحقق موفقیت این پایان‌نامه گردید.

فهرست

۱	فصل اول: کلیات تحقیق
۲	۱-۱ مقدمه
۳	۱-۲ بیان مسئله
۵	۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش
۶	۱-۴ اهداف پژوهش
۶	۱-۴-۱ هدف کلی
۶	۱-۴-۲ اهداف جزئی
۷	۱-۴-۳ هدف کاربردی
۷	۱-۵ سوالات پژوهش

۶-۱ فرضیه‌های پژوهش..... ۷

۷-۱ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها..... ۷

۷-۱-۱ اختلال در بهداشت خواب..... ۷

۷-۱-۱-۱ تعریف نظری..... ۸

۷-۱-۱-۲ تعریف عملیاتی..... ۸

۷-۲ اضطراب..... ۸

۷-۲-۱ تعریف نظری..... ۸

۷-۲-۲ تعریف عملیاتی..... ۹

۷-۳ پرش افکار..... ۹

۷-۳-۱ تعریف نظری..... ۹

۷-۳-۲ تعریف عملیاتی..... ۱۰

۸-۱ نتیجه‌گیری..... ۱۰

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش..... ۱۲

۲-۱ مقدمه:..... ۱۳

۲-۲ بهداشت خواب..... ۱۴

۲-۲-۱ تعریف مفهومی بهداشت خواب..... ۱۴

۱۸	..... ۲-۲-۲ تعریف عملیاتی بهداشت خواب
۲۱	..... ۲-۲-۳ تاریخچه مطالعات مربوط به خواب
۲۲	..... ۲-۲-۴ انواع اختلالات خواب و طبقه‌بندی آن‌ها
۲۴	..... ۲-۲-۵ عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی
۲۶	..... ۲-۲-۶ الگوهای خواب در نوجوانان و جوانان، به ویژه دانشجویان
۲۷	..... ۲-۲-۷ نقش سبک زندگی
۲۸	..... ۲-۲-۸ مداخلات درمانی و غیر دارویی برای بهبود خواب
۲۹	..... ۲-۲-۹ مدل‌های نظری خواب
۳۲	..... ۲-۲-۱۰ بهداشت در فرهنگ ایرانی و مقایسه با جوامع دیگر
۳۴	..... ۲-۳ اضطراب
۳۴	..... ۲-۳-۱ تعریف مفهومی اضطراب
۳۶	..... ۲-۳-۲ تعریف عملیاتی اضطراب
۳۷	..... ۲-۳-۳ تمایز اضطراب از ترس و مدرسه
۳۸	..... ۲-۳-۴ نظریه‌های روان‌تحلیلی، شناختی، رفتاری و زیستی اضطراب
۴۰	..... ۲-۳-۵ اضطراب و خواب (تحلیل مکانیزم‌های فیزیولوژیک و روانی)
۴۲	..... ۲-۳-۶ شیوع اضطراب در دانشجویان و عوامل تشدیدکننده
۴۳	..... ۲-۳-۷ راهبردهای مقابله با اضطراب و درمان‌های روانشناختی
۴۵	..... ۲-۳-۸ ابزارها و مقیاس‌های معتبر سنجش اضطراب

- ۴۷ ۲-۳-۹ تفاوت‌های جنسیتی و سنی در تجربه اضطراب
- ۴۸ ۲-۴ پرش افکار
- ۴۸ ۲-۴-۱ تعریف مفهومی پرش افکار
- ۴۹ ۲-۴-۲ تعریف عملیاتی پرش افکار
- ۵۰ ۲-۴-۳ ویژگی‌های شناختی و عصبی شناختی پرش افکار
- ۵۲ ۲-۴-۴ تمایز پرش افکار از نشخوار ذهنی، خیال‌پردازی و توجه پریشی
- ۵۳ ۲-۴-۵ مدل‌های نظری پرش افکار
- ۵۵ ۲-۴-۶ عوامل زمینه‌ساز پرش افکار
- ۵۶ ۲-۴-۷ پیامدهای پرش افکار
- ۵۸ ۲-۴-۸ پرش افکار در خواب و ارتباط با رویاها
- ۵۹ ۲-۴-۹ نقش مداخلات درمانی
- ۶۰ ۲-۴-۱۰ پرش افکار در جمعیت دانشجویان
- ۶۱ ۲-۵ تبیین روابط بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار
- ۶۱ ۲-۵-۱ رابطه بین بهداشت خواب و اضطراب
- ۶۳ ۲-۵-۲ رابطه بین بهداشت خواب با پرش افکار
- ۶۴ ۲-۵-۳ رابطه اضطراب با پرش افکار
- ۶۵ ۲-۵-۴ مکانیسم‌های میانجی‌گری احتمالی بین سه متغیر
- ۶۷ ۲-۵-۵ مدل مفهومی پژوهش بر اساس یافته‌ها و نظریه‌ها
- ۶۸ ۲-۶ پیشینه تجربی پژوهش

۶۸	..... ۲-۶-۱ مرور پژوهش‌های داخلی مرتبط با بهداشت خواب
۶۹	..... ۲-۶-۲ مرور پژوهش‌های داخلی مرتبط با اضطراب
۷۰	..... ۲-۶-۳ مرور پژوهش‌های داخلی مرتبط با پرش افکار
۷۱	..... ۲-۶-۴ پژوهش‌های داخلی درباره ارتباط بین سه متغیر
۷۲	..... ۲-۶-۵ مرور پژوهش‌های خارجی مرتبط با سه متغیر
۷۳	..... ۲-۶-۶ پژوهش‌های ترکیبی داخلی و خارجی
۷۴	..... ۲-۶-۷ روش‌شناسی پژوهش‌های گذشته (نمونه، ابزار، تحلیل آماری)
۷۶	..... ۲-۶-۸ نقاط قوت و ضعف مطالعات پیشین
۷۷	..... ۲-۶-۹ تحلیل شکاف‌های پژوهشی
۷۹	..... ۲-۶-۱۰ جمع‌بندی پیشنهادی و تاکید بر ضرورت پژوهش حاضر
۸۱	..... فصل سوم: روش‌شناسی پژوهش
۸۲	..... ۳-۱ مقدمه
۸۳	..... ۳-۲ نوع پژوهش و روش اجرا
۸۵	..... ۳-۳ جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری
۸۹	..... ۳-۴ ابزارهای پژوهش
۸۹	..... ۳-۴-۱ پرسشنامه بهداشت خواب

۹۱	..... پرشنامه اضطراب بک ۳-۴-۲
۹۲	..... پرشنامه پرش افکار ۳-۴-۳
۹۴	..... شیوه اجرای پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها ۳-۵
۹۴	..... مرحله آمادگی ۳-۵-۱
۹۴	..... شیوه نمره‌گذاری ۳-۵-۲
۹۵	..... فرایند اجرا و جمع‌آوری داده ۳-۵-۳
۹۵	..... ابزار تحلیل داده‌ها ۳-۵-۴
۹۶	..... روش تحلیل داده‌ها ۳-۶
۹۶	..... تحلیل توصیفی ۳-۶-۱
۹۷	..... تحلیل استنباطی ۳-۶-۲
۹۸	..... ملاحظات اخلاقی پژوهش ۳-۷
۹۹	..... محدودیت‌های پژوهش ۳-۸
۹۹	..... محدودیت‌های مربوط به جامعه آماری ۳-۸-۱
۹۹	..... محدودیت‌های مربوط به روش نمونه‌گیری ۳-۸-۲
۹۹	..... محدودیت‌های ابزاری (پرشنامه‌ای) ۳-۸-۳
۱۰۰	..... محدودیت‌های اجرایی ۳-۸-۴
۱۰۰	..... محدودیت‌های تحلیلی ۳-۸-۵

۱۰۰	..... فصل ۳-۹ جمع‌بندی
۱۰۲	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش
۱۰۳	..... ۴-۱ مقدمه
۱۰۳	..... ۴-۲ آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش
۱۰۴	..... ۴-۳ توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه
۱۰۷	..... ۴-۴ آزمون همبستگی بین متغیرها
۱۰۷	..... ۴-۵ رگرسیون
۱۰۷	..... ۴-۵-۱ رگرسیون ساده
۱۰۹	..... ۴-۵-۲ رگرسیون پیشرفته
۱۱۰	..... ۴-۶ آزمون تی مستقل
۱۱۰	..... ۴-۷ جدول نتایج آزمون تی مستقل
۱۱۱	..... ۴-۸ نتیجه‌گیری فصل
۱۱۳	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۱۱۴	..... ۵-۱ مقدمه
۱۱۵	..... ۵-۲ خلاصه یافته‌های پژوهش

۱۱۵	..... ۵-۲-۱ یافته‌های توصیفی
۱۱۶	..... ۵-۲-۲ یافته‌های استنباطی
۱۱۶	..... ۵-۲-۳ جمع‌بندی
۱۱۷	..... ۵-۳ پاسخ به اهداف پژوهش
۱۱۷	..... ۵-۳-۱ هدف کلی
۱۱۷	..... ۵-۳-۲ اهداف جزئی
۱۱۹	..... ۵-۳-۳ هدف کاربردی
۱۱۹	..... ۵-۴ پاسخ به پرسش‌های پژوهش
۱۲۲	..... ۵-۵ بررسی فرضیه‌های پژوهش
۱۲۴	..... ۵-۶ پیشنهادهای کاربردی پژوهش
۱۲۵	..... ۵-۷ پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده
۱۲۶	..... ۵-۸ محدودیت‌های پژوهش
۱۲۸	..... ۵-۹ جمع‌بندی فصل
۱۲۹	..... منابع
	..... پیوست‌ها

فهرست جداول و نمودارها

- ۴-۱ جدول آمار توصیفی متغیرهای اصلی ۱۰۳
- ۴-۲ جدول وضعیت داده‌های معتبر و گم‌شده ۱۰۵
- ۴-۳ جدول توزیع فراوانی سن ۱۰۵
- ۴-۴ جدول توزیع فراوانی جنسیت ۱۰۶
- ۴-۵ جدول توزیع فراوانی رشته تحصیلی ۱۰۶
- ۴-۶ جدول همبستگی پیرسون ۱۰۷
- ۴-۷ جدول متغیرهای وارد شده/حذف شده رگرسیون ساده ۱۰۸
- ۴-۸ جدول خلاصه مدل رگرسیون ساده ۱۰۸
- ۴-۹ جدول آزمون کلی آنووا رگرسیون ساده ۱۰۸
- ۴-۱۰ جدول ضرایب رگرسیون ساده ۱۰۹
- ۴-۱۱ جدول متغیرهای وارد شده/حذف شده رگرسیون پیشرفته ۱۰۹
- ۴-۱۲ جدول خلاصه مدل رگرسیون پیشرفته ۱۰۹
- ۴-۱۳ جدول آزمون کلی آنووا رگرسیون پیشرفته ۱۰۹

- ۴-۱۴ جدول ضرایب رگرسیون پیشرفته ۱۱۰
- ۴-۱۵ جدول آمار توصیفی گروه‌ها ۱۱۰
- ۴-۱۶ جدول نتایج آزمون تی مستقل ۱۱۱
- ۵-۱ جدول خلاصه پاسخ به پرسش‌های پژوهش ۱۲۱
- ۵-۲ جدول خلاصه نتایج آزمون فرضیه ۱۲۴
- ۴-۲ نمودار هیستوگرام نمرات بهداشت خواب ۱۰۳
- ۴-۲ نمودار هیستوگرام نمرات اضطراب ۱۰۴
- ۴-۳ نمودار هیستوگرام نمرات پرش افکار ۱۰۴
- ۴-۴ نمودار میله‌ای جمعیت ۱۰۶

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱: مقدمه

خواب، یکی از نیازهای زیستی، روانی و شناختی بنیادین انسان است که نه تنها در بازسازی فیزیولوژیکی بدن نقش ایفا می‌کند، بلکه عاملی حیاتی برای تنظیم هیجان‌ات، تقویت حافظه، تمرکز و تصمیم‌گیری نیز محسوب می‌شود. در قرن بیست‌ویکم، به‌ویژه در جوامع دانشجوئی، کیفیت خواب با چالش‌های بسیاری مواجه شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خواب کافی و با کیفیت نقش کلیدی در تعادل روانی، بهبود یادگیری و کاهش اختلالات اضطرابی دارد (Walker, ۲۰۱۷). به همین دلیل، مفهوم «بهداشت خواب» یا Sleep Hygiene به‌عنوان مجموعه‌ای از رفتارها، عادات، نگرش‌ها و شرایط محیطی مؤثر بر کیفیت خواب، مورد توجه در این پژوهشان سلامت روان و علوم اعصاب قرار گرفته است (Hirshkowitz et al., ۲۰۱۵).

در فضای دانشگاهی، دانشجویان اغلب با سبک زندگی ناسالم خواب، ساعات نامنظم، استفاده بیش‌ازحد از تلفن همراه و استرس‌های آموزشی و مالی مواجه هستند. این عوامل به اختلال در بهداشت خواب منجر شده و پیامدهایی چون خستگی مزمن، کاهش تمرکز، افت تحصیلی، و بروز اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی به‌دنبال دارند (فرجی و همکاران، ۱۳۹۹؛ Lund et al., ۲۰۱۰).

از طرف دیگر، اضطراب به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در بین دانشجویان شناخته شده است که رابطه‌ای دوسویه با کیفیت خواب دارد؛ بدین معنا که اضطراب می‌تواند باعث اختلال در خواب شود و اختلالات خواب نیز به افزایش اضطراب منجر می‌شوند (Spielberger, ۱۹۸۳؛ Harvey, ۲۰۰۲).

همچنین یکی دیگر از پدیده‌های ذهنی مهم در این زمینه، پرش افکار یا Mind Wandering است. این وضعیت که با افکار مزاحم، ناخواسته و غیرارادی همراه است، مانع تمرکز ذهنی و آرامش روان‌شناختی فرد می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که پرش افکار نه تنها خواب شبانه را مختل می‌کند، بلکه با سطوح بالای اضطراب، استرس و نارضایتی از زندگی نیز همبسته است (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

در مجموع، اختلال در بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار سه عاملی هستند که به صورت متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند و مطالعه همزمان آن‌ها می‌تواند درک عمیق‌تری از وضعیت روان‌شناختی دانشجویان فراهم آورد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین این سه متغیر در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش طراحی شده و در تلاش است تا خلأ موجود در این حوزه را با استفاده از ابزارهای علمی معتبر و نمونه‌گیری دقیق، پوشش دهد.

۲-۱: بیان مسئله

در عصر حاضر، اختلالات مرتبط با خواب به یکی از نگرانی‌های مهم در حوزه سلامت روان تبدیل شده است. رشد فناوری، سبک زندگی مدرن، افزایش اضطراب‌های تحصیلی و فشارهای روانی، خواب را که یکی از ارکان سلامت جسمی و روانی انسان محسوب می‌شود، دچار اختلال کرده‌اند (Hirshkowitz et al., ۲۰۱۵؛ صمدی و همکاران، ۱۳۹۸). این اختلالات به‌ویژه در بین قشر دانشجو که در مرحله حساسی از رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی قرار دارند، نمود بیشتری یافته‌اند. دانشجویان اغلب با بی‌نظمی در ساعت خواب، استفاده از وسایل الکترونیکی پیش از خواب، اشتغالات ذهنی مکرر و اضطراب‌های درسی و شخصی مواجه هستند که می‌تواند به افت کیفیت خواب، بی‌خوابی، یا خواب سطحی و غیرترمیمی منجر شود (Lund et al., ۲۰۱۰؛ فرجی و همکاران، ۱۳۹۹).

خواب سالم، به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم سلامت روان، مستقیماً با کارکردهای شناختی، هیجانی، و جسمانی در ارتباط است. بر اساس نظریه شناختی بی‌خوابی (Harvey, ۲۰۰۲)، افکار منفی و نگرانی‌های قبل از خواب، از جمله عواملی هستند که مانع از آرام‌سازی ذهن شده و خواب را به تعویق می‌اندازند. این اختلال در طول زمان می‌تواند به تشدید اضطراب، افسردگی، مشکلات تمرکز و حتی اختلال در عملکردهای تحصیلی منجر شود (American Sleep Association, ۲۰۲۱). اختلال در خواب نه‌تنها پیامد اضطراب است، بلکه خود نیز می‌تواند یکی از علل بروز یا تشدید اضطراب باشد؛ به‌عبارتی، بین خواب و اضطراب یک رابطه دوطرفه و پیچیده وجود دارد (Walker, ۲۰۱۷؛ Spielberger, ۱۹۸۳).

اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در میان دانشجویان است. این حالت هیجانی با نشانه‌هایی چون بی‌قراری، تپش قلب، تنش عضلانی، تعریق، مشکلات تمرکز و اختلال در عملکردهای روزمره همراه است و اغلب به دلیل فشارهای تحصیلی، نگرانی درباره آینده، و فشارهای بین‌فردی تجربه می‌شود (Spielberger, ۱۹۸۳؛ فرجی و همکاران، ۱۳۹۹). یافته‌های پژوهشی متعدد نشان داده‌اند که اضطراب بالا می‌تواند کیفیت

خواب را به شدت کاهش داده، سبب دیر به خواب رفتن، بیدار شدن‌های مکرر شبانه، و در نهایت، احساس خستگی در طول روز شود (Harvey, ۲۰۰۲; Irish et al., ۲۰۱۵).

در این میان، یکی دیگر از پدیده‌های روان‌شناختی مهم که کمتر مورد توجه قرار گرفته، اما به شدت بر کیفیت خواب تأثیرگذار است، پدیده‌ی «پرش افکار» یا «ذهن‌پریشی» (Mind Wandering) است. پرش افکار حالتی ذهنی است که در آن فرد دچار افکار خودبه‌خود، ناخواسته و بی‌ارتباط با فعالیت جاری می‌شود. این افکار معمولاً به صورت غیرارادی و اغلب در زمان‌هایی مانند هنگام مطالعه، استراحت، یا پیش از خواب بروز می‌کنند (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که پرش افکار با سطوح بالاتر اضطراب، کاهش تمرکز، نارضایتی از زندگی، و اختلال در خواب رابطه دارد (Walker, ۲۰۱۷). به‌ویژه در هنگام خواب، هجوم افکار مزاحم می‌تواند فرایند به خواب رفتن را مختل کرده و موجب بی‌خوابی یا خواب بی‌کیفیت شود.

بر این اساس، وجود هم‌زمان اختلال در خواب، اضطراب، و پرش افکار، به‌صورت یک چرخه معیوب می‌تواند زمینه‌ساز آسیب‌های جدی روانی در دانشجویان گردد. برای مثال، اضطراب می‌تواند پرش افکار را افزایش دهد، پرش افکار به خواب آسیب بزند، و کم‌خوابی به نوبه خود اضطراب را تشدید کند. در این چرخه، دانشجو ممکن است توانایی تمرکز، برنامه‌ریزی، و یادگیری مؤثر را از دست دهد و دچار افت تحصیلی و کاهش انگیزه شود.

علی‌رغم اهمیت بالای این موضوع، در ادبیات پژوهشی داخلی مطالعات جامع کمی به‌صورت هم‌زمان به بررسی رابطه میان این سه متغیر مهم پرداخته‌اند. اغلب پژوهش‌ها یا صرفاً به بررسی اختلالات خواب پرداخته‌اند (صمدی و همکاران، ۱۳۹۸)، یا ارتباط بین اضطراب و استفاده از موبایل و کیفیت خواب را مطالعه کرده‌اند (فرجی و همکاران، ۱۳۹۹)، یا تأثیر پرش افکار را در چارچوب‌های نظری جداگانه بررسی نموده‌اند (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). لذا، خلأ پژوهشی مهمی در بررسی رابطه ساختاری و هم‌بسته میان بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار در جمعیت دانشجویی ایران مشاهده می‌شود.

از آنجا که دانشجویان آینده‌سازان جامعه‌اند، سلامت روان آن‌ها به‌ویژه در حوزه خواب و آرامش ذهنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شناخت دقیق روابط بین این متغیرها می‌تواند در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناختی، مشاوره‌ای و بهداشتی مفید باشد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین اختلال در بهداشت خواب، میزان اضطراب و پرش افکار در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش طراحی

شده است. در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، پرسشنامه پرش افکار مارکوسون (MWQ)، و ابزار سنجش بهداشت خواب استفاده می‌شود.

۳-۱: اهمیت و ضرورت پژوهش

خواب به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای حیاتی انسان، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت جسمانی، روانی و شناختی ایفا می‌کند. شواهد علمی نشان می‌دهند که کیفیت و کمیت خواب بر کارکردهای مهمی همچون حافظه، یادگیری، تنظیم هیجان‌ها، عملکرد ایمنی بدن و حتی سلامت قلبی-عروقی اثر مستقیم دارد (Walker, ۲۰۱۷؛ Irish et al., ۲۰۱۵). با وجود این، تغییر سبک زندگی، افزایش استفاده از فناوری‌های نوین و فشارهای روانی و اجتماعی سبب شده است که اختلالات خواب در دهه‌های اخیر، به‌ویژه در میان جوانان و دانشجویان، روندی فزاینده پیدا کند (Lund et al., ۲۰۱۰؛ صمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

دانشجویان به دلیل شرایط خاص تحصیلی، استرس‌های آموزشی و فشارهای روانی، یکی از گروه‌های در معرض خطر اختلالات خواب محسوب می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع مشکلات خواب در این گروه می‌تواند پیامدهایی چون کاهش تمرکز، افت عملکرد تحصیلی، نارضایتی از زندگی، افزایش اضطراب و افسردگی و حتی بروز رفتارهای پرخطر را به‌دنبال داشته باشد (Harvey, ۲۰۰۲؛ فرجی و همکاران، ۱۳۹۹). از میان عوامل روان‌شناختی مرتبط با خواب، اضطراب و پرش افکار اهمیت ویژه‌ای دارند. اضطراب نه‌تنها کیفیت خواب را کاهش می‌دهد، بلکه خود می‌تواند پیامد کم‌خوابی باشد و یک چرخه معیوب ایجاد کند (Spielberger, ۱۹۸۳؛ Harvey, ۲۰۰۲). همچنین، پرش افکار به‌عنوان یکی از مفاهیم نوین در روان‌شناسی شناختی، به معنای حضور افکار مزاحم و ناخواسته است که مانع تمرکز شده و فرایند خوابیدن را دشوار می‌سازد (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). شواهد نشان می‌دهند که پرش افکار می‌تواند با اضطراب مرتبط باشد و به‌عنوان واسطه‌ای در بروز اختلالات خواب عمل کند (Walker, ۲۰۱۷).

اهمیت دیگر پژوهش حاضر در این است که با وجود مطالعات فراوان درباره رابطه خواب با اضطراب یا خواب با پرش افکار به‌صورت مجزا، بررسی هم‌زمان این سه متغیر به‌ویژه در جامعه دانشجویی ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است. اغلب پژوهش‌های داخلی بیشتر بر رابطه اضطراب و استفاده از فناوری یا کیفیت خواب تمرکز کرده‌اند (فرجی و همکاران، ۱۳۹۹) و پژوهشی جامع که نقش پرش افکار را در کنار اضطراب و بهداشت خواب بررسی کند، کمتر انجام شده است.

از نظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های دانشگاهی برای ارتقای سلامت روان دانشجویان، طراحی برنامه‌های آموزشی برای بهبود بهداشت خواب، و تدوین مداخلات روان‌درمانی و شناختی-رفتاری جهت کاهش اضطراب و مدیریت افکار مزاحم مفید واقع شود. همچنین مشاوران، روان‌شناسان و خانواده‌ها می‌توانند بر اساس نتایج این پژوهش راهکارهایی برای کمک به بهبود کیفیت خواب دانشجویان و کاهش آسیب‌های روانی به کار گیرند.

در نهایت، با توجه به افزایش شیوع کم‌خوابی و اختلالات اضطرابی در میان دانشجویان کشور و خلأ پژوهشی موجود درباره بررسی هم‌زمان متغیرهای اضطراب، پرش افکار و بهداشت خواب در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران، انجام پژوهش حاضر ضرورت علمی و عملی دارد. این مطالعه می‌تواند در پر کردن این شکاف دانشی و توسعه مداخلات اثربخش برای ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی دانشجویان نقش بسزایی ایفا کند.

۱-۴: اهداف پژوهش

با توجه به افزایش اختلالات خواب در میان دانشجویان، که با پیامدهای روان‌شناختی همچون اضطراب و پرش افکار همراه است، پژوهش حاضر درصدد بررسی علمی رابطه میان اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش است. هدف اصلی این پژوهش، شناسایی ارتباط این متغیرها و فراهم‌سازی داده‌های علمی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روانی این قشر است.

۱-۴-۱: هدف کلی:

بررسی رابطه اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش.

۱-۴-۲: اهداف جزئی:

۱. توصیف میزان اختلال در بهداشت خواب در میان دانشجویان نمونه پژوهش.

۲. سنجش سطح اضطراب در دانشجویان و تحلیل آن.

۳. بررسی میزان پرش افکار (mind-wandering) در نمونه مورد مطالعه.

۴. بررسی رابطه بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب.

۵. بررسی رابطه بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب.

۶. شناسایی تأثیر ترکیبی اضطراب و پرش افکار در پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب.

۷. تحلیل نقش متغیرهای اضطراب و پرش افکار به‌عنوان عوامل تبیین‌کننده کیفیت خواب در دانشجویان.

۳-۴-۱: هدف کاربردی:

فراهم کردن داده‌های روان‌شناختی به منظور طراحی مداخلات مشاوره‌ای برای ارتقاء بهداشت خواب، کاهش اضطراب و کنترل پرش افکار در دانشجویان دانشگاه‌های کشور.

۵-۱: سوالات پژوهش

۱. آیا بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد؟

۲. آیا بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب رابطه معناداری مشاهده می‌شود؟

۳. آیا اضطراب و پرش افکار می‌توانند اختلال در بهداشت خواب را در دانشجویان پیش‌بینی کنند؟

۴. سطح اضطراب و پرش افکار دانشجویان تا چه اندازه با کیفیت خواب آن‌ها مرتبط است؟

۶-۱: فرضیه‌های پژوهش

۱. بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

۲. بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب در این دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

۳. اضطراب و پرش افکار به‌صورت ترکیبی می‌توانند اختلال در بهداشت خواب را پیش‌بینی کنند.

۷-۱: تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

در این پژوهش، سه متغیر اصلی اختلال در بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار به‌صورت مفهومی و عملیاتی تعریف شده‌اند تا چارچوب علمی و روایی مطالعه کاملاً مشخص و مبنای تحلیل داده‌ها قرار گیرد. این تعاریف همچنین به افزایش دقت و انسجام پژوهش کمک می‌کنند و امکان مقایسه نتایج با پژوهش‌های پیشین را فراهم می‌آورند.

۱-۷-۱: اختلال در بهداشت خواب

۱-۷-۱-۱: **تعریف نظری:** بهداشت خواب به مجموعه عادات، رفتارها و شرایط محیطی گفته می‌شود که کیفیت و کمیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Irish et al., ۲۰۱۵). این شامل زمان و مکان خوابیدن، محیط اتاق خواب، فعالیت‌های پیش از خواب، مصرف مواد محرک مانند کافئین، استفاده از وسایل الکترونیکی و سایر عادات است. اختلال در بهداشت خواب زمانی رخ می‌دهد که این عادات نامناسب یا ناسازگار موجب کاهش کیفیت خواب، بی‌خوابی یا اختلالات دیگر مرتبط با خواب شود. بهداشت خواب ضعیف می‌تواند منجر به افزایش اضطراب، تحریک پذیری، اختلال در کارکرد روزانه و مشکلات سلامت روانی و جسمی شود (Harvey, ۲۰۰۲; American Sleep Association, ۲۰۲۱).

مطالعات نشان می‌دهند که بهداشت خواب ضعیف یکی از عوامل اصلی بروز اختلالات خواب در دانشجویان است. استفاده مکرر و طولانی‌مدت از تلفن همراه و وسایل الکترونیکی قبل از خواب به‌ویژه با نور آبی صفحه نمایش، ترشح ملاتونین را کاهش داده و فرآیند خواب را مختل می‌کند (فرجی، نادری و مهدوی، ۱۳۹۹).

همچنین، بی‌نظمی در ساعات خواب و بیداری، مصرف کافئین و عدم توجه به محیط خواب مناسب از دیگر عوامل مؤثر در ایجاد اختلالات خواب هستند (Lund et al., ۲۰۱۰; Irish et al., ۲۰۱۵).

۱-۷-۱-۲: **تعریف عملیاتی:** در این پژوهش، اختلال در بهداشت خواب با «پرسشنامه بهداشت خواب» (Sleep Hygiene Index) سنجیده می‌شود. این پرسشنامه چندبخشی به بررسی عادات خواب از جمله زمان به خواب رفتن، کیفیت محیط خواب، استفاده از وسایل الکترونیکی، مصرف مواد محرک و آرام‌بخش می‌پردازد. نمرات پرسشنامه به صورت عددی جمع‌بندی شده و سطوح مختلف بهداشت خواب را مشخص می‌کند؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده اختلال شدیدتر در بهداشت خواب است. این ابزار با توجه به اعتبار و روایی بالایی که در مطالعات مختلف یافته، یکی از متداول‌ترین و معتبرترین روش‌های سنجش بهداشت خواب به شمار می‌رود (American Sleep Association, ۲۰۲۱).

۱-۷-۲: اضطراب

۱-۷-۲-۱: **تعریف نظری:** اضطراب، واکنشی طبیعی و محافظتی است که در مواجهه با تهدیدات واقعی یا خیالی در فرد ایجاد می‌شود و با نگرانی مداوم، دلشوره، و واکنش‌های فیزیولوژیکی همراه است. این حالت روانی پیچیده به

صورت هیجان غیرقابل کنترل و ناراحتی ذهنی و جسمانی ظاهر می‌شود که می‌تواند به صورت اضطراب حالت (state anxiety) یا اضطراب صفت (trait anxiety) بروز کند (Spielberger, ۱۹۸۳). اضطراب حالت، واکنشی گذرا به شرایط محیطی است، در حالی که اضطراب صفت، ویژگی پایدار و ماندگار شخصیت فرد محسوب می‌شود.

از لحاظ فیزیولوژیکی، اضطراب باعث افزایش فعالیت سیستم عصبی خودمختار، تحریک سیستم سمپاتیک، ترشح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول می‌شود که همگی می‌توانند فرآیندهای طبیعی خواب را مختل سازند (Harvey, ۲۰۰۲).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که اضطراب مزمن و شدید، عامل مهمی در ایجاد و تشدید اختلالات خواب است، به‌ویژه بی‌خوابی. بی‌خوابی ناشی از اضطراب می‌تواند سبب کاهش توانایی فرد در تمرکز، اختلالات حافظه، افزایش خطر بروز اختلالات روانی مانند افسردگی و کاهش کیفیت زندگی شود (Walker, ۲۰۱۷). علاوه بر این، اضطراب بر کیفیت خواب REM که برای تثبیت خاطرات و بازیابی انرژی ذهنی حیاتی است، تأثیر منفی می‌گذارد. به طور کلی، اضطراب با ایجاد چرخه معیوبی که در آن اضطراب باعث اختلال خواب می‌شود و اختلال خواب خود باعث افزایش اضطراب می‌گردد، ارتباط تنگاتنگی دارد (Harvey, ۲۰۰۲).

۲-۲-۱: تعریف عملیاتی: در این مطالعه، برای سنجش شدت اضطراب از «پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory - BAI)» استفاده می‌شود. این پرسشنامه استاندارد شامل ۲۱ سوال است که هر یک نشان‌دهنده نشانه‌های رایج اضطراب جسمانی و روانی مانند تپش قلب، احساس ترس، سرگیجه، و مشکلات تمرکز می‌باشد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از «هیچ‌وقت» تا «تقریباً همیشه» درجه‌بندی شده‌اند و نمره کل نمایانگر شدت اضطراب فرد در بازه زمانی معین است. این ابزار به دلیل سادگی، اعتبار و روایی بالای روان‌سنجی در جمعیت‌های مختلف از جمله دانشجویان کاربرد وسیعی دارد و امکان مقایسه نتایج با پژوهش‌های قبلی را میسر می‌سازد (Spielberger, ۱۹۸۳).

۳-۲-۱: پرسش افکار

۳-۲-۱: تعریف نظری: پرسش افکار یا ذهن‌پریشی، وضعیتی است که در آن تمرکز ذهنی فرد به صورت غیرارادی و ناگهانی از موضوع اصلی منحرف شده و به افکار پراکنده و ناخواسته اختصاص می‌یابد (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). این حالت اغلب با اضطراب و استرس همراه است و موجب کاهش کارایی شناختی

می‌شود. در فرآیند خواب، پرش افکار یکی از عوامل مهم بروز اختلالات است؛ زیرا افکار مزاحم موجب افزایش فعالیت ذهنی و عدم توانایی در آرام‌سازی مغز برای ورود به مراحل عمیق خواب می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن‌پریشی می‌تواند زمان به خواب رفتن را افزایش دهد و کیفیت خواب را کاهش دهد که پیامد آن خستگی، کاهش تمرکز و افزایش اضطراب روزانه است (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵; Harvey, ۲۰۰۲).

از نظر روان‌شناختی، پرش افکار نوعی پاسخ به شرایط فشار روانی است که مغز سعی می‌کند با آن مقابله کند، اما به دلیل عدم تمرکز، این فرآیند به چرخه‌ای معیوب تبدیل می‌شود که با اضطراب و اختلال خواب در تعامل است. مطالعات تصویربرداری مغزی نیز نشان می‌دهد که فعالیت بیش از حد بخش‌هایی از مغز مرتبط با افکار خودآگاه و توجه در افراد دچار پرش افکار بیشتر است (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

۲-۳-۱: تعریف عملیاتی: در این پژوهش، پرش افکار با «پرسشنامه پرش افکار مارکوسون (Mind Wandering Questionnaire - MWQ)» اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه شامل ۵ گویه است که میزان افکار ناخواسته، حواس‌پرتی و ناتوانی در حفظ تمرکز را در بازه زمانی مشخص می‌سنجد. پاسخ‌ها بر مبنای لیکرت ۶ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» داده می‌شود. اعتبار و روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تایید شده و از ابزارهای کاربردی در تحقیقات روان‌شناسی شناختی و بالینی به شمار می‌رود (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). استفاده از MWQ امکان بررسی دقیق شدت پرش افکار و ارتباط آن با کیفیت خواب را در بین دانشجویان فراهم می‌کند.

۸-۱: نتیجه‌گیری فصل اول

در فصل اول، به‌طور جامع به تبیین کلیات پژوهش حاضر پرداخته شد. ابتدا اهمیت خواب به‌عنوان یکی از نیازهای بنیادین انسان و نقش آن در سلامت روان، شناخت و جسم مورد بررسی قرار گرفت. سپس نشان داده شد که اختلال در بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار سه عامل مهم و در عین حال مرتبط با یکدیگر هستند که می‌توانند چرخه‌ای معیوب را در زندگی دانشجویان ایجاد کنند. مرور ادبیات نظری بیانگر آن است که اضطراب نه‌تنها کیفیت خواب را کاهش می‌دهد، بلکه خود تحت تأثیر کم‌خوابی نیز تشدید می‌شود. در همین راستا، پرش افکار به‌عنوان عاملی نوظهور در روان‌شناسی شناختی، نقش واسطه‌ای و تقویت‌کننده‌ای در این چرخه ایفا می‌کند و موجب دشواری در تمرکز، آرام‌سازی ذهن و در نتیجه اختلال در خواب می‌گردد.

اهمیت این موضوع در قشر دانشجویی، به دلیل مواجهه با فشارهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی، بیش از سایر گروه‌هاست و می‌تواند به پیامدهایی چون افت عملکرد تحصیلی، کاهش سلامت روان و افزایش آسیب‌پذیری منجر شود. با وجود پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه خواب و اضطراب یا پرش افکار به‌صورت جداگانه، بررسی هم‌زمان این سه متغیر به‌ویژه در بستر فرهنگی ایران و در دانشگاه پیام نور گالیکش، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. همین‌کلاً پژوهشی، ضرورت انجام مطالعه حاضر را دوچندان می‌سازد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش طراحی شده است. اهداف، پرسش‌ها و فرضیه‌های پژوهش نیز در این فصل به‌طور شفاف مطرح شدند تا مسیر تحقیق در فصل‌های بعدی به‌صورت علمی و نظام‌مند دنبال گردد. انتظار می‌رود نتایج این مطالعه ضمن پر کردن شکاف موجود در ادبیات پژوهشی، به طراحی مداخلات کاربردی در حوزه سلامت روان دانشجویان و ارتقاء کیفیت زندگی آنان کمک کند.

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱-۲: مقدمه

در عصر حاضر، اختلالات مرتبط با خواب به‌عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روانی و جسمی انسان مدرن شناخته می‌شوند. تغییر سبک زندگی، افزایش استفاده از رسانه‌های دیجیتال، گسترش ساعات کاری، افزایش فشارهای تحصیلی و حرفه‌ای، و تغییرات در ریتم‌های زیستی از جمله عواملی هستند که کیفیت و کمیت خواب را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار داده‌اند (Leone & Sigman, ۲۰۲۰). در این میان، مفهوم «بهداشت خواب» به‌عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و شرایط محیطی که خواب سالم را تسهیل می‌کنند، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (Irish et al., ۲۰۱۵). بهداشت خواب ناکافی می‌تواند منجر به بروز اختلالات خواب مانند بی‌خوابی، کاهش کیفیت خواب، شب‌زنده‌داری و اختلال در شروع یا تداوم خواب گردد که پیامدهای منفی گسترده‌ای برای سلامت روانی و شناختی افراد دارد.

یکی از پیامدهای مهم اختلال در بهداشت خواب، افزایش سطح اضطراب در فرد است. اضطراب به‌عنوان پاسخ روان‌شناختی به تهدید درک‌شده، زمانی که مزمن یا شدید شود، توانایی فرد برای تنظیم هیجانات، تمرکز و عملکرد روزانه را مختل می‌کند. از سوی دیگر، اضطراب مزمن می‌تواند چرخه خواب را بر هم زده و منجر به اختلال در فرآیندهای نوروشیمیایی مغز مرتبط با خواب، مانند ترشح ملاتونین و تنظیم کورتیزول شود (Palagini et al., ۲۰۱۶). مطالعات متعددی تأیید کرده‌اند که خواب ناکافی یا بی‌کیفیت با سطوح بالاتر اضطراب همبستگی دارد، به‌ویژه در گروه‌هایی مانند نوجوانان، دانشجویان، و افراد در معرض فشارهای روانی (Alfano et al., ۲۰۱۰؛ Baglioni et al., ۲۰۱۱).

عامل روان‌شناختی دیگری که با خواب در ارتباط تنگاتنگ قرار دارد، پدیده پرش افکار (Mind Wandering) یا افکار مزاحم و غیرارادی است. پرش افکار به حالتی اطلاق می‌شود که در آن ذهن فرد از تمرکز بر وظیفه یا تجربه جاری منحرف شده و به افکار پراکنده، اغلب منفی و نگران‌کننده کشیده می‌شود (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). این حالت ذهنی در ساعات قبل از خواب می‌تواند به‌طور خاص مانع از آرام‌سازی ذهن و بدن شده و ورود به فازهای مختلف خواب را دشوار سازد. همچنین، پرش افکار خود می‌تواند زاینده یا تشدیدکننده اضطراب باشد و یک چرخه معیوب میان این متغیرها ایجاد کند که در آن اضطراب منجر به افکار

مزاحم، و این افکار مانع از خواب شده و دوباره اضطراب را افزایش می‌دهند (Harvey, ۲۰۰۲؛ Ottaviani et al., ۲۰۱۵).

پژوهش‌های نوین در حوزه علوم اعصاب شناختی نیز نشان داده‌اند که پرش افکار با فعالیت بیش‌ازحد شبکه پیش‌فرض مغز (Default Mode Network) مرتبط است؛ شبکه‌ای که در زمان عدم تمرکز بر محرک‌های بیرونی فعال می‌شود و با پردازش افکار درونی، خودارزیابی، و آینده‌نگری در ارتباط است (Christoff et al., ۲۰۱۶). فعالیت بیش‌ازحد این شبکه در هنگام خواب و پیش از آن می‌تواند مانع از خاموشی نورون‌ها و شروع خواب مؤثر شود.

از طرفی، ادبیات علمی نشان می‌دهد که پرش افکار و اضطراب هر دو با بهداشت خواب ارتباط دارند، اما هنوز ابعاد دقیق این روابط، به‌ویژه در جوامع دانشگاهی و در بستر فرهنگی ایران، به‌طور کامل واکاوی نشده‌اند. بنابراین، ضرورت دارد با نگاهی نظام‌مند و جامع، سه متغیر بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار را به‌صورت نظری و تجربی مورد بررسی قرار داد تا بتوان مبنایی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی و ارتقاء سلامت دانشجویان فراهم آورد.

در این فصل، تلاش می‌شود به‌طور جامع به بررسی مبانی نظری مرتبط با سه متغیر اصلی پژوهش پرداخته شود. ابتدا مفهوم و مؤلفه‌های بهداشت خواب، سپس ابعاد اضطراب و در نهایت ماهیت پرش افکار از منظر روان‌شناسی و علوم اعصاب شناختی تحلیل خواهند شد. همچنین، نظریه‌ها و مدل‌های علمی که روابط بین این متغیرها را تبیین می‌کنند، مرور شده و در ادامه، پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی مرتبط با موضوع ارائه خواهد شد.

۲-۲: بهداشت خواب

۲-۲-۱: تعریف مفهومی بهداشت خواب

بهداشت خواب یکی از مولفه‌های اساسی سلامت انسان است که به مجموعه‌ای از رفتارها، عادات، و شرایط محیطی اطلاق می‌شود که کیفیت، کمیت و الگوی خواب را بهبود می‌بخشد و در حفظ سلامت جسمی و روانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (Stepanski & Wyatt, ۲۰۰۳). بهداشت خواب علاوه بر تعیین سلامت خواب،

نقش مهمی در بهبود کارکردهای شناختی، احساسی و فیزیولوژیکی روزانه ایفا می‌کند و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Hirshkowitz et al., ۲۰۱۵).

از دیدگاه علمی، بهداشت خواب شامل مجموعه‌ای از رفتارهای پیشگیرانه است که فرد با رعایت آن‌ها می‌تواند خواب عمیق، مستمر و منظم داشته باشد.

این رفتارها نه تنها به تنظیم ریتم شبانه‌روزی کمک می‌کنند بلکه با کاهش عوامل مخل خواب، از اختلالات خواب نظیر بی‌خوابی، خواب‌آلودگی مزمن و سایر اختلالات جلوگیری می‌نمایند (Minges & Redeker, ۲۰۱۶). به عبارتی دیگر، بهداشت خواب چارچوب رفتاری و محیطی است که شرایط بهینه برای خواب راحت و ترمیمی فراهم می‌سازد (Morin et al., ۲۰۰۶).

ابعاد مختلف بهداشت خواب

بهداشت خواب را می‌توان در سه بُعد اصلی مورد بررسی قرار داد:

۱. ابعاد رفتاری: رفتارهایی که فرد انجام می‌دهد تا خواب بهتری داشته باشد. شامل زمان‌بندی خواب منظم، پرهیز از مصرف محرک‌ها مانند کافئین و نیکوتین، محدود کردن خواب در طول روز و اجتناب از خوابیدن در ساعات نامناسب است (Irish et al., ۲۰۱۵).
 ۲. ابعاد محیطی: محیط خواب باید مناسب، آرام، تاریک و عاری از عوامل مزاحم باشد. دمای اتاق خواب نیز نقش مهمی در کیفیت خواب دارد؛ دمای مناسب معمولاً بین ۱۸ تا ۲۲ درجه سانتی‌گراد است (Okamoto-Mizuno & Mizuno, ۲۰۱۲).
 ۳. ابعاد روانی: مدیریت استرس و نگرانی‌ها، کنترل افکار مزاحم و ایجاد حالت آرامش قبل از خواب، از مولفه‌های روانشناختی بهداشت خواب هستند. استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تنفس عمیق، مدیتیشن و تمرینات ذهن‌آگاهی می‌تواند نقش موثری در بهبود کیفیت خواب داشته باشد (Harvey, ۲۰۰۲).
- اهمیت تنظیم ریتم شبانه‌روزی (سیرکادین ریتم)

یکی از مهم‌ترین عوامل بهداشت خواب، حفظ و تنظیم ریتم شبانه‌روزی است. این ریتم زیستی در مغز تنظیم می‌شود و با تغییرات نور و تاریکی محیط هماهنگ می‌گردد. ملاتونین، هورمون اصلی تنظیم‌کننده خواب، در

تاریکی ترشح می‌شود و بدن را برای خواب آماده می‌کند. اختلال در این ریتم به‌ویژه در کسانی که شیفت کاری دارند یا دچار جت‌لگ می‌شوند، می‌تواند منجر به مشکلات خواب و کاهش کیفیت آن شود (Cajochen et al., ۲۰۱۱).

ارتباط بهداشت خواب با سلامت جسمانی

بهداشت خواب نامناسب می‌تواند عواقب جسمانی گسترده‌ای داشته باشد. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که خواب ناکافی یا بی‌کیفیت، منجر به افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی-عروقی، چاقی، فشار خون بالا و ضعف سیستم ایمنی می‌شود (Irwin, ۲۰۱۵; Buysse, ۲۰۱۴). این ارتباط به دلیل تغییرات متابولیک و التهابی ناشی از خواب ضعیف است که می‌تواند فرایندهای ترمیمی بدن را مختل کند.

تأثیر بهداشت خواب بر سلامت روان

بهداشت خواب مناسب از جنبه روانی نیز بسیار حیاتی است. کیفیت خواب پایین و بی‌خوابی مزمن باعث تشدید علائم اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روانی می‌شود (Baglioni et al., ۲۰۱۶). خواب خوب باعث تنظیم خلق، افزایش توانمندی‌های شناختی، بهبود تمرکز و تقویت حافظه می‌شود. اختلالات خواب همچنین می‌توانند در ایجاد اختلالات روان‌پزشکی نقش مستقیم داشته باشند، به گونه‌ای که درمان مشکلات خواب اغلب به بهبود سلامت روان منجر می‌شود (Alvaro et al., ۲۰۱۳).

رفتارهای مرتبط با بهداشت خواب

بهداشت خواب مجموعه‌ای از رفتارهای مشخص را شامل می‌شود که رعایت آن‌ها به بهبود خواب کمک می‌کند:

داشتن زمان مشخص برای خوابیدن و بیدار شدن در هر روز، حتی در تعطیلات (Hirshkowitz et al., ۲۰۱۵).

اجتناب از مصرف کافئین و نیکوتین حداقل ۴-۶ ساعت قبل از خواب، زیرا این مواد محرک سیستم عصبی مرکزی هستند (Drake et al., ۲۰۱۳).

کاهش یا اجتناب از مصرف الکل پیش از خواب، زیرا الکل کیفیت خواب را کاهش می‌دهد و موجب وقفه در مراحل خواب عمیق می‌شود (Roehrs & Roth, ۲۰۰۱).

ایجاد محیط خواب آرام، تاریک و خنک. سر و صدا و نور زیاد می‌تواند باعث بیدار شدن‌های مکرر در طول شب شود (Okamoto-Mizuno & Mizuno, ۲۰۱۲).

محدود کردن استفاده از دستگاه‌های الکترونیکی پیش از خواب. نور آبی منتشر شده از این دستگاه‌ها باعث مهار ترشح ملاتونین شده و خواب‌آلودگی را به تأخیر می‌اندازد (Chang et al., ۲۰۱۵).

انجام فعالیت‌های آرامش‌بخش مانند مطالعه کتاب، گوش دادن به موسیقی ملایم یا مدیتیشن قبل از خواب (Harvey, ۲۰۰۲).

ابزارهای سنجش بهداشت خواب

برای ارزیابی بهداشت خواب، پرسشنامه‌ها و ابزارهای مختلفی وجود دارد. یکی از مشهورترین آن‌ها پرسشنامه بهداشت خواب (Sleep Hygiene Index) است که به صورت کمی رفتارهای مرتبط با خواب را می‌سنجد (Mastin et al., ۲۰۰۶). استفاده از این ابزارها در مطالعات علمی و بالینی به شناخت بهتر مشکلات خواب و طراحی مداخلات هدفمند کمک می‌کند.

چالش‌های بهداشت خواب در عصر معاصر

با پیشرفت فناوری و تغییر سبک زندگی، بهداشت خواب با چالش‌های متعددی روبرو شده است. استفاده مکرر و طولانی مدت از موبایل، تبلت و سایر وسایل الکترونیکی در ساعات پایانی روز، نه تنها زمان خواب را به تأخیر می‌اندازد بلکه کیفیت خواب را نیز کاهش می‌دهد (Levenson et al., ۲۰۱۷).

فشارهای روانی و استرس‌های شغلی و اجتماعی نیز موجب بروز اختلالات خواب شده‌اند (Hirshkowitz et al., ۲۰۱۵). علاوه بر این، تغییرات شیفت کاری و عدم ثبات در زمان خواب نیز از عوامل مهم اختلال در بهداشت خواب هستند (Flo et al., ۲۰۱۳).

نتیجه‌گیری نهایی

در نهایت، بهداشت خواب به عنوان یک ساختار پیچیده متشکل از رفتارها، شرایط محیطی و عوامل روانی، نقشی کلیدی در حفظ و ارتقاء سلامت کلی انسان دارد. با توجه به تأثیرات گسترده آن بر سلامت جسمی و روانی، توجه به بهداشت خواب و ارتقای آن در سطح فردی و اجتماعی باید یکی از اولویت‌های مهم نظام‌های سلامت باشد.

۲-۲-۲: تعریف عملیاتی بهداشت خواب

بهداشت خواب (Sleep Hygiene)؛ به مجموعه‌ای از رفتارها، عادات، و شرایط محیطی، روانی و زیستی گفته می‌شود که مستقیماً کیفیت، کمیت و سازگاری خواب را شکل داده و تأثیرگذار بر سلامت کلی فرد هستند (Irish et al., ۲۰۱۵). از منظر عملیاتی، تعریف بهداشت خواب به فرایند شناسایی و سنجش دقیق و قابل تکرار این عوامل و نحوه اثرگذاری آنها بر کیفیت خواب می‌پردازد. این تعریف عملیاتی، اساس ارزیابی‌های بالینی، پژوهشی و مداخلات درمانی قرار می‌گیرد و باید شامل معیارهای عینی، قابل اندازه‌گیری و قابل اعتماد باشد (Mastin et al., ۲۰۰۶).

مؤلفه‌های عملیاتی بهداشت خواب

برای تعریف عملیاتی بهداشت خواب باید مؤلفه‌های چندبعدی آن به تفصیل شناخته و اندازه‌گیری شود. این مؤلفه‌ها را می‌توان در چهار حوزه اصلی دسته‌بندی کرد: رفتارهای خواب، شرایط محیطی، عوامل روان‌شناختی و مؤلفه‌های زیستی.

۱. رفتارهای خواب (Sleep Behaviors):

رفتارهای مرتبط با بهداشت خواب شامل عادات زمان‌بندی خواب (Sleep Timing)، میزان و کیفیت فعالیت بدنی در طول روز، پرهیز از مصرف مواد محرک (کافئین، نیکوتین، الکل) پیش از خواب، اجتناب از مصرف وعده‌های سنگین غذایی یا مایعات زیاد در شب و محدود کردن استفاده از وسایل الکترونیکی است (Drake et al., ۲۰۱۳). رفتارهای ناسازگار مانند استفاده مکرر از گوشی موبایل یا تبلت در ساعات قبل از خواب باعث کاهش تولید ملاتونین شده و منجر به تأخیر در شروع خواب و کاهش کیفیت آن می‌شوند (Carter et al., ۲۰۱۶).

در تعریف عملیاتی، باید این رفتارها به صورت کمی توسط ابزارهایی مانند پرسشنامه Sleep Hygiene (Mastin et al., ۲۰۰۶) یا Sleep Behavior Questionnaire (Monk et al., ۲۰۰۰) اندازه‌گیری شوند که سؤالاتی راجع به زمان خواب، مدت زمان خواب، وقفه‌های خواب و عوامل تحریک‌کننده پیش از خواب دارند. این داده‌ها در تحلیل آماری قابل استفاده‌اند تا روابط بین عادات روزانه و کیفیت خواب مشخص شود.

۲. شرایط محیطی (Environmental Conditions):

شرایط فیزیکی محل خواب، از جمله دما، نور، صدا، کیفیت تشک و بالش و همچنین سطح آلودگی صوتی، در تعریف عملیاتی بهداشت خواب جایگاه ویژه‌ای دارد. مطالعات نشان داده‌اند که دمای اتاق خواب بین ۱۸ تا ۲۲ درجه سانتی‌گراد بیشترین تأثیر مثبت را بر خواب عمیق و بدون وقفه دارد (Blythe et al., ۲۰۱۷). نور محیط خواب بخصوص نور آبی می‌تواند ساعت زیستی بدن را مختل کند و در تعریف عملیاتی باید شدت و مدت زمان قرارگیری در معرض نور اندازه‌گیری شود (Chang et al., ۲۰۱۵).

برای سنجش عملیاتی، استفاده از دستگاه‌های سنجش نور (lux meter) و صدا (decibel meter) در محل خواب توصیه می‌شود. همچنین پرسشنامه‌هایی که میزان رضایت از شرایط محیطی خواب را گزارش می‌کنند به جمع‌آوری داده‌های کیفی کمک می‌کنند (Watson et al., ۲۰۱۵).

۳. عوامل روان‌شناختی (Psychological Factors):

اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی، استرس و نگرانی‌های روزمره نقش مهمی در کیفیت خواب دارند و می‌توان آنها را به عنوان شاخص‌های عملیاتی بهداشت خواب در نظر گرفت (Palagini et al., ۲۰۱۳). افزایش سطح کورتیزول به علت استرس باعث بیداری مکرر و کاهش زمان خواب عمیق می‌شود (Buckley & Schatzberg, ۲۰۰۵).

در تعریف عملیاتی، باید این مؤلفه‌ها با استفاده از ابزارهای روان‌سنجی معتبر مانند Beck Anxiety Inventory (BAI) و Beck Depression Inventory (BDI) سنجیده شوند و با داده‌های مربوط به خواب مقایسه شوند (Rusch et al., ۲۰۱۹). همچنین اندازه‌گیری آرامش پیش از خواب و توانایی مدیریت استرس با پرسشنامه‌هایی مانند Perceived Stress Scale (PSS) برای کامل کردن تعریف عملیاتی ضروری است.

۴. عوامل زیستی و فیزیولوژیکی (Biological and Physiological Factors):

تنظیم ریتم شبانه‌روزی (Circadian Rhythm)، تولید ملاتونین و ساختار خواب (شامل مراحل خواب عمیق و REM) مولفه‌های زیستی مهمی در بهداشت خواب هستند (Monk et al., ۲۰۰۰). اختلال در این سیستم‌ها موجب بروز بی‌خوابی، کاهش کیفیت خواب و بروز بیماری‌های جسمی-روانی می‌شود (Czeisler, ۲۰۱۳).

از منظر تعریف عملیاتی، سنجش پارامترهایی مانند زمان شروع خواب، مدت زمان خواب عمیق (SWS)، تعداد بیداری‌های شبانه و مدت زمان بیداری‌های کوتاه (WASO) از طریق پایش خواب polysomnography (PSG) یا actigraphy می‌تواند معیارهای عینی و دقیق بهداشت خواب را تشکیل دهد (Ancoli-Israel et al., ۲۰۱۵).

اهمیت تعریف عملیاتی بهداشت خواب در پژوهش و بالین

تعریف عملیاتی بهداشت خواب باعث همسان‌سازی و یکپارچگی در پژوهش‌ها و مداخلات بالینی می‌شود. در مطالعات میان‌فرهنگی، تطبیق ابزارهای اندازه‌گیری با تعاریف عملیاتی بومی اهمیت بالایی دارد تا اعتبار و پایایی داده‌ها حفظ شود (Buysse, ۲۰۱۴). به عنوان مثال، در ایران نیز ترجمه و بومی‌سازی پرسشنامه Sleep Hygiene Index انجام شده و با توجه به فرهنگ و سبک زندگی جامعه ایرانی، شاخص‌های عملیاتی تعریف شده‌اند (جعفری و همکاران، ۱۳۹۷).

در حوزه مداخلات درمانی، تعریف عملیاتی دقیق بهداشت خواب امکان ارزیابی اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری (CBT-I) و اصلاح عادات خواب را فراهم می‌کند (Edinger & Carney, ۲۰۱۴). همچنین، در برنامه‌های ارتقاء سلامت عمومی و پیشگیری از اختلالات خواب، معیارهای عملیاتی مشخص به متخصصان اجازه می‌دهد تا گروه‌های هدف را شناسایی و راهکارهای موثر طراحی کنند.

ابزارهای سنجش عملیاتی بهداشت خواب

Sleep Hygiene Index (SHI): این پرسشنامه ۱۳ ماده‌ای شامل سوالاتی درباره رفتارهای بهداشت خواب، مانند استفاده از وسایل الکترونیکی، مصرف کافئین و فعالیت فیزیکی است و نمره‌ای کلی برای بهداشت خواب ارائه می‌دهد (Mastin et al., ۲۰۰۶).

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): با اینکه عمدتاً کیفیت خواب را ارزیابی می‌کند، شاخص‌هایی از بهداشت خواب را نیز به طور ضمنی می‌سنجد (Buysse et al., ۱۹۸۹).

Actigraphy: دستگاه‌های پوشیدنی که پارامترهای زمانی و کمی خواب را ثبت می‌کنند و امکان سنجش عینی الگوهای خواب را میسر می‌سازند (Ancoli-Israel et al., ۲۰۱۵).

Polysomnography (PSG): استاندارد طلایی تشخیص اختلالات خواب که داده‌های فیزیولوژیکی خواب را ضبط می‌کند (Iber et al., ۲۰۰۷).

۳-۲-۲: تاریخچه مطالعات مربوط به خواب:

مطالعات مرتبط با بهداشت خواب طی دهه‌های اخیر، به‌ویژه از اواخر قرن بیستم تاکنون، رشد قابل توجهی داشته‌اند. با رشد علم روان‌شناسی سلامت و افزایش توجه به نقش سبک زندگی در سلامت جسم و روان، مفهوم بهداشت خواب به‌عنوان یک حوزه مستقل و بین‌رشته‌ای مورد توجه در این پژوهشان قرار گرفت.

یکی از اولین تلاش‌ها برای تعریف ساختارمند بهداشت خواب به پژوهش‌های Hauri و Linde در دهه ۱۹۷۰ برمی‌گردد که بر نقش رفتارهای خواب‌آور و محیط خواب تأکید داشتند (Hauri & Linde, ۱۹۹۰). آن‌ها با بررسی الگوهای رفتاری، توصیه‌هایی برای بهبود کیفیت خواب ارائه دادند که بعدها به‌عنوان "اصول اولیه بهداشت خواب" شناخته شد.

در دهه‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰، هم‌زمان با افزایش شیوع اختلالات خواب و شیوه‌های زندگی پرتنش، پژوهش‌ها تمرکز بیشتری بر روی عوامل مؤثر بر خواب یافتند. در همین دوره، «انجمن ملی خواب» در آمریکا (National Sleep Foundation) به تبیین معیارهای رفتاری و محیطی مؤثر بر کیفیت خواب پرداخت. در این پژوهشان همچنین دریافتند که عوامل متعددی از جمله مصرف کافئین، استفاده از وسایل الکترونیکی، عدم تحرک بدنی، و سبک زندگی ناسالم می‌توانند بهداشت خواب را مختل کنند (Stepanski & Wyatt, ۲۰۰۳؛ چیت‌ساز و همکاران، ۱۳۹۸).

در ایران نیز، از اواخر دهه ۱۳۸۰ مطالعات مربوط به بهداشت خواب گسترش یافت. پژوهش‌هایی مانند پژوهش اسلامی و همکاران (۱۳۹۴) و افشاری و همکاران (۱۳۹۷) به بررسی رابطه بهداشت خواب با اضطراب، عملکرد تحصیلی و سلامت روان در میان نوجوانان و دانشجویان پرداختند. این مطالعات نشان دادند که بهداشت خواب ناکافی می‌تواند نقش معناداری در بروز مشکلات هیجانی، افت تحصیلی، و کاهش کیفیت زندگی داشته باشد.

در سال‌های اخیر، توجه به مداخلات مبتنی بر بهداشت خواب، مانند آموزش مهارت‌های تنظیم خواب، درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی (CBT-I)، و نیز تکنولوژی محور شدن ابزارهای پایش خواب (مانند اپلیکیشن‌های خواب)، پژوهش‌ها را وارد فاز کاربردی‌تر کرده‌اند. امروزه در این پژوهشان بر آن‌اند تا با بهره‌گیری از ابزارهای روان‌سنجی دقیق‌تر، ارتباط میان بهداشت خواب با سلامت عمومی، عملکرد شناختی، و نیز شاخص‌های روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را با وضوح بیشتری تحلیل کنند (Irish et al., ۲۰۱۵؛ جعفری و سهرابی، ۱۴۰۰).

در مجموع، تاریخچه پژوهش‌های بهداشت خواب بیانگر گذار از نگاه صرفاً پزشکی به دیدگاهی روان-اجتماعی است که سلامت خواب را حاصل تعامل پیچیده‌ای از عوامل فردی، رفتاری و محیطی می‌داند. این تحول مفهومی، زمینه‌ساز رویکردهای مداخله‌ای جامع‌تر در بهبود کیفیت زندگی افراد، به‌ویژه در گروه‌های حساس مانند نوجوانان و دانشجویان شده است.

۴-۲-۲: انواع اختلالات خواب و طبقه‌بندی آن‌ها بر اساس ICD-۱۱ و DSM-۵

اختلالات خواب دسته‌ای از مشکلات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی هستند که در فرآیند خواب طبیعی اختلال ایجاد می‌کنند و می‌توانند تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت جسمی، روانی، عملکرد شناختی و کیفیت زندگی فرد داشته باشند. این اختلالات بر اساس ملاک‌های تشخیصی معتبر، در دو نظام دسته‌بندی مهم روان‌پزشکی و پزشکی یعنی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-۱۱) به چند گروه اصلی تقسیم شده‌اند.

اختلالات خواب در DSM-۵:

در آخرین ویرایش DSM (ویرایش پنجم)، اختلالات خواب در یک طبقه‌بندی مستقل و دقیق به شرح زیر طبقه‌بندی شده‌اند:

۱. بی‌خوابی (Insomnia Disorder): شایع‌ترین اختلال خواب که با دشواری در شروع یا حفظ خواب، بیدار شدن‌های مکرر در طول شب و یا بیدار شدن زودهنگام و ناتوانی در بازگشت به خواب مشخص می‌شود. این اختلال باید حداقل سه شب در هفته و به مدت حداقل سه ماه تداوم داشته باشد و موجب اختلال عملکرد روزانه شود.

۲. اختلال خواب ناشی از اختلال تنفسی (Sleep-related Breathing Disorders): این گروه شامل اختلالاتی نظیر آپنه انسدادی خواب (OSA)، آپنه مرکزی خواب، و سندرم کاهش تهویه مرتبط با خواب است که در آن تنفس فرد در طول خواب دچار وقفه‌های مکرر یا کاهش حجم می‌شود.

۳. اختلالات ریتم شبانه‌روزی خواب-بیداری (Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders): در این اختلال، الگوی خواب فرد با الگوی معمول اجتماعی یا فیزیولوژیکی خواب-بیداری ناسازگار است. انواعی مانند تأخیر در فاز خواب، اختلال ناشی از شیفت کاری، یا اختلال ریتم خواب نامنظم در این گروه جای می‌گیرند.

۴. اختلالات حرکتی مرتبط با خواب (Sleep-related Movement Disorders): این گروه شامل اختلالاتی نظیر سندرم پای بی‌قرار (RLS) و اختلال حرکات تناوبی اندام‌ها در خواب است که با حرکات غیرارادی، معمولاً در پاها و گاه در بازوها، همراه است و می‌تواند موجب اختلال در خواب شود.

۵. اختلال‌های پرخواب (Hypersomnolence Disorder): با خواب‌آلودگی بیش‌ازحد در طول روز، حتی پس از یک خواب شبانه به ظاهر کافی مشخص می‌شود و ممکن است با دشواری در بیدار شدن، خواب طولانی‌روزانه و یا چرت‌های مکرر همراه باشد.

۶. نارسولپسی (Narcolepsy): اختلالی عصبی که با خواب‌آلودگی شدید در طول روز و حملات ناگهانی خواب همراه است. ممکن است با کاتاپلکسی (کاهش ناگهانی تونوس عضلانی)، توهّمات پیش از خواب و فلج خواب همراه باشد.

۷. اختلالات بیداری از خواب (Parasomnias): این گروه شامل رفتارهای غیرمعمول در طول خواب یا بیدار شدن از آن مانند وحشت شبانه، راه رفتن در خواب، حرف زدن در خواب و کابوس‌های شبانه است.

اختلالات خواب در ICD-11:

در ICD-11 نیز اختلالات خواب با رویکردی نسبتاً مشابه اما با تأکید بر علل زمینه‌ای و همبودی‌های پزشکی طبقه‌بندی شده‌اند. برخی طبقات اصلی عبارتند از:

- اختلالات خواب ناشی از اختلالات روانی یا نورولوژیکی؛
- اختلالات خواب ناشی از مواد یا داروها؛
- اختلالات خواب اولیه (مانند بی‌خوابی یا پرخوابی اولیه)؛
- اختلالات خواب مرتبط با اختلالات فیزیولوژیکی مانند اختلالات تنفسی و حرکتی؛
- اختلالات خواب ناشی از شرایط محیطی یا سبک زندگی.

این طبقه‌بندی با هدف تسهیل تشخیص افتراقی، درمان مؤثر و شناخت بهتر ارتباط بین خواب و دیگر بیماری‌های روانی و جسمی ارائه شده است.

طبقه‌بندی‌های DSM-۵ و ICD-۱۱ نه تنها به شناسایی نوع اختلال خواب کمک می‌کنند، بلکه مبنایی برای انتخاب مداخلات درمانی مناسب، ارزیابی شدت و پیش‌آگهی اختلال، و پژوهش‌های بالینی و علمی فراهم می‌سازند. آشنایی دقیق با این دسته‌بندی‌ها برای در این پژوهشان و درمانگران حوزه روان‌شناسی، روان‌پزشکی و علوم اعصاب خواب اهمیت بالایی دارد.

۵-۲-۲: عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی مؤثر بر بهداشت خواب

خواب فرایندی پیچیده و چندوجهی است که به شدت تحت تأثیر عوامل متنوعی قرار دارد. بهداشت خواب به عنوان یک شاخص از کیفیت و سلامت خواب، در نتیجه تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی شکل می‌گیرد و بر اساس یافته‌های علمی، این عوامل به‌صورت مستقل یا در تعامل با یکدیگر می‌توانند سبب بروز اختلالات خواب یا بهبود آن شوند (Mindell & Owens, ۲۰۱۵؛ طهماسبی و همکاران، ۱۴۰۰). بررسی هر یک از این مؤلفه‌ها به‌طور مجزا و درهم‌تنیده برای درک جامع از سازوکارهای مؤثر بر بهداشت خواب امری ضروری است.

عوامل زیستی:

عوامل زیستی، شامل عناصر فیزیولوژیکی، نوروبیولوژیکی و ژنتیکی هستند که نقش کلیدی در تنظیم چرخه خواب-بیداری دارند. از دیدگاه عصب‌روان‌شناسی، ساختارهایی مانند هسته سوپراکیاسماتیک (SCN) در هیپوتالاموس به عنوان ساعت زیستی بدن عمل می‌کنند و با ترشح هورمون ملاتونین از غده پینه‌آل، فرایند خواب‌آلودگی را در شب آغاز می‌نمایند (Saper et al., ۲۰۱۰). در اختلال عملکرد این نواحی، الگوهای خواب

دچار اختلال می‌شوند. به عنوان مثال، کمبود ترشح ملاتونین یا عدم تطابق آن با چرخه‌های شبانه‌روزی می‌تواند منجر به اختلال خواب تأخیری یا بی‌خوابی شود (Barion & Zee, ۲۰۰۷).

از طرفی، عوامل ژنتیکی نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند. مطالعات دوقلوها و خانواده‌ها نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی در مدت و کیفیت خواب تا حدی وراثتی هستند (Partinen et al., ۲۰۰۷). همچنین، ژن‌هایی مانند PER و CLOCK که مرتبط با تنظیم ریتم‌های شبانه‌روزی هستند، با اختلالات خواب مرتبط شناخته شده‌اند (Hirano et al., ۲۰۱۶). علاوه بر این، وضعیت‌های پزشکی مزمن نظیر درد مزمن، مشکلات تنفسی، دیابت، بیماری‌های قلبی، اختلال عملکرد تیروئید و سندرم پای بی‌قرار می‌توانند با اختلالات خواب هم‌آیند باشند (مولوی و همکاران، ۱۳۹۹؛ Krystal, ۲۰۱۲).

عوامل روان‌شناختی:

از منظر روان‌شناختی، سلامت روان نقش اساسی در بهداشت خواب ایفا می‌کند. شواهد حاکی از آن است که اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، وسواس فکری-عملی، و اختلال دو قطبی، از شایع‌ترین هم‌آیندی‌ها با اختلالات خواب هستند (Alfano & Gamble, ۲۰۰۹). افراد دچار اضطراب معمولاً به دلیل افکار مزاحم شبانه، دچار اختلال در شروع یا تداوم خواب می‌شوند. در افراد افسرده نیز، بیداری‌های مکرر، کاهش عمق خواب و زودبیداری مشاهده می‌شود (Baglioni et al., ۲۰۱۶).

از سوی دیگر، سبک‌های شناختی-هیجانی ناسازگار مانند نشخوار فکری، کمال‌گرایی افراطی، کنترل‌گری فکری و حساسیت به تهدید، از جمله عواملی هستند که می‌توانند منجر به افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک و شناختی پیش از خواب شوند و در نهایت باعث بی‌خوابی مزمن گردند (Harvey, ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، خواب ناکافی با کاهش عملکرد حافظه فعال و افت سرعت پردازش اطلاعات نیز همراه است (Killgore, ۲۰۱۰). در نتیجه، افراد دچار اختلال خواب معمولاً در انجام فعالیت‌هایی که نیاز به تمرکز یا حل مسئله دارند، عملکرد ضعیف‌تری دارند.

در مجموع، اختلال در خواب پدیده‌ای صرفاً فیزیولوژیکی یا روان‌شناختی نیست، بلکه پیامدهای گسترده‌ای در تمامی ابعاد زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد. این موضوع ضرورت شناسایی زود هنگام اختلالات خواب و مداخله برای بهبود آن را به‌ویژه در گروه‌های حساس مانند دانشجویان دوچندان می‌سازد.

۶-۲-۲: الگوهای خواب در نوجوانان و جوانان، به ویژه دانشجویان

نوجوانان و جوانان به ویژه دانشجویان به دلایل گوناگون زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی، دارای الگوهای خواب متفاوت و اغلب ناکارآمدی هستند. در این مرحله از رشد، تغییراتی در سیستم‌های تنظیم خواب از جمله تغییر در ریتم شبانه‌روزی (سیرکادین) رخ می‌دهد که تمایل به خوابیدن دیرتر و بیدار شدن در ساعات پایانی صبح را افزایش می‌دهد (Carskadon, ۲۰۱۱). این پدیده که به آن "تاخیر در فاز خواب" (Delayed Sleep Phase) گفته می‌شود، به‌طور گسترده‌ای در نوجوانان و جوانان مشاهده می‌شود و می‌تواند با نیازهای اجتماعی و تحصیلی آنان در تعارض باشد (Beattie et al., ۲۰۱۵).

دانشجویان به‌عنوان قشری که در سنین جوانی قرار دارند، اغلب به دلایل متعددی مانند حجم زیاد تکالیف درسی، حضور در کلاس‌ها، فعالیت‌های فوق‌برنامه، کارهای پاره‌وقت، استفاده زیاد از تلفن همراه و رسانه‌های اجتماعی، و گاهی اضطراب و نگرانی‌های مربوط به آینده، دچار اختلال در برنامه خواب خود می‌شوند (Hershner & Chervin, ۲۰۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از دانشجویان کمتر از ۶ ساعت در شب می‌خوابند و این کم‌خوابی مزمن می‌تواند پیامدهای شناختی، هیجانی، تحصیلی و سلامت جسمی جدی به همراه داشته باشد (Gaultney, ۲۰۱۰).

از منظر روان‌شناختی، الگوهای خواب نامنظم در این دوران می‌تواند با افزایش سطح اضطراب، افسردگی، کاهش تمرکز و ضعف در عملکرد تحصیلی ارتباط داشته باشد (Curcio et al., ۲۰۰۶). همچنین، مصرف بالای کافئین، استفاده مکرر از وسایل الکترونیکی پیش از خواب و سبک زندگی نامناسب می‌توانند منجر به اختلال در شروع خواب یا کیفیت آن شوند (Lemola et al., ۲۰۱۵).

در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز گزارش شده است که درصد بالایی از دانشجویان دچار بی‌خوابی، بیداری مکرر در طول شب، یا خواب ناآرام هستند. برای نمونه، در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیش از ۴۰ درصد شرکت‌کنندگان کیفیت خواب خود را نامطلوب گزارش کردند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۷). عوامل محیطی مانند سکونت در خوابگاه، سر و صدای محیطی، نبود حریم خصوصی و نور زیاد نیز از جمله دلایلی هستند که کیفیت خواب دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

در مجموع، دوره نوجوانی و جوانی با تغییراتی در ریتم خواب و بیداری همراه است که به‌ویژه در دانشجویان، به‌دلیل فشارهای روانی، شرایط زندگی، و سبک زندگی مدرن، به شکل حادث‌تری نمود پیدا می‌کند. توجه به این

الگوها و طراحی مداخلاتی برای ارتقاء بهداشت خواب در این گروه سنی، می‌تواند تأثیرات مثبت چشمگیری در بهبود عملکرد تحصیلی و سلامت روانی آنان داشته باشد.

۷-۲-۲: نقش سبک زندگی (مصرف کافئین، تلفن همراه، تغذیه و ورزش)

سبک زندگی به مجموعه‌ای از رفتارها، عادات و الگوهای روزمره اطلاق می‌شود که می‌تواند نقش مهمی در سلامت خواب ایفا کند. در دهه‌های اخیر، تغییرات گسترده در سبک زندگی افراد، به‌ویژه جوانان و دانشجویان، باعث افزایش میزان اختلالات خواب شده است. چهار عامل کلیدی در این زمینه شامل مصرف کافئین، استفاده از تلفن همراه و رسانه‌های دیجیتال، الگوهای تغذیه و فعالیت‌های بدنی (ورزش) هستند.

مصرف کافئین:

کافئین یک ماده محرک سیستم عصبی مرکزی است که در قهوه، چای، نوشابه‌های انرژی‌زا و برخی داروها یافت می‌شود. مصرف بیش از حد یا دیر هنگام کافئین به‌ویژه در ساعات عصر و شب می‌تواند سبب دشواری در شروع خواب، کاهش کیفیت خواب و کاهش مدت خواب شود (Clark & Landolt, ۲۰۱۷). نوجوانان و دانشجویان به دلیل مشغله‌های تحصیلی و تلاش برای بیدار ماندن بیشتر، معمولاً مصرف کافئین بالایی دارند که می‌تواند چرخه خواب آن‌ها را مختل کند (Roehrs & Roth, ۲۰۰۸).

استفاده از تلفن همراه و رسانه‌های دیجیتال:

یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری خواب در عصر دیجیتال، استفاده بیش از حد از تلفن همراه، تبلت و لپ‌تاپ پیش از خواب است. نور آبی ساطع شده از صفحه نمایش این وسایل، ترشح ملاتونین را کاهش داده و زمان شروع خواب را به تأخیر می‌اندازد (Hale & Guan, ۲۰۱۵).

همچنین محتوای هیجانی، تعاملی یا استرس‌زای شبکه‌های اجتماعی باعث افزایش فعالیت مغزی و کاهش آرامش پیش از خواب می‌شود (Exelmans & Van den Bulck, ۲۰۱۶).

الگوهای تغذیه:

کیفیت و زمان تغذیه نیز تأثیر مستقیمی بر کیفیت خواب دارد. مصرف وعده‌های غذایی سنگین در ساعات پایانی شب، غذاهای چرب و پرکالری، و مصرف زیاد قند می‌تواند باعث بی‌قراری، سوءهاضمه و اختلال در روند

طبیعی خواب شود (St-Onge et al., ۲۰۱۶). در مقابل، تغذیه سالم شامل وعده‌های منظم، متعادل، با فیبر بالا و قند کم در ساعات مناسب، با بهبود کیفیت خواب در ارتباط است (Lindseth et al., ۲۰۱۳).

فعالیت بدنی (ورزش):

ورزش منظم و متعادل به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بهبود خواب شناخته می‌شود. تمرینات بدنی متوسط می‌توانند با کاهش اضطراب، تنظیم ریتم شبانه‌روزی و افزایش نیاز فیزیولوژیکی به خواب، منجر به بهبود مدت و کیفیت خواب شوند (Kredlow et al., ۲۰۱۵). البته انجام ورزش‌های سنگین در ساعات نزدیک به خواب می‌تواند اثر معکوس داشته و منجر به تأخیر در شروع خواب شود.

در ایران نیز تحقیقات نشان داده‌اند که سبک زندگی ناسالم، مانند مصرف زیاد کافئین و استفاده از تلفن همراه پیش از خواب، با اختلال خواب در بین دانشجویان ارتباط معنی‌داری دارد (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۸؛ صمدی و همکاران، ۱۴۰۰). توجه به اصلاح این عوامل سبک زندگی می‌تواند راهکار مؤثری در پیشگیری و کاهش اختلالات خواب در جمعیت جوان کشور باشد.

۸-۲-۲: مداخلات درمانی و غیردارویی برای بهبود خواب

با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در بین گروه‌های مختلف، به‌ویژه نوجوانان و دانشجویان، شناسایی و به‌کارگیری مداخلات مؤثر برای بهبود کیفیت خواب از اهمیت بالایی برخوردار است. مداخلات درمانی برای بهبود خواب به‌طور کلی به دو دسته دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند که در این بخش به مداخلات غیر دارویی و رویکردهای روان‌شناختی و رفتاری تمرکز می‌شود.

یکی از مؤثرترین درمان‌های غیردارویی برای اختلالات خواب، درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی (CBT-I) است. این رویکرد بر تغییر باورهای ناکارآمد درباره خواب، اصلاح الگوهای نادرست خواب، و آموزش تکنیک‌های رفتاری مانند محدودیت زمان در رختخواب، کنترل محرک‌ها و تنظیم بهداشت خواب تمرکز دارد (Trauer et al., ۲۰۱۵). پژوهش‌های متعددی اثربخشی CBT-I را در بهبود کیفیت خواب و کاهش بی‌خوابی نشان داده‌اند و آن را به‌عنوان درمان خط اول بی‌خوابی توصیه کرده‌اند (Edinger & Means, ۲۰۰۵).

روان‌درمانی حمایتی و مدیریت استرس نیز می‌تواند به‌طور غیرمستقیم به بهبود خواب کمک کند. از آنجایی که اضطراب و استرس از عوامل اصلی اختلال خواب هستند، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تن‌آرامی (Relaxation)، ذهن‌آگاهی (Mindfulness)، تنفس عمیق و یوگا می‌تواند بر کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و روان‌شناختی موثر باشد و زمینه را برای خواب بهتر فراهم سازد (Ong et al., ۲۰۱۴).

از دیگر مداخلات غیردارویی می‌توان به نوردرمانی (Light Therapy) اشاره کرد که به‌ویژه در اختلالات خواب وابسته به ریتم شبانه‌روزی مؤثر است. استفاده کنترل‌شده از نور مصنوعی قوی در زمان‌های خاصی از روز می‌تواند به تنظیم ساعت زیستی بدن کمک کند و در درمان اختلال‌هایی مانند سندرم تأخیر فاز خواب کاربرد دارد (Pail et al., ۲۰۱۱).

آموزش بهداشت خواب نیز از دیگر روش‌های رایج و مؤثر در مداخلات اولیه است. این آموزش‌ها شامل آگاهی‌بخشی در مورد زمان مناسب خواب و بیداری، پرهیز از مصرف محرک‌هایی مانند کافئین، اجتناب از نور آبی پیش از خواب، و ایجاد محیط مناسب برای خواب است (Irish et al., ۲۰۱۵). اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت خواب در دانشگاه‌ها می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت خواب دانشجویان داشته باشد.

در ایران نیز پژوهش‌هایی بر مداخلات غیردارویی تأکید داشته‌اند. برای نمونه، در پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۹) مشخص شد که آموزش ذهن‌آگاهی باعث بهبود معنی‌دار کیفیت خواب در دانشجویان دارای بی‌خوابی شد. همچنین، پژوهش نظری و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت نیز می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلال خواب مؤثر واقع شود.

در مجموع، شواهد حاکی از آن است که مداخلات غیردارویی، به‌ویژه درمان‌های شناختی-رفتاری، آرام‌سازی، نوردرمانی و آموزش بهداشت خواب، در بهبود خواب نوجوانان و جوانان اثربخش هستند و به‌دلیل عوارض کمتر نسبت به درمان‌های دارویی، باید در اولویت مداخلات قرار گیرند.

۹-۲-۲: مدل‌های نظری خواب (Harvey, Morin, Spielman و دیگران)

درک علمی اختلالات خواب و طراحی مداخلات مؤثر برای آن، مستلزم بهره‌گیری از مدل‌های نظری مختلفی است که به تبیین علل، مکانیسم‌ها و پایداری این اختلالات کمک می‌کنند. از میان مدل‌های نظری متعددی که برای بی‌خوابی و اختلالات مرتبط با خواب پیشنهاد شده‌اند، می‌توان به مدل‌های شناختی-رفتاری، مدل‌های

روان‌فیزیولوژیک، و مدل‌های تعاملی اشاره کرد. در ادامه، به معرفی مدل‌های برجسته‌ای چون مدل سه‌عاملی اسپیلمن (Spielman)، مدل شناختی هاروی (Harvey)، و مدل خودارزیابی مورین (Morin) پرداخته می‌شود.

۱. مدل سه‌عاملی اسپیلمن (P Model Spielman's):

یکی از مدل‌های کلاسیک و پرکاربرد در تبیین بی‌خوابی، مدل سه‌عاملی یا «P۳» است که توسط اسپیلمن و همکارانش ارائه شد (Spielman et al., ۱۹۸۷). این مدل بی‌خوابی را نتیجه تعامل سه دسته عوامل می‌داند:

۱. عوامل مستعدکننده (Predisposing): مانند ویژگی‌های شخصیتی، سابقه خانوادگی اضطراب، نگرش‌های منفی نسبت به خواب، و سبک‌های شناختی.

۲. عوامل تسریع‌کننده (Precipitating): شامل عوامل موقعیتی و تنش‌زا مانند استرس تحصیلی، از دست دادن شغل یا جدایی عاطفی.

۳. عوامل تداوم‌بخش (Perpetuating): رفتارها و باورهایی که باعث تداوم اختلال می‌شوند، مانند خوابیدن در طول روز، نگرانی مفرط درباره پیامدهای بی‌خوابی، یا استفاده افراطی از رسانه‌ها.

این مدل کمک می‌کند تا درمانگران با شناسایی عوامل مختلف در هر مرحله، مداخلات چندسطحی طراحی کنند (Taylor et al., ۲۰۰۵).

۲. مدل شناختی هاروی (Harvey's Cognitive Model):

هاروی (Harvey, ۲۰۰۲) مدل شناختی خود را برای بی‌خوابی با تأکید بر نقش افکار ناکارآمد، نگرانی‌های شبانه، و توجه انتخابی به پیامدهای منفی خواب طراحی کرد. در این مدل، افراد دچار بی‌خوابی، در چرخه‌ای از باورهای منفی درباره خواب گرفتار می‌شوند که باعث افزایش برانگیختگی شناختی و عاطفی می‌شود. برای مثال، فردی که معتقد است «اگر امشب نخوابم، فردا نابود می‌شوم» دچار اضطراب می‌شود که خود این اضطراب مانع خواب می‌شود. به گفته هاروی، افکار منفی، تمرکز بر نشانه‌های بدن، و تلاش آگاهانه برای به خواب رفتن، منجر به بی‌خوابی پایدار می‌شوند (Harvey, ۲۰۰۵).

مطالعاتی در ایران نیز این مدل را تأیید کرده‌اند. برای مثال، پژوهش عسگری و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که افکار ناکارآمد مرتبط با خواب، پیش‌بینی‌کننده معنادار بی‌خوابی در دانشجویان هستند.

۳. مدل مورین (Morin's Self-Regulation Model):

ریچارد مورین، با تأکید بر فرآیندهای خودتنظیمی شناختی و رفتاری، مدل جامعی برای درک بی‌خوابی پیشنهاد داده است. در این مدل، بی‌خوابی نه تنها به‌عنوان یک اختلال مستقل، بلکه به‌عنوان پیامد تعامل بین باورهای ناکارآمد، هیجانات منفی، و رفتارهای ناهنجار خواب تعریف می‌شود (Morin et al., ۱۹۹۳). مورین اعتقاد دارد که اختلال در خودتنظیمی، مانند ناتوانی در خاموش کردن افکار مزاحم، مستقیماً با بی‌خوابی مرتبط است.

این مدل در توسعه CBT-I بسیار مؤثر بوده است. در ایران نیز پژوهش صفاری نژاد و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر مدل مورین به بهبود کیفیت خواب و کاهش افکار مزاحم خواب‌ناب آور در بین دانشجویان منجر می‌شود.

۴. سایر مدل‌های نظری مرتبط با خواب:

علاوه بر سه مدل فوق، نظریه‌های دیگری نیز در تبیین خواب و اختلالات آن وجود دارند:

مدل دوفرایندی خواب (Two-Process Model of Sleep Regulation) که توسط بوربلی (Borbely, ۱۹۸۲) ارائه شد و بر پایه تعامل بین فرآیند هموستاتیک خواب (فرآیند S) و ریتم شبانه‌روزی (فرآیند C) استوار است. این مدل تأکید دارد که خواب زمانی آغاز می‌شود که فشار خواب به حد کافی بالا و سیگنال شبانه‌روزی مساعد باشد.

نظریه برانگیختگی شبانه (Hyperarousal Model) که بیان می‌کند بی‌خوابی نتیجه افزایش برانگیختگی مرکزی (CNS arousal) است. این نظریه در مدل شناختی-عصبی خواب نیز بازتاب یافته است (Bonnet & Arand, ۲۰۱۰).

مدل فراشناختی بی‌خوابی که به نقش باورهای فراشناختی (مانند کنترل افکار یا اهمیت خواب) در ایجاد و تداوم اختلال خواب اشاره دارد. در این پژوهشان ایرانی چون عبدالهی و همکاران (۱۳۹۸) نیز نقش باورهای فراشناختی را در پیش‌بینی شدت بی‌خوابی تأیید کرده‌اند.

جمع‌بندی:

مدل‌های نظری متعدد به ما کمک می‌کنند تا اختلال خواب را از زوایای مختلفی مانند شناختی، رفتاری، فیزیولوژیکی و زیستی مورد تحلیل قرار دهیم. مدل‌های اسپیلمن، هاروی و مورین، به‌ویژه در زمینه دانشجویی، چارچوب‌های مفیدی برای ارزیابی، مداخله و پیشگیری از اختلالات خواب فراهم کرده‌اند. درک این مدل‌ها برای در این پژوهشان، روان‌شناسان و درمانگران از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا بر مبنای آن‌ها می‌توان برنامه‌های درمانی ساختاریافته و مبتنی بر شواهد طراحی کرد.

۱۰-۲-۲: بهداشت خواب در فرهنگ ایرانی و مقایسه با جوامع دیگر

بهداشت خواب، به مجموعه‌ای از عادات، نگرش‌ها و رفتارهایی اطلاق می‌شود که کیفیت، مدت، و کارایی خواب را بهبود می‌بخشند. این مفهوم علاوه بر جنبه‌های زیستی و روان‌شناختی، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و دینی نیز قرار دارد. در فرهنگ‌های مختلف، باورها، سنت‌ها و سبک زندگی به شکل معناداری بر الگوهای خواب و رعایت اصول بهداشت خواب تأثیر می‌گذارند. در این بخش، ابتدا به جنبه‌های فرهنگی بهداشت خواب در جامعه ایرانی پرداخته می‌شود، سپس با برخی جوامع غربی و آسیایی مقایسه می‌گردد.

۱. بهداشت خواب در فرهنگ ایرانی:

فرهنگ ایرانی، که ریشه در سنت‌های اسلامی-ایرانی دارد، نگاهی ویژه به خواب دارد. در متون دینی و ادبی فارسی، خواب نه‌تنها یک نیاز زیستی بلکه دارای بُعد معنوی نیز تلقی شده است. در احادیث اسلامی، خواب در زمان مناسب و اجتناب از پرخوابی توصیه شده و خواب پس از نماز عشاء (شب) و بیداری سحرگاهان مورد تأکید قرار گرفته است (طب‌الرضا، ۱۳۸۶). این تأکید بر نظم زمانی خواب، با اصول بهداشت خواب نوین همسوست.

از دیدگاه طب سنتی ایرانی نیز، خواب یکی از ارکان چهارگانه تندرستی (همراه با خوردن و آشامیدن، حرکت و سکون، احتباس و استفراغ) محسوب می‌شود. طبیبی چون ابن‌سینا، رازی و عقیلی خراسانی، به زمان خواب، وضعیت بدنی هنگام خواب، و تأثیرات خواب بر مزاج اشاره کرده‌اند (نصیرالدین طوسی، ۱۳۸۳).

با این حال، در زندگی معاصر شهری ایران، عوامل زیادی به تضعیف بهداشت خواب منجر شده‌اند، از جمله:

- استفاده گسترده از گوشی‌های هوشمند و شبکه‌های اجتماعی در ساعات پیش از خواب؛

- تغییر الگوی خواب به سمت شب‌زنده‌داری، به‌ویژه در میان دانشجویان؛

- استرس‌های تحصیلی و شغلی که زمان و کیفیت خواب را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؛

- کاهش فعالیت بدنی روزانه و اختلال در ریتم شبانه‌روزی.

مطالعه‌ای توسط فاضلی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که بیش از ۴۰ درصد دانشجویان ایرانی از کیفیت خواب ضعیف رنج می‌برند و عوامل سبک زندگی، استفاده از تلفن همراه در شب، و نگرانی‌های روان‌شناختی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بوده‌اند.

۲. مقایسه با فرهنگ‌های دیگر:

الف. جوامع غربی (مانند ایالات متحده، آلمان، فرانسه)

در کشورهای غربی، بهداشت خواب به‌عنوان یک موضوع مهم در سلامت عمومی مورد توجه قرار گرفته است. آکادمی خواب آمریکا (AASM) و بنیاد خواب ملی (NSF) راهنماهای دقیق و کمپین‌های آموزشی برای بهبود خواب تهیه کرده‌اند. در این کشورها، مداخلات رفتاری-شناختی برای بی‌خوابی (CBT-I) بسیار رایج است و افراد تشویق به تنظیم ساعات خواب، کاهش نور آبی پیش از خواب، و پرهیز از مصرف کافئین و الکل در شب می‌شوند (Hirshkowitz et al., ۲۰۱۵).

با وجود این، بسیاری از جوامع غربی نیز با مشکلات خواب ناشی از سبک زندگی پرشتاب، ساعات کاری طولانی و استرس مزمن مواجه‌اند. برای مثال، در ایالات متحده، بیش از ۳۵٪ بزرگسالان کمتر از ۷ ساعت در شب می‌خوابند (CDC, ۲۰۲۲).

ب. جوامع شرقی (مانند ژاپن، کره جنوبی، چین)

در بسیاری از کشورهای آسیایی، فرهنگ کار شدید و فشرده (مانند پدیده "کاروشی" در ژاپن) باعث کاهش مدت خواب شده است. با این حال، سنت‌هایی مانند مراقبه، خواب نیم‌روزی (در چین)، و استفاده از درمان‌های طب سنتی چینی برای بهبود خواب نیز رواج دارد (Liu et al., ۲۰۲۱). بهداشت خواب در این کشورها به تدریج در حال تبدیل شدن به یک موضوع سلامت عمومی است.

۳. تفاوت‌های فرهنگی در نگرش به خواب:

مطالعات بین‌فرهنگی (Cross-Cultural Studies) نشان می‌دهند که نگرش افراد به خواب، به‌ویژه اهمیت خواب، علل بی‌خوابی و روش‌های مقابله با آن، به شدت تحت تأثیر فرهنگ قرار دارد (Lo et al., ۲۰۱۶). برای مثال، در فرهنگ ایرانی، برخی افراد ممکن است بی‌خوابی را به "چشم‌زخم" یا "اضطراب معنوی" نسبت دهند، در حالی که در فرهنگ‌های علمی محور غربی، علل شناختی-رفتاری بیشتر مورد تأکیدند. همچنین، در جوامعی مانند ایران، خواب روز (قیلوله) یا خواب بعد از ظهر یک رفتار طبیعی و رایج تلقی می‌شود، در حالی که در جوامعی مانند ایالات متحده، خواب نیم‌روزی عمدتاً مختص کودکان یا سالمندان تلقی می‌شود و ممکن است در محیط کاری پذیرفته نشده باشد.

جمع‌بندی:

فرهنگ نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری الگوهای خواب، نگرش به اختلالات خواب و راهبردهای مقابله‌ای ایفا می‌کند. در فرهنگ ایرانی، ریشه‌های سنتی و اسلامی نسبت به بهداشت خواب تأکید زیادی داشته‌اند، اما در دوران معاصر، چالش‌هایی مانند استفاده بیش از حد از تکنولوژی، اضطراب و تغییرات سبک زندگی، تهدیدی برای کیفیت خواب به‌شمار می‌آیند. مقایسه بین‌فرهنگی نشان می‌دهد که آموزش، مداخلات رفتاری و آگاهی‌بخشی عمومی می‌تواند به بهبود وضعیت بهداشت خواب در همه فرهنگ‌ها کمک کند.

۲-۳: اضطراب

۲-۳-۱: تعریف نظری اضطراب

اضطراب یکی از هیجانات بنیادین انسان است که هم در سطح تجربه درونی و هم در رفتار بیرونی قابل شناسایی است. اضطراب به طور کلی به حالتی از نگرانی، دلواپسی یا ترس مبهم و منتشر نسبت داده می‌شود که اغلب بدون وجود یک تهدید واقعی یا خارجی مشخص به وجود می‌آید (Barlow, 2002). این احساس ممکن است در پاسخ به موقعیت‌هایی باشد که فرد آن‌ها را فراتر از توان مقابله‌ای خود درک می‌کند.

در روان‌شناسی بالینی، اضطراب معمولاً با احساس تنش، افکار نگران‌کننده، و تغییرات فیزیولوژیکی نظیر افزایش ضربان قلب، تعریق و تنفس سطحی همراه است (Clark & Beck, 2010). اضطراب، در سطوح خفیف می‌تواند سازگاران و حتی مفید باشد، زیرا موجب افزایش هوشیاری و تمرکز می‌شود؛ اما در صورتی که مزمن، شدید یا خارج از کنترل گردد، عملکرد فرد را مختل می‌کند و به‌عنوان یک اختلال روانی طبقه‌بندی می‌شود (American Psychiatric Association [APA], 2013).

از منظر مفهومی، اضطراب با ترس تفاوت دارد. ترس واکنشی فوری به تهدید واقعی و قابل‌شناسایی است، در حالی که اضطراب معمولاً به تهدیدات مبهم، آینده‌نگر یا غیرواقعی مربوط است (Barlow, 2000). بنابراین، اضطراب حالتی شناختی و هیجانی است که در آن فرد احساس می‌کند کنترلی بر شرایط ندارد یا ممکن است اتفاقی ناخوشایند در آینده رخ دهد.

در روان‌شناسی معاصر، اضطراب معمولاً در چارچوب نظریه‌های شناختی-رفتاری، روان‌پویشی، و زیستی تبیین می‌شود. نظریه‌های شناختی مانند دیدگاه بک (Beck) بر این باورند که اضطراب ناشی از خطاهای شناختی، باورهای منفی درباره خود، دنیا و آینده است (Clark & Beck, 2010). از سوی دیگر، رویکردهای زیستی به نقش ساختارهایی مانند آمیگدال، سیستم فعال‌سازی هیجانی مغز و انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند گابا و سروتونین در ایجاد اضطراب تأکید دارند (Nutt & Malizia, 2004).

در متون اسلامی و فرهنگ ایرانی نیز اضطراب به عنوان یک وضعیت روانی مهم شناخته شده است. برخی از منابع دینی، اضطراب را نتیجه عدم توکل و اعتماد کامل به خداوند می‌دانند و آرامش را در ارتباط معنوی با خداوند جست‌وجو می‌کنند (مطهری، 1379). در طب سنتی نیز اضطراب تحت عنوان "وسواس سوداوی" یا "خفقان" شناخته شده و با عدم تعادل اخلاط بدن، به‌ویژه افزایش سودا مرتبط دانسته می‌شود (عقیلی خراسانی، 1389).

در مجموع، اضطراب یک سازه پیچیده روان‌شناختی است که ابعاد زیستی، شناختی، هیجانی، فرهنگی و معنوی دارد و درک جامع آن نیازمند توجه به تمامی این ابعاد است.

۲-۳-۲: تعریف عملیاتی اضطراب

در پژوهش‌های روان‌شناختی، به‌ویژه در مطالعاتی که به بررسی متغیرهایی چون اضطراب می‌پردازند، ضروری است که علاوه بر تعریف مفهومی، یک تعریف عملیاتی دقیق نیز ارائه گردد تا امکان سنجش و اندازه‌گیری دقیق این متغیر فراهم شود. تعریف عملیاتی، نحوه تبدیل مفاهیم نظری به شاخص‌های قابل مشاهده و اندازه‌گیری را مشخص می‌کند. در این راستا، اضطراب به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی که شامل مجموعه‌ای از حالات روانی، جسمانی و رفتاری می‌باشد، باید با استفاده از ابزارهایی استاندارد، عینی و معتبر مورد سنجش قرار گیرد.

در این پژوهش، برای تعریف عملیاتی اضطراب از داده‌های حاصل از یک ابزار روان‌سنجی معتبر استفاده شده است. بدین ترتیب، نمره کلی فرد در این ابزار، معرف سطح اضطراب او در زمان جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفته می‌شود. به عبارت دیگر، اضطراب به‌صورت عملیاتی به‌عنوان نمره‌ای که فرد در مقیاس سنجش اضطراب به‌دست می‌آورد تعریف می‌شود؛ این نمره نشان‌دهنده میزان شدت، فراوانی و دامنه علائم اضطرابی در فرد مورد نظر است.

در فرآیند سنجش، مقادیر بالاتر این نمره حاکی از شدت بیشتر اضطراب بوده و به منزله تجربه علائم اضطرابی شدیدتر تلقی می‌شود؛ در حالی که نمرات پایین‌تر، بیانگر اضطراب کمتر یا عدم وجود علائم بالینی اضطراب هستند. این نوع تعریف عملیاتی، زمینه‌ساز تحلیل آماری و آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌گردد و باعث می‌شود که متغیر اضطراب نه صرفاً به‌صورت انتزاعی، بلکه به شکل کمی و قابل بررسی در روابط همبستگی یا تفاوتی در میان گروه‌های مورد مطالعه قرار گیرد.

همچنین، اعتبار و پایایی این سنجش عملیاتی، از طریق مطالعات قبلی که هم در محیط‌های بالینی و هم غیربالینی صورت گرفته‌اند، مورد تأیید قرار گرفته است. ابزار سنجش اضطراب که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته، قابلیت تفکیک میان اضطراب‌های خفیف، متوسط و شدید را داراست و از این رو امکان تحلیل دقیق‌تری از وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان را فراهم می‌آورد.

به‌طور خلاصه، در این پژوهش، اضطراب به‌صورت عملیاتی به نمره‌ای اطلاق می‌شود که شرکت‌کننده در ابزار سنجش اضطراب به‌دست می‌آورد؛ این نمره شاخصی از شدت اضطراب فعلی وی بوده و مبنای تحلیل داده‌های آماری در فصل چهارم قرار خواهد گرفت. لازم به ذکر است که اطلاعات تکمیلی درباره نوع ابزار، نحوه نمره‌دهی، ویژگی‌های روان‌سنجی، و پیشینه استفاده از آن، در فصل سوم به تفصیل ارائه خواهد شد.

۳-۳-۲: تمایز اضطراب از استرس و ترس

با وجود اینکه مفاهیم اضطراب، استرس و ترس در بسیاری از متون عمومی و حتی تخصصی روان‌شناسی به‌صورت مترادف به‌کار می‌روند، اما این مفاهیم از منظر علمی و بالینی، تفاوت‌های بنیادینی با یکدیگر دارند. درک این تمایزها به‌ویژه در پژوهش‌های روان‌شناختی ضروری است، چرا که هر یک از این پدیده‌ها دارای مبانی نظری، سازوکارهای زیستی و روان‌شناختی و پیامدهای متفاوتی بر عملکرد فرد هستند.

اضطراب حالتی پایدار، فراگیر و معمولاً بدون منبع مشخص است که با احساس نگرانی، دلواپسی، تنش ذهنی و پیش‌بینی وقوع خطر یا اتفاق ناخوشایند همراه است. اضطراب بیشتر جنبه‌ی درونی و شناختی دارد و به‌صورت مزمن یا مداوم تجربه می‌شود؛ در حالی که اغلب تهدیدی واقعی در بیرون وجود ندارد یا آن تهدید مبهم و غیرقطعی است (Barlow, ۲۰۰۲). به همین دلیل اضطراب بیشتر با فعالیت‌های شناختی نظیر نشخوار ذهنی، پیش‌بینی فاجعه‌آمیز و احساس عدم کنترل بر آینده همراه است.

ترس بر خلاف اضطراب، معمولاً به یک تهدید یا محرک مشخص و فوری در محیط مربوط می‌شود. ترس پاسخ طبیعی و سازگارانه‌ای است به یک خطر واقعی، قابل مشاهده و فعلی. پاسخ‌های فیزیولوژیکی مانند افزایش ضربان قلب، ترشح آدرنالین، و واکنش فرار یا مقابله از ویژگی‌های بارز ترس هستند (Öhman, ۲۰۰۰). بنابراین، ترس در اصل پاسخی تکاملی برای حفظ بقا در موقعیت‌های تهدیدآمیز است، در حالی که اضطراب بیشتر بر اساس پیش‌بینی خطرات احتمالی شکل می‌گیرد.

استرس در مقایسه با اضطراب و ترس، یک وضعیت روانی و فیزیولوژیکی ناشی از فشارهای محیطی یا درونی است که تعادل فرد را به چالش می‌کشد. استرس می‌تواند ناشی از عوامل بیرونی مانند مسئولیت‌های شغلی، مشکلات تحصیلی، یا تعارض‌های بین‌فردی باشد و بسته به توانایی فرد در مقابله، می‌تواند اثرات مثبت (استرس

سازنده) یا منفی (استرس مخرب) داشته باشد (Lazarus & Folkman, ۱۹۸۴). برخلاف اضطراب که ماهیتی ذهنی تر دارد، استرس می‌تواند واکنشی کاملاً عینی نسبت به موقعیت‌های خاص باشد.

از لحاظ بالینی نیز اضطراب در صورت تداوم و شدت، می‌تواند به اختلال اضطرابی منجر شود، در حالی که ترس معمولاً موقت است و با رفع تهدید از بین می‌رود. همچنین، اضطراب اغلب بدون محرک خارجی و با احساس تهدید مبهم همراه است، در حالی که ترس دقیقاً به یک موقعیت یا شی خاص باز می‌گردد (American Psychiatric Association, ۲۰۱۳). استرس نیز ممکن است زمینه‌ساز بروز اضطراب یا حتی ترس شود، اما در ذات خود پدیده‌ای چندبعدی است که جنبه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری متعددی را در بر می‌گیرد. در پژوهش حاضر، تأکید اصلی بر اضطراب به‌عنوان یک تجربه روان‌شناختی پایدار و فراگیر است که می‌تواند با اختلال در خواب و سایر شاخص‌های بهداشت روانی ارتباط معنادار داشته باشد. بنابراین تمایز دقیق اضطراب از ترس و استرس به محقق کمک می‌کند تا تحلیل‌های دقیق‌تری نسبت به متغیر مورد مطالعه ارائه دهد و از تداخل مفهومی میان این پدیده‌ها جلوگیری کند.

۴-۳-۲: نظریه‌های روان‌تحلیلی، شناختی، رفتاری و زیستی اضطراب

اضطراب یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم در روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی است که نظریه‌های مختلفی برای تبیین آن ارائه شده‌اند. این نظریه‌ها هر یک بر جنبه‌ای از ماهیت، منشاء، سازوکارها و فرآیندهای روان‌شناختی یا زیستی اضطراب تأکید دارند. شناخت این دیدگاه‌ها در درک کامل‌تر و جامع‌تر این پدیده، به‌ویژه در زمینه‌هایی نظیر ارتباط آن با بهداشت خواب، نقش مهمی ایفا می‌کند.

الف) نظریه روان‌تحلیلی اضطراب:

در دیدگاه کلاسیک روان‌تحلیل‌گری، اضطراب به‌عنوان نشانه‌ای از تعارض‌های ناهشیار میان نهاد (id)، من (ego) و فرامن (superego) در نظر گرفته می‌شود. فروید (۱۹۲۶) اضطراب را مکانیزم هشدار می‌دانست که «من» در برابر تهدیدهای درونی و بیرونی احساس می‌کند. وی اضطراب را به سه نوع تقسیم کرد: اضطراب واقع‌گرایانه (در واکنش به خطرات بیرونی)، اضطراب اخلاقی (ناشی از تهدیدهای فرامن)، و اضطراب روان‌رنجور (ناشی از کشمکش با نهاد). به باور او، اضطراب به‌منزله هشدار است که فرد را به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی برای کنترل تعارض و تنش‌های روانی سوق می‌دهد (Freud, ۱۹۲۶؛ شاملو، ۱۳۹۹).

ب) نظریه شناختی اضطراب:

نظریه‌های شناختی اضطراب را نتیجه تفسیرهای ناکارآمد و افکار منفی خودکار نسبت به محیط و آینده می‌دانند. بک (۱۹۷۶) در نظریه‌اش تأکید دارد که افراد مضطرب تمایل دارند تهدیدات را بیش‌برآورد کرده و توانایی مقابله با آن‌ها را دست‌کم بگیرند. در این دیدگاه، اضطراب نتیجه‌ی تحریف‌های شناختی، اسنادهای نادرست و الگوهای فکری منفی است. ایس نیز در نظریه عقلانی-هیجانی خود (REBT) معتقد است باورهای غیرمنطقی و انتظارات غیرواقعی منجر به اضطراب می‌شوند (Beck, ۱۹۷۶؛ ایس و هارپر، ۱۳۹۵).

از منظر شناختی، درمان اضطراب نیازمند اصلاح افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای است. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که تغییر در باورهای زیربنایی و سوگیری‌های توجهی می‌تواند شدت اضطراب را کاهش دهد (Clark & Beck, ۲۰۱۰).

پ) نظریه رفتاری اضطراب

نظریه‌های رفتاری، اضطراب را به‌عنوان یک پاسخ آموخته‌شده در نظر می‌گیرند که از طریق شرطی‌سازی کلاسیک یا عامل شکل می‌گیرد. واتسون و رینر (۱۹۲۰) در آزمایش مشهور خود با «آلبرت کوچک»، نشان دادند که ترس می‌تواند از طریق تداعی محرک خنثی با محرک آزاردهنده ایجاد شود. بندورا نیز در نظریه یادگیری مشاهده‌ای (social learning theory) تأکید می‌کند که اضطراب می‌تواند از طریق مشاهده دیگران در موقعیت‌های تهدیدکننده، آموخته شود (Bandura, ۱۹۷۷؛ سیدمحمدی، ۱۳۹۸).

همچنین از دیدگاه رفتاری، اضطراب زمانی تقویت می‌شود که فرد از موقعیت اضطراب‌آور اجتناب کند، زیرا این اجتناب باعث کاهش موقتی اضطراب شده و در نتیجه رفتار اجتنابی تثبیت می‌شود. بر این اساس، درمان‌های رفتاری مانند مواجهه‌درمانی و حساسیت‌زدایی منظم، با حذف اجتناب، به خاموشی پاسخ اضطرابی کمک می‌کنند (Barlow, ۲۰۰۲).

ت) نظریه زیستی اضطراب

نظریه‌های زیستی بر نقش عوامل ژنتیکی، نورواناتومیکی و نوروشیمیایی در شکل‌گیری اضطراب تأکید دارند. در این دیدگاه، سیستم لیمبیک، به‌ویژه آمیگدال، نقش کلیدی در پاسخ‌های اضطرابی ایفا می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فعالیت بیش‌ازحد در آمیگدال با اضطراب بالا مرتبط است (LeDoux, 2000). همچنین، عدم تعادل در انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند گابا، سروتونین و نوراپی‌نفرین می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات اضطرابی شود (Nutt, 2001).

از منظر ژنتیکی، مطالعات دوقلوها و خانواده‌ها نشان می‌دهند که میزان وراثت‌پذیری اضطراب بین ۳۰ تا ۴۰ درصد تخمین زده شده است (Hettema et al., 2001). این یافته‌ها بیانگر آن‌اند که آمادگی برای اضطراب ممکن است به‌صورت زیستی در برخی افراد بیشتر باشد.

نتیجه‌گیری

هر یک از نظریه‌های یادشده، ابعاد متفاوتی از اضطراب را تبیین می‌کنند. نظریه روان‌تحلیلی بر تعارض‌های ناهشیار تأکید دارد، نظریه شناختی بر افکار و ارزیابی‌های ذهنی، نظریه رفتاری بر فرآیندهای یادگیری، و نظریه زیستی بر پایه‌های عصب‌شناختی و ژنتیکی. در روان‌شناسی معاصر، رویکردهای تلفیقی و زیستی-روانی-اجتماعی سعی دارند با ادغام این دیدگاه‌ها، چارچوبی جامع برای درک اضطراب فراهم کنند (Barlow, 2002؛ کاپلان و سادوک، ۱۳۹۷).

۵-۳-۲: اضطراب و خواب: تحلیل مکانیزم‌های فیزیولوژیک و روانی

اضطراب و اختلالات خواب ارتباط پیچیده و دوطرفه‌ای دارند که از دیدگاه‌های فیزیولوژیک و روانی قابل بررسی است. اختلال خواب، به‌ویژه بی‌خوابی، یکی از شایع‌ترین پیامدهای اضطراب است و بالعکس، کمبود خواب نیز می‌تواند شدت اضطراب را افزایش دهد. درک دقیق مکانیزم‌های این رابطه، اهمیت فراوانی در طراحی درمان‌های موثر دارد.

الف) مکانیزم‌های فیزیولوژیک اضطراب و خواب

سیستم عصبی مرکزی نقش محوری در تنظیم خواب و پاسخ‌های اضطرابی ایفا می‌کند. فعالیت بیش‌ازحد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های زیستی اضطراب است که منجر به افزایش سطح کورتیزول می‌شود. سطح بالای کورتیزول موجب اختلال در چرخه‌های طبیعی خواب، به ویژه مرحله خواب عمیق (مرحله سوم و چهارم NREM) می‌گردد (Buckley & Schatzberg, ۲۰۰۵).

آمیگدال، به عنوان مرکز پردازش هیجانات، در پاسخ به محرک‌های تهدیدکننده فعال شده و باعث افزایش هوشیاری و پاسخ‌های جنگ یا گریز می‌شود. این فعال‌سازی با افزایش بیداری شبانه و کاهش کیفیت خواب همراه است (Goldstein & Walker, ۲۰۱۴). همچنین، عدم تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند گابا که نقش مهمی در سیستم عصبی دارد، می‌تواند منجر به بروز بی‌خوابی در افراد مضطرب شود (Nutt & Malizia, ۲۰۰۱).

علاوه بر این، تحریک بیش‌ازحد سیستم عصبی خودمختار، به ویژه افزایش فعالیت سمپاتیک و کاهش فعالیت پاراسمپاتیک، باعث افزایش ضربان قلب و فشار خون در طول خواب شده و مانع رسیدن به خواب عمیق می‌گردد (Bonnet & Arand, ۲۰۰۱).

ب) مکانیزم‌های روانی اضطراب و خواب:

از نظر روان‌شناختی، اضطراب باعث افزایش افکار مزاحم، نگرانی‌ها و پرسش ذهنی می‌شود که به عنوان «هیجان هیجانی» یا «رومینیشن» شناخته می‌شود و مانع تسهیل فرآیند خواب می‌گردد (Harvey, ۲۰۰۲). این وضعیت باعث تحریک شناختی می‌شود که مانع ورود به مراحل اولیه خواب یا تداوم آن می‌گردد.

الگوی شناختی-رفتاری بی‌خوابی (CBT-I) نظریه‌ای است که بر این اساس استوار است که اضطراب باعث ایجاد نگرانی مفرط درباره خواب می‌شود که خود به عنوان یک عامل اضطراب‌زا باعث ایجاد چرخه معیوب بی‌خوابی و اضطراب می‌گردد (Morin, ۱۹۹۳). این چرخه منجر به افزایش توجه به نشانه‌های خواب‌آلودگی و نگرانی درباره خواب ناکافی می‌شود که باعث افزایش زمان بیداری در بستر و کاهش کیفیت خواب می‌گردد.

ج) رابطه دوسویه اضطراب و خواب

مطالعات نشان داده‌اند که کمبود خواب باعث افزایش فعالیت سیستم عصبی مرکزی در پاسخ به استرس می‌شود و پاسخ‌های اضطرابی را تشدید می‌کند (Meerlo et al., ۲۰۰۸). همچنین، بی‌خوابی مزمن می‌تواند حساسیت فرد را به محرک‌های اضطراب‌آور افزایش دهد و زمینه بروز اختلالات اضطرابی را فراهم سازد. از طرف دیگر، اضطراب مزمن می‌تواند باعث اختلال در تنظیم ساعت زیستی بدن (ریتم شبانه‌روزی) شود و منجر به تغییر در الگوهای طبیعی خواب شود. (Buysse et al., ۲۰۱۱) این بی‌نظمی می‌تواند باعث خستگی مفرط، کاهش عملکرد شناختی و افزایش آسیب‌پذیری روانی شود.

۶-۳-۲: شیوع اضطراب در دانشجویان و عوامل تشدیدکننده

اضطراب به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی، به ویژه در جمعیت دانشجویی، اهمیت فراوانی دارد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که میزان شیوع اضطراب در دانشجویان بالاتر از جمعیت عمومی است و این امر می‌تواند پیامدهای منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، سلامت روان و کیفیت زندگی آنان داشته باشد (Beiter et al., ۲۰۱۵; Bayram & Bilgel, ۲۰۰۸).

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۸ توسط دانشمندان ایرانی انجام شد، نشان داد که حدود ۴۰ درصد دانشجویان دچار درجاتی از اضطراب هستند که این میزان در مقایسه با جمعیت غیردانشجویی قابل توجه است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۷). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های بین‌المللی نیز شیوع اضطراب را در دانشجویان در محدوده ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند که تفاوت‌های فرهنگی، روش‌شناسی و شرایط محیطی می‌تواند در این تنوع تأثیرگذار باشد (Bayram & Bilgel, ۲۰۰۸).

از جمله عوامل اصلی تشدیدکننده اضطراب در دانشجویان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. فشارهای تحصیلی و عملکردی: حجم بالای دروس، امتحانات مکرر، و فشار برای کسب نمرات بالا از مهم‌ترین استرسورهای دانشجویان است که به طور مستقیم با افزایش اضطراب مرتبط است (Misra & McKean, ۲۰۰۰).

۲. مسائل مالی و اقتصادی: نداشتن منابع مالی کافی یا نگرانی درباره هزینه‌های تحصیل و زندگی، منجر به افزایش نگرانی‌ها و اضطراب در دانشجویان می‌شود (Robotham & Julian, ۲۰۰۶).

۳. تغییرات محیطی و اجتماعی: ورود به محیط جدید دانشگاه، دوری از خانواده و دوستان، و تلاش برای ایجاد روابط اجتماعی جدید می‌تواند موجب بروز اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی شود (Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, ۲۰۰۷).

۴. عوامل روانشناختی فردی: ویژگی‌هایی مانند کمال‌گرایی، خودانتقادی، و سبک‌های مقابله‌ای نامناسب می‌توانند دانشجویان را بیشتر مستعد اضطراب کنند (Flett, Hewitt, & Heisel, ۲۰۱۴).

۵. عوامل زیستی و ژنتیکی: وجود سابقه خانوادگی اضطراب، تغییرات هورمونی و عوامل زیستی مرتبط با کارکرد سیستم عصبی مرکزی نیز در بروز اضطراب نقش دارند (Hetteema, Neale, & Kendler, ۲۰۰۱).

۶. استفاده بیش از حد از فناوری و شبکه‌های اجتماعی: مطالعات نشان داده‌اند که مصرف زیاد تلفن همراه، رسانه‌های اجتماعی و بازی‌های ویدئویی می‌تواند اضطراب را در میان دانشجویان تشدید کند (Wang et al., ۲۰۱۹).

با توجه به موارد فوق، درک دقیق عوامل تشدیدکننده اضطراب در دانشجویان برای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و حمایتی ضروری است. بهبود وضعیت روانی دانشجویان نه تنها کیفیت زندگی آنها را ارتقاء می‌دهد، بلکه می‌تواند موجب افزایش موفقیت تحصیلی و کاهش ترک تحصیل شود (Stallman, ۲۰۱۰).

۲-۳-۷: راهبردهای مقابله با اضطراب و درمان‌های روان‌شناختی

اضطراب به عنوان یکی از اختلالات روانی شایع، نیازمند بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای و درمان‌های روان‌شناختی متنوعی است که می‌توانند به کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کنند. در میان دانشجویان، که گروه پرریسکی برای تجربه اضطراب هستند، آموزش و استفاده از این روش‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد.

الف) راهبردهای مقابله‌ای شخصی

راهکارهای مقابله‌ای به رفتارها و تفکراتی گفته می‌شود که فرد برای مدیریت اضطراب و استرس به کار می‌برد. این راهبردها به دو دسته‌ی اصلی تقسیم می‌شوند:

۱. **مقابله مسئله‌محور:** تمرکز بر شناسایی و حل مشکلاتی که موجب اضطراب می‌شوند، مانند برنامه‌ریزی تحصیلی بهتر، مدیریت زمان، و درخواست کمک از اساتید یا مشاوران.

۲. **مقابله هیجان‌محور:** تکنیک‌هایی مانند تنفس عمیق، مدیتیشن، تمرینات آرام‌بخش، و افزایش مهارت‌های مدیریت هیجان برای کاهش واکنش‌های جسمانی اضطراب.

مطالعات نشان داده‌اند دانشجویانی که از راهبردهای مقابله مسئله‌محور استفاده می‌کنند، بهتر می‌توانند فشارهای تحصیلی را مدیریت کنند و سطح اضطرابشان کاهش می‌یابد (Folkman & Moskowitz, ۲۰۰۴).

ب) درمان‌های روان‌شناختی

درمان‌های روان‌شناختی شامل مجموعه روش‌هایی هستند که با هدف تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار در بیماران اضطرابی به کار می‌روند. از مهم‌ترین درمان‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. **درمان شناختی-رفتاری (CBT):** یکی از موثرترین و پرکاربردترین روش‌ها برای درمان اضطراب است که به فرد کمک می‌کند باورهای غلط و افکار منفی خود را شناسایی و تغییر دهد. مطالعات گسترده‌ای اثربخشی CBT را در کاهش علائم اضطراب تایید کرده‌اند (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, ۲۰۱۲).

۲. **درمان پذیرش و تعهد (ACT):** این روش بر پذیرش احساسات منفی و تعهد به ارزش‌های فردی تمرکز دارد و به دانشجویان کمک می‌کند تا اضطراب خود را بپذیرند و به جای اجتناب، زندگی معنا داری داشته باشند (Hayes, Strosahl, & Wilson, ۱۹۹۹).

۳. **درمان روان‌پویشی:** این نوع درمان با تمرکز بر آگاهی از تعارضات ناخودآگاه و مشکلات روانی عمیق‌تر، به بهبود اضطراب کمک می‌کند و بیشتر برای اضطراب مزمن کاربرد دارد (Leichsenring & Steinert, ۲۰۱۷).

۴. **درمان گروهی:** استفاده از گروه درمانی به دانشجویان امکان می‌دهد تجربه‌های خود را با دیگران به اشتراک بگذارند، مهارت‌های اجتماعی خود را بهبود دهند و حمایت اجتماعی دریافت کنند که این خود کاهش دهنده اضطراب است (Yalom & Leszcz, ۲۰۰۵).

ج) درمان‌های مکمل و مداخلات غیردارویی

علاوه بر درمان‌های روان‌شناختی، مداخلات مکملی مانند ورزش منظم، تکنیک‌های آرام‌سازی، و مداخلات تغذیه‌ای نیز در کاهش اضطراب مؤثرند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فعالیت بدنی منظم باعث افزایش تولید اندورفین‌ها شده و به بهبود خلق و کاهش اضطراب کمک می‌کند (Stonerock, Hoffman, Smith, & Blumenthal, ۲۰۱۵).

د) اهمیت مشاوره و آموزش در محیط دانشگاهی

با توجه به شیوع بالای اضطراب در دانشجویان، بسیاری از دانشگاه‌ها اقدام به راه‌اندازی مراکز مشاوره روان‌شناختی کرده‌اند که خدماتی مانند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، گروه‌های حمایتی و جلسات درمانی را ارائه می‌دهند. این مراکز نقش مهمی در کاهش بار اضطراب و بهبود سلامت روان دانشجویان ایفا می‌کنند (Gallagher, ۲۰۱۴).

۸-۳-۲: ابزارها و مقیاس‌های معتبر سنجش اضطراب

سنجش دقیق و علمی اضطراب نقش کلیدی در تشخیص، درمان و پژوهش‌های روان‌شناختی ایفا می‌کند. به همین دلیل، استفاده از ابزارها و مقیاس‌های معتبر و استاندارد ضروری است تا بتوان میزان اضطراب را به شکل کمی و کیفی اندازه‌گیری کرد و روند درمان را پایش نمود. این ابزارها معمولاً شامل پرسشنامه‌های خودگزارشی، مصاحبه‌های ساختاریافته و مقیاس‌های روان‌سنجی می‌شوند.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

پرسشنامه اضطراب بک یکی از شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین ابزارهای خودارزیابی اضطراب است که توسط آرون بک و همکارانش توسعه یافته است (Beck et al., ۱۹۸۸). این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که شدت علائم اضطراب جسمانی و روانی را طی یک هفته اخیر می‌سنجد. امتیازدهی آن امکان تفکیک بین درجات

خفیف، متوسط و شدید اضطراب را فراهم می‌کند. پرسشنامه BAI در پژوهش‌های بالینی و غیر بالینی کاربرد فراوانی داشته و اعتبار و روایی آن در نمونه‌های فارسی و بین‌المللی تأیید شده است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵).

مقیاس اضطراب دولا، اسپانس، و یانگ (-DASS ۲۱)

این مقیاس کوتاه، اضطراب، افسردگی و استرس را به صورت تفکیکی اندازه‌گیری می‌کند و از ۲۱ سؤال تشکیل شده است. نسخه فارسی آن توسط صالحی و همکاران استاندارد شده و روایی و پایایی مناسبی دارد (Salehi et al., ۲۰۱۶). این ابزار برای سنجش اضطراب در جمعیت‌های مختلف از جمله دانشجویان مناسب است.

مقیاس اضطراب وضعیت-ویژگی (STAI)

مقیاس STAI که توسط Spielberg طراحی شده است، اضطراب را در دو حالت «وضعیت» (اضطراب فعلی) و «ویژگی» (تمایل فرد به اضطراب) می‌سنجد (Spielberger, ۱۹۸۳). این ابزار به ویژه در مطالعات بالینی و تحقیقاتی کاربرد وسیعی دارد و نسخه‌های مختلف آن به زبان‌های متعدد از جمله فارسی ترجمه و اعتبارسنجی شده است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (LSAS) Liebowitz

این پرسشنامه برای سنجش اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی طراحی شده و کاربرد زیادی در تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی دارد (Liebowitz, ۱۹۸۷). نسخه فارسی آن نیز توسط برخی در این پژوهش‌ها استاندارد شده است.

ابزارهای دیگر:

علاوه بر موارد فوق، ابزارهای دیگری مانند Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)، Patient Health Questionnaire (PHQ) نیز در پژوهش‌ها و بالین مورد استفاده قرار می‌گیرند که هر کدام ویژگی‌ها و مزایای خاص خود را دارند.

۹-۳-۲: تفاوت‌های جنسیتی و سنی در تجربه اضطراب

اختلالات اضطرابی و تجربه احساس اضطراب از جمله مسائل روان‌شناختی شایع در جوامع مختلف هستند که تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله جنسیت و سن قرار دارند. پژوهش‌های فراوان نشان داده‌اند که تفاوت‌های قابل توجهی در نحوه تجربه، بروز و شدت اضطراب بین گروه‌های سنی و جنسیتی مختلف وجود دارد که این تفاوت‌ها می‌توانند به شناخت بهتر اختلالات اضطرابی و برنامه‌ریزی‌های درمانی هدفمند کمک کنند.

تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب

مطالعات گسترده نشان می‌دهد که زنان به طور کلی نسبت به مردان بیشتر دچار اضطراب می‌شوند (McLean et al., ۲۰۱۱). این تفاوت جنسیتی ممکن است به عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی بازگردد. از نظر زیستی، نقش هورمون‌های جنسی مانند استروژن و پروژسترون در تنظیم واکنش‌های اضطرابی زنان مطرح است که می‌تواند باعث افزایش حساسیت به اضطراب شود (Altemus et al., ۲۰۱۴).

از دیدگاه روان‌شناختی، زنان تمایل بیشتری به پردازش هیجانات و تجربه علائم اضطراب به صورت درونی دارند (Nolen-Hoeksema, ۲۰۰۱). همچنین فشارهای اجتماعی و نقش‌های جنسیتی که زنان با آن مواجه‌اند، می‌تواند به افزایش اضطراب منجر شود (Matud, ۲۰۰۴).

تفاوت‌های سنی در اضطراب

تجربه اضطراب در طول عمر تغییر می‌کند و هر گروه سنی ویژگی‌های خاص خود را دارد. کودکان و نوجوانان اغلب به دلیل تغییرات روانی-جسمانی، فشارهای تحصیلی و اجتماعی، در معرض اضطراب بیشتری قرار دارند (Costello et al., ۲۰۰۳). در سنین جوانی، اضطراب ممکن است با چالش‌های استقلال، انتخاب مسیر شغلی و روابط اجتماعی تشدید شود (Compas et al., ۲۰۱۷). در بزرگسالان میانسال، اضطراب می‌تواند با استرس‌های شغلی، خانوادگی و مالی مرتبط باشد. مطالعات نشان داده‌اند که شدت و شیوع اضطراب در بزرگسالان سالمند نسبت به جوانان کمتر است، هرچند اضطراب‌های خاصی مانند اضطراب مرگ در این گروه دیده می‌شود (Fiske et al., ۲۰۰۹).

تأثیر ترکیبی جنسیت و سن

ترکیب سن و جنسیت نیز در الگوهای اضطراب تأثیرگذار است. برای مثال، شیوع اضطراب در زنان جوان بیشتر از مردان همسن است، ولی این تفاوت در سنین بالاتر کاهش می‌یابد (Beevers et al., ۲۰۱۰). همچنین نوع اختلال اضطرابی در گروه‌های مختلف سنی و جنسی متفاوت است؛ به طور مثال اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان و جوانان دختر شایع‌تر است، در حالی که اختلالات وسواسی-اجباری در مردان بیشتر گزارش شده است (Kessler et al., ۲۰۰۵).

نتیجه‌گیری

شناخت تفاوت‌های جنسیتی و سنی در اضطراب، برای طراحی برنامه‌های پیشگیری و درمانی متناسب با نیازهای خاص هر گروه اهمیت فراوانی دارد. با توجه به تأثیرات چندوجهی عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی، رویکردهای چندبعدی در درمان اضطراب می‌تواند به افزایش اثربخشی مداخلات کمک کند.

۲-۴: پرش افکار

۲-۴-۱: تعریف نظری پرش افکار

پرش افکار (Mind Wandering) یکی از پدیده‌های روان‌شناختی است که به وضعیتی اشاره دارد که در آن توجه فرد از فعالیت جاری یا محرک محیطی جدا شده و به افکار، تصاویر یا خاطرات درون‌ذهنی منتقل می‌شود (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، پرش افکار حالتی است که ذهن به جای تمرکز بر وظیفه یا موقعیت فعلی، به سمت افکار خودانگیخته و اغلب نامرتب هدایت می‌شود.

این پدیده معمولاً به عنوان «ذهن‌پریشی» یا «ذهن‌آرامی» نیز توصیف می‌شود و می‌تواند به صورت ناخودآگاه اتفاق بیفتد، به گونه‌ای که فرد اغلب از آن آگاه نیست تا زمانی که مجدداً توجهش به موقعیت فعلی جلب شود (Kane et al., ۲۰۰۷).

در تعاریف مختلف، پرش افکار شامل انواع مختلفی از توجه به محتواهای درونی است که می‌تواند شامل خاطرات گذشته، تخیلات آینده، نگرانی‌ها یا حتی تفکرات خلاقانه باشد (Christoff et al., ۲۰۱۶). برخی مطالعات پرش افکار را به دو نوع عمده تقسیم کرده‌اند: پرش افکار هدفمند، که به صورت عمدی و کنترل شده اتفاق می‌افتد، و پرش افکار غیرارادی که ناخواسته و بدون قصد قبلی روی می‌دهد (Seli et al., ۲۰۱۶).

پرش افکار به عنوان یک فرایند طبیعی ذهنی شناخته می‌شود که می‌تواند هم جنبه‌های مثبت و هم منفی داشته باشد. از یک سو، پرش افکار به خلاقیت، حل مسئله و تنظیم هیجانات کمک می‌کند (Baird et al., ۲۰۱۲). از سوی دیگر، اگر این حالت بیش از حد یا در زمان‌های نامناسب اتفاق بیفتد، می‌تواند به کاهش تمرکز، کاهش کارایی و بروز مشکلاتی مانند اضطراب و افسردگی منجر شود (Mooneyham & Schooler, ۲۰۱۳).

در مطالعات علوم شناختی، پرش افکار به عنوان شاخصی از عملکرد شبکه حالت پیش فرض مغز (Default Mode Network - DMN) معرفی شده است که در هنگام استراحت ذهنی فعال می‌شود و با فرایندهای خودارجاعی مرتبط است (Raichle et al., ۲۰۰۱). بنابراین، پرش افکار نه تنها یک پدیده ذهنی، بلکه نمایانگر فعالیت‌های نورویبولوژیک پیچیده است که در تنظیم توجه و حافظه دخیل می‌باشد.

۲-۴-۲: تعریف عملیاتی پرش افکار

در پژوهش‌های علمی، تعریف عملیاتی به معنای تعیین شاخص‌ها و معیارهای مشخصی است که پدیده مورد نظر بر اساس آن‌ها قابل اندازه‌گیری و مشاهده باشد. پرش افکار (Mind Wandering) نیز از این قاعده مستثنی نیست و برای سنجش دقیق آن، در این پژوهش معیارهای عملیاتی ویژه‌ای تعریف کرده‌اند. پرش افکار به صورت رفتاری و ذهنی به معنای جابه‌جایی ناگهانی یا تدریجی توجه فرد از وظیفه یا موقعیت کنونی به سمت محتوای درونی ذهن، مانند خاطرات، رویاپردازی‌ها، نگرانی‌ها یا افکار غیرمرتبط با فعالیت حاضر است (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

از دیدگاه عملیاتی، پرش افکار معمولاً به واسطه ابزارهای مختلفی همچون روش‌های خودگزارشی، تجربه نمونه‌برداری (Experience Sampling Method - ESM)، گزارش‌های آنی (Thought Probes)، و تست‌های توجهی اندازه‌گیری می‌شود. در روش خودگزارشی، شرکت‌کنندگان در فواصل زمانی مشخص از خود پرسیده می‌شود که آیا توجهشان بر روی وظیفه حاضر متمرکز بوده یا ذهنشان به موضوعات دیگری منحرف شده است (Mrazek et al., ۲۰۱۳). روش نمونه‌برداری تجربه به در این پژوهش این امکان را می‌دهد که به

صورت لحظه‌ای و در بستر زندگی روزمره، فراوانی و کیفیت پرش افکار را ارزیابی کند (Killingsworth & Gilbert, ۲۰۱۰).

از نظر روان‌شناختی، پرش افکار به عنوان فرآیندی شناختی تلقی می‌شود که در آن کنترل توجه کاهش می‌یابد و تفکر خودکار بر محتوای ذهنی غالب می‌شود. این حالت ممکن است منجر به کاهش عملکرد در انجام وظایف نیازمند تمرکز شود، به ویژه در کارهایی که نیازمند توجه مداوم و پردازش اطلاعات پیچیده هستند (Christoff et al., ۲۰۰۹).

در پژوهش‌های آزمایشگاهی، فعالیت‌های مغزی مرتبط با پرش افکار نیز ثبت می‌شوند. به عنوان مثال، الگوی فعالیت بخش پیش فرض مغز (Default Mode Network) در طول پرش افکار افزایش می‌یابد که نشان‌دهنده پردازش‌های خودارجاعی و درون‌نگر است (Andrews-Hanna, ۲۰۱۲). این شواهد زیستی به تعریف عملیاتی پرش افکار کمک می‌کند تا علاوه بر معیارهای رفتاری، بتوان آن را به صورت عینی و فیزیولوژیک نیز اندازه‌گیری کرد.

از دیگر ابزارهای مورد استفاده در تعریف عملیاتی پرش افکار می‌توان به مقیاس‌هایی مانند «مقیاس پرش افکار روزمره» (Mind Wandering Questionnaire - MWQ) اشاره کرد که با سوالات متنوع، میزان فراوانی و شدت پرش افکار را در زندگی روزمره می‌سنجد (Mrazek et al., ۲۰۱۳). این مقیاس‌ها به همراه داده‌های زیستی و رفتاری، چارچوبی جامع برای شناسایی و ارزیابی دقیق این پدیده فراهم می‌آورند.

در نتیجه، تعریف عملیاتی پرش افکار بر مبنای ترکیبی از گزارش‌های خودگزارشی، روش‌های نمونه‌برداری تجربه، ارزیابی‌های رفتاری و نشانه‌های زیستی است که امکان بررسی دقیق، قابل تکرار و معتبر این پدیده در زمینه‌های مختلف شناختی و روانی را فراهم می‌کند و به محققان این امکان را می‌دهد تا تأثیر پرش افکار را بر عملکرد شناختی، خلق و خو و سلامت روانی تحلیل کنند.

۳-۴-۲: ویژگی‌های شناختی و عصب‌شناختی پرش افکار

پرش افکار یا سرگردانی ذهن یکی از پدیده‌های پیچیده شناختی است که در دهه‌های اخیر توجه گسترده‌ای از سوی روان‌شناسان شناختی و عصب‌روان‌شناسان به خود جلب کرده است. این پدیده به حالتی اطلاق می‌شود که در آن فرد بدون قصد و اراده، توجه خود را از محرک‌ها یا فعالیت‌های بیرونی به سمت افکار درونی و

غیرمرتبط منحرف می‌کند. ویژگی‌های شناختی و عصب‌شناختی پرش افکار به خوبی نشان می‌دهند که این فرآیند نه تنها با کارکردهای اجرایی مغز در ارتباط است، بلکه به شبکه‌های خاصی در مغز نیز مرتبط است که مسئول پردازش درونی، خودارجاعی و آینده‌نگری هستند (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

از دیدگاه شناختی، پرش افکار با کاهش کنترل توجه، ضعف در مهار شناختی، افزایش تخیل ذهنی و کاهش هشیاری لحظه‌ای همراه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد در هنگام پرش افکار، تمایل بیشتری به تفکر خودارجاعی، خیال‌پردازی و نشخوار ذهنی دارند (Stawarczyk et al., ۲۰۱۳). این ویژگی‌ها می‌توانند باعث کاهش عملکرد شناختی در فعالیتهایی مانند یادگیری، حل مسئله و تصمیم‌گیری شوند (Mooneyham & Schooler, ۲۰۱۳).

از منظر عصب‌شناختی، پرش افکار به‌ویژه با فعال شدن شبکه پیش‌فرض مغز (Default Mode Network - DMN) مرتبط است. این شبکه شامل بخش‌هایی از قشر پیش‌پیشانی داخلی، سینگولیت خلفی، قشر جداری داخلی و هیپوکامپ است که هنگام استراحت ذهن یا عدم درگیری با محرک‌های بیرونی فعال می‌شود (Raichle et al., ۲۰۰۱). فعال شدن DMN معمولاً به صورت معکوس با فعالیت شبکه توجه متمرکز (Executive Attention Network) دیده می‌شود، یعنی زمانی که فرد درگیر پرش افکار است، فعالیت شبکه توجه کاهش یافته و در مقابل، DMN فعال می‌شود (Christoff et al., ۲۰۰۹).

همچنین مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که پرش افکار با نوسانات خاصی در امواج مغزی به‌ویژه در باند آلفا و تتا همراه است که با فرآیندهای درون‌نگر و کاهش توجه بیرونی در ارتباط هستند (Braboszcz & Delorme, ۲۰۱۱). این یافته‌ها تأیید می‌کنند که پرش افکار نه‌تنها پدیده‌ای ذهنی، بلکه دارای ویژگی‌های فیزیولوژیکی قابل شناسایی و بررسی است.

در پژوهش‌هایی که با استفاده از fMRI صورت گرفته، مشخص شده است که نه تنها شبکه DMN بلکه ساختارهایی مانند آمیگدال و هیپوکامپ نیز در تجربه‌های پرش افکار عاطفی یا خاطره‌محور نقش دارند (Andrews-Hanna, ۲۰۱۲). این موضوع حاکی از آن است که پرش افکار می‌تواند به عنوان نقطه تلاقی عملکردهای شناختی، حافظه و هیجان تلقی شود.

از سوی دیگر، نقش کارکردهای اجرایی نیز در کنترل یا بروز پرش افکار مورد تأکید قرار گرفته است. افرادی که توانایی بیشتری در مهار شناختی و حافظه کاری دارند، معمولاً توانایی بیشتری در کنترل پرش افکار و هدایت توجه دارند (McVay & Kane, ۲۰۱۰). در نتیجه، نارسایی در سیستم‌های اجرایی مغز ممکن است زمینه‌ساز افزایش فرکانس و شدت پرش افکار شود که این مسئله در اختلالاتی مانند ADHD و اضطراب فراگیر بیشتر دیده می‌شود (Seli et al., ۲۰۱۵).

در مجموع، ویژگی‌های شناختی پرش افکار شامل توجه شناور، کاهش تمرکز، افزایش تفکر خودارجاعی و افکار آینده‌نگر است؛ در حالی که ویژگی‌های عصب‌شناختی آن شامل فعال‌سازی شبکه پیش‌فرض مغز، نوسانات خاص در الگوهای EEG و فعالیت همزمان یا ناهمزمان با شبکه‌های توجه و اجرایی می‌باشد. این درهم‌تنیدگی شناختی-عصبی اهمیت بررسی دقیق‌تر این پدیده را در حوزه‌های سلامت روان، آموزش، بهره‌وری شناختی و حتی درمان‌های بالینی دوچندان می‌کند.

۴-۴-۲: تمایز پرش افکار از نشخوار ذهنی، خیال‌پردازی، و توجه‌پریشی

پرش افکار یا سرگردانی ذهن (Mind Wandering)، به حالتی اشاره دارد که در آن تمرکز فرد از فعالیت یا محرک فعلی منحرف شده و به افکاری نامربوط، ناخواسته و خودبه‌خودی درباره گذشته، آینده یا رویدادهای خیالی متمایل می‌شود. این پدیده اگرچه ممکن است به‌صورت طبیعی در ذهن انسان روی دهد، اما در برخی موقعیت‌ها - به‌ویژه در بافت‌های تحصیلی و شناختی - می‌تواند عملکرد فرد را مختل کند (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

تمایز پرش افکار از نشخوار ذهنی، خیال‌پردازی و توجه‌پریشی بسیار حائز اهمیت است، زیرا هر یک از این مفاهیم به لحاظ محتوایی، فرآیندی و پیامدهای روان‌شناختی، ویژگی‌های متمایزی دارند:

نشخوار ذهنی (Rumination)، برخلاف پرش افکار، اغلب با محتوایی منفی و تکرارشونده در مورد مسائل حل‌نشده، شکست‌ها، یا نگرانی‌ها همراه است. نشخوار ذهنی معمولاً با اختلالات روانی نظیر افسردگی و اضطراب همبستگی بالایی دارد و برخلاف پرش افکار که می‌تواند هم مثبت و هم منفی باشد، محتوای آن معمولاً منفی، جهت‌دار و پایدار است (Nolen-Hoeksema et al., ۲۰۰۸).

خیال‌پردازی (Daydreaming)، مفهومی نزدیک به پرش افکار است، اما تفاوت اصلی آن در این است که خیال‌پردازی معمولاً آگاهانه‌تر، هدفمندتر و اغلب با تخیلات خوشایند یا خلاقانه همراه است. در حالی که پرش افکار ممکن است ناخواسته، خودکار و مزاحم باشد، خیال‌پردازی اغلب در فضای ذهنی مثبت رخ می‌دهد و گاهی جنبه‌ی لذت‌بخش دارد (Klinger, ۲۰۰۹).

توجه‌پریشی (Distractibility)، حالتی است که در آن فرد به دلیل ضعف در تنظیم توجه یا تحریک‌پذیری بالا، تمرکز خود را به‌آسانی از دست می‌دهد. این حالت بیشتر با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) مرتبط است و شامل واکنش سریع به محرک‌های محیطی است. در حالی که پرش افکار بیشتر درون‌زاد و مبتنی بر افکار درونی است، توجه‌پریشی اغلب توسط عوامل بیرونی فعال می‌شود (Barkley, ۱۹۹۷).

در مجموع، گرچه این مفاهیم در ظاهر مشابه به نظر می‌رسند و می‌توانند هم‌پوشانی‌هایی داشته باشند، اما شناخت دقیق تمایزهای آن‌ها به در این پژوهشان و درمانگران کمک می‌کند تا در تشخیص، درمان و تحلیل‌های نظری دقیق‌تری عمل کنند. از سوی دیگر، در بافت پژوهش حاضر که به بررسی رابطه‌ی پرش افکار با بهداشت خواب و اضطراب می‌پردازد، تمایز مفهومی این اصطلاحات برای جلوگیری از سوگیری تبیینی ضروری است.

۵-۴-۲: مدل‌های نظری پرش افکار (مانند مدل Smallwood & Schooler)

پرش افکار یا سرگردانی ذهن (Mind Wandering) پدیده‌ای رایج در جریان هوشیاری انسان است که طی آن تمرکز فرد از فعالیت جاری منحرف شده و به افکاری نامربوط، اغلب خودبه‌خودی و درون‌زاد، معطوف می‌شود. برای تبیین این پدیده، چندین مدل نظری پیشنهاد شده‌اند که هر یک از دیدگاه خاصی به مکانیزم‌های شناختی، عصبی و انگیزشی آن پرداخته‌اند. در میان این نظریه‌ها، مدل‌های Smallwood و Schooler برجسته‌ترین جایگاه را دارند.

مدل Smallwood و Schooler (۲۰۱۵): مدل شناختی-پویایی (Dynamic Cognitive Model):

این مدل، پرش افکار را نتیجه تعامل پویای دو سیستم ذهنی می‌داند: سیستم اجرایی (executive control) و سیستم تولید افکار خودبه‌خودی (default mode network). طبق این دیدگاه، پرش افکار زمانی رخ می‌دهد که منابع شناختی از فعالیت جاری منحرف شده و به سمت پردازش‌های درون‌زاد سوق داده شوند

(Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵). در این مدل، سرگردانی ذهن به‌عنوان فرایندی طبیعی در ذهن انسان تلقی می‌شود که گاه سازگاران (مثلاً برای حل مسئله یا آینده‌نگری) و گاه ناسازگاران (مثلاً هنگام مطالعه یا رانندگی) است.

به باور این نظریه، هنگامی که فعالیت اجرایی مغز درگیر یک تکلیف کم‌چالش یا تکراری است، احتمال پرش افکار افزایش می‌یابد. در واقع، سیستم پیش‌فرض مغز (Default Mode Network یا DMN) در نبود توجه متمرکز، به‌طور خودکار فعال شده و جریان افکار خودانگیخته را تسهیل می‌کند (Christoff et al., ۲۰۰۹).

مدل تنش-پرتی (Resource Competition Model)

در این مدل که مکمل دیدگاه Smallwood و Schooler است، پرش افکار به‌عنوان نتیجه‌ی رقابت منابع شناختی میان تکلیف بیرونی و افکار درونی توصیف می‌شود. زمانی که منابع شناختی به اندازه کافی برای حفظ تمرکز بر فعالیت بیرونی فراهم نیست یا انگیزش کافی وجود ندارد، افکار درونی فرصت بروز پیدا می‌کنند و سبب پرش ذهنی می‌شوند (McVay & Kane, ۲۰۱۰). این دیدگاه تأکید دارد که پرش افکار تابعی از بار شناختی، سطح انگیزش، و تفاوت‌های فردی در ظرفیت توجه است.

دیدگاه‌های عصب‌شناختی: نقش شبکه حالت پیش‌فرض

شواهد تصویربرداری مغزی نشان می‌دهند که پرش افکار با فعالیت شبکه حالت پیش‌فرض (DMN)، به‌ویژه در ناحیه قشر پیشانی میانی، قشر سینگولیت خلفی و نواحی تمپورال همراه است (Mason et al., ۲۰۰۷). این نواحی معمولاً زمانی فعال می‌شوند که فرد به محرک‌های بیرونی توجهی ندارد و در حال فکر کردن به مسائل شخصی یا خیالی است. این یافته‌ها، پایه زیستی نظریه Smallwood و Schooler را تقویت می‌کند.

نقد و توسعه نظریه‌ها

با وجود ارائه مدل‌های گوناگون، هنوز هم پرش افکار به‌عنوان مفهومی پیچیده و چندبعدی مطرح است که تحت تأثیر عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی قرار دارد. در این پژوهشان جدیدتر، عواملی چون خلق‌وخو، اضطراب،

اختلالات خواب، و حتی سبک زندگی دیجیتال محور را در تبیین پویایی این پدیده وارد کرده‌اند (Killingsworth & Gilbert, ۲۰۱۰; Sayette et al., ۲۰۰۹). برخی رویکردهای معاصر، تفاوت میان پرش افکار هدفمند (deliberate mind wandering) و غیرارادی (spontaneous mind wandering) را نیز مطرح کرده‌اند که در ادامه به غنای مدل‌های نظری افزوده است.

۶-۴-۲: عوامل زمینه‌ساز پرش افکار (خستگی ذهنی، اضطراب، بی‌حوصلگی و ...)

پرش افکار یا سرگردانی ذهن حالتی از آگاهی است که در آن تمرکز از فعالیت جاری منحرف شده و به افکاری درونی و غیرمرتبط با موقعیت حاضر معطوف می‌شود. این پدیده نه تنها با ویژگی‌های شناختی فرد بلکه با برخی حالات روان‌شناختی و زمینه‌های محیطی نیز در ارتباط است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پرش افکار می‌تواند تحت تأثیر عوامل زمینه‌ساز مختلفی چون خستگی ذهنی، اضطراب، بی‌حوصلگی، خواب ناکافی، انگیزش پایین و اختلال در تنظیم هیجانی قرار گیرد.

خستگی ذهنی (Mental Fatigue)

خستگی ذهنی یکی از مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده پرش افکار است. زمانی که منابع شناختی در نتیجه انجام مداوم وظایف ذهنی تحلیل می‌روند، توانایی کنترل توجه کاهش یافته و احتمال سرگردانی ذهن افزایش می‌یابد (Thomson et al., ۲۰۱۵). همچنین، کاهش ظرفیت اجرایی مغز در چنین شرایطی سبب کاهش بازداری شناختی و در نتیجه افزایش ورود افکار مزاحم به جریان ذهنی می‌شود.

اضطراب و نگرانی مزمن

اضطراب، به‌ویژه اضطراب تعمیم‌یافته، با افزایش افکار ناخواسته و نگرانی‌های آینده‌نگر همراه است که یکی از ویژگی‌های اصلی پرش افکار محسوب می‌شوند (Ottaviani & Couyoumdjian, ۲۰۱۳). در شرایط اضطرابی، سیستم‌های توجهی مغز مستعد تمرکز بر محرک‌های درونی تهدیدزا می‌شوند و توجه از وظایف بیرونی منحرف می‌گردد.

بی‌حوصلگی (Boredom)

بی‌حوصلگی نیز از عوامل مهم زمینه‌ساز پرش افکار است، به‌ویژه در موقعیت‌هایی که فرد درگیر فعالیت‌های تکراری یا کم‌چالش است. در این شرایط، انگیزش برای حفظ تمرکز کاهش یافته و ذهن به سمت افکار درونی منحرف می‌شود (Malkovsky et al., ۲۰۱۲). این نوع پرش ذهنی اغلب به‌صورت غیرارادی و با محتوای بی‌هدف یا تخیلی همراه است.

کم‌خوابی و اختلالات خواب

کمبود خواب و اختلال در بهداشت خواب باعث افت عملکرد شناختی، کاهش دقت و کاهش کارایی سیستم اجرایی مغز می‌شود. این موارد احتمال تجربه پرش افکار را به‌ویژه در طول روز افزایش می‌دهند (Seli et al., ۲۰۱۵). علاوه بر آن، خواب ناکافی با تشدید هیجانات منفی و کاهش تحمل در برابر فشارهای شناختی نیز همراه است.

سبک زندگی و استفاده بیش از حد از فناوری

استفاده مکرر و بدون مرز از تلفن همراه و شبکه‌های اجتماعی، با کاهش توان تمرکز و عادت به پرش توجهی لحظه‌ای همراه است که در نهایت به شکل‌گیری الگوهای ناپایدار توجه و افزایش پرش افکار منجر می‌شود (Rosen et al., ۲۰۱۳).

تفاوت‌های فردی

عوامل شخصیتی مانند ناپایداری هیجانی، گشودگی به تجربه و نشخوار ذهنی نیز می‌توانند نقش تسهیل‌گر در بروز پرش افکار ایفا کنند. همچنین، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی با نمره بالا در روان‌نژندی (Neuroticism) بیشتر در معرض پرش ذهنی مزمن هستند (Robison et al., ۲۰۲۰).

۲-۴-۷: پیامدهای پرش افکار در عملکرد تحصیلی، هیجانی و خواب

پرش افکار (Mind Wandering) یک پدیده رایج در زندگی روزمره است که گرچه گاه می‌تواند خلاقیت را افزایش دهد، اما در بسیاری از موارد، پیامدهای منفی بر حوزه‌های شناختی، تحصیلی، هیجانی و فیزیولوژیکی افراد، به‌ویژه دانشجویان، دارد. پژوهش‌های متعددی به بررسی اثرات منفی پرش افکار در زمینه‌های مختلف

پرداخته‌اند و نتایج حاکی از آن است که این پدیده، اگر مزمن یا کنترل نشده باشد، می‌تواند عملکرد فرد را به شکل چشمگیری مختل سازد (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵؛ نریمانی و شفیع پور، ۱۳۹۸).

عملکرد تحصیلی

پرش افکار با افت عملکرد تحصیلی رابطه‌ای مستقیم دارد. زمانی که ذهن فرد هنگام مطالعه یا حضور در کلاس به افکار نامرتبط منحرف می‌شود، فرآیند یادگیری فعال دچار وقفه شده و انتقال اطلاعات به حافظه بلندمدت مختل می‌شود (Risko et al., ۲۰۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که دانشجویانی که میزان بالاتری از پرش افکار را گزارش می‌کنند، نمرات پایین‌تری در امتحانات و تکالیف دارند، زیرا تمرکز لازم برای پردازش عمیق اطلاعات در آن‌ها کاهش یافته است (Unsworth & McMillan, ۲۰۱۳).

عملکرد هیجانی

پرش افکار اغلب با تجربه هیجانات منفی همچون اضطراب، افسردگی و احساس ناکارآمدی همراه است. این ارتباط دو سویه است: از یک سو، افراد دارای اضطراب و خلق منفی، مستعدتر به پرش افکار هستند؛ و از سوی دیگر، پرش افکار مداوم می‌تواند خلق منفی را تشدید کند، به‌ویژه زمانی که محتوای این افکار حول نگرانی‌ها، شکست‌ها یا ناامیدی‌ها باشد (Killingsworth & Gilbert, ۲۰۱۰؛ فرخی و کرمی، ۱۳۹۷). همچنین، این پدیده می‌تواند به کاهش ذهن‌آگاهی (mindfulness) و تنظیم هیجانی منجر شود، که خود پایه‌گذار اختلالات خلقی است (Mooneyham & Schooler, ۲۰۱۳).

خواب و کیفیت آن

یکی از پیامدهای نسبتاً نوپژوهش در مورد پرش افکار، تأثیر آن بر خواب است. افکار سرگردان و مزاحم به‌ویژه در هنگام شب و پیش از خواب، با افزایش مدت زمان به خواب رفتن و اختلال در تداوم خواب همراه است (Carciofo et al., ۲۰۱۴). پرش افکار در ساعات پایانی روز می‌تواند با افزایش فعالیت شناختی غیرسازگار با آرام‌سازی ذهن، مانع ورود به مرحله خواب عمیق شود. این پدیده در افراد دارای سبک نگرانی مزمن شایع‌تر است و در بلندمدت می‌تواند باعث بروز بی‌خوابی یا اختلالات خواب دیگر گردد (Gross et al., ۲۰۱۱؛ مرادی و همکاران، ۱۳۹۶).

جمع‌بندی

در مجموع، پرش افکار پدیده‌ای پیچیده است که با وجود برخی کاربردهای مثبت احتمالی، در صورت تکرار مزمز و کنترل نشده، اثرات منفی قابل توجهی بر جنبه‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی به‌ویژه در جمعیت دانشجویی دارد. شناسایی این پیامدها و درک ارتباط آن‌ها با بهداشت روان و عملکرد تحصیلی، می‌تواند در تدوین مداخلات روان‌شناختی پیشگیرانه و درمانی مؤثر باشد.

۸-۴-۲: پرش افکار در خواب و ارتباط با رویاها

پرش افکار که معمولاً به‌عنوان جابه‌جایی ناخواسته و بی‌هدف توجه ذهنی از یک موضوع به موضوع دیگر تعریف می‌شود، در بیداری مطالعه و بررسی شده است، اما نقش آن در مرحله خواب و ارتباطش با رویاها کمتر شناخته شده است. با این حال، پژوهش‌های نوین نشان می‌دهند که پرش افکار در خواب می‌تواند تأثیر مهمی بر کیفیت و محتوای رویاها و فرآیندهای شناختی مرتبط با خواب داشته باشد.

پرش افکار در مرحله خواب

در طول خواب، به‌خصوص در مرحله REM (Rapid Eye Movement) که بیشترین فعالیت رویاپردازی اتفاق می‌افتد، فعالیت‌های ذهنی بسیار پویا هستند و ذهن به‌صورت فعال به مرور خاطرات، پردازش هیجانات و سازمان‌دهی اطلاعات می‌پردازد. در این مرحله، پرش‌های ناگهانی بین افکار، تصاویر و خاطرات مختلف باعث ایجاد رویاهایی می‌شوند که گاه به‌صورت پراکنده، نامنظم و بدون منطق ظاهری تجربه می‌شوند. این نوسانات ذهنی ممکن است به‌نوعی مشابه پرش افکار در بیداری باشد که ذهن درگیر جریان آزاد افکار و تصاویر گوناگون است.

ارتباط پرش افکار با محتوای رویاها

مطالعات نشان داده‌اند که رویاها اغلب شامل ترکیبی از عناصر خاطرات گذشته، نگرانی‌های روزمره و حتی خلق‌وخوی فعلی فرد هستند. پرش افکار می‌تواند به‌عنوان عامل اصلی ایجاد تغییرات ناگهانی در محتوای رویاها عمل کند و باعث شود که موضوعات و تصاویر مختلف به‌سرعت جایگزین یکدیگر شوند. این پدیده باعث می‌شود رویاها ساختاری سیال و چندلایه داشته باشند که به‌نوعی بازتاب عملکرد پرش افکار در ذهن خواب‌آلود است.

تأثیر بر کیفیت خواب

پریش افکار در خواب، به ویژه اگر با استرس و اضطراب همراه باشد، می‌تواند موجب اختلال در کیفیت خواب شود. وقتی ذهن فرد هنگام خواب دچار نوسانات مکرر و پریش‌های شدید شود، احتمال بیدار شدن‌های متعدد و کاهش عمق خواب افزایش می‌یابد.

این موضوع منجر به خستگی روزانه، کاهش تمرکز و عملکرد ضعیف در فعالیت‌های روزمره می‌شود. همچنین، رویاهای پریشان و ناآرام، که ناشی از پریش افکار شدید هستند، ممکن است باعث کابوس و افزایش نگرانی‌های شبانه شوند.

۹-۴-۲: نقش مداخلات درمانی

روش‌هایی مانند تمرین‌های ذهن‌آگاهی، آرام‌سازی و کنترل تنفس می‌توانند به کاهش پریش افکار در هنگام خواب کمک کنند و در نتیجه کیفیت رویاها و خواب را بهبود بخشند. تنظیم محیط خواب و کاهش عوامل محرک مانند مصرف کافئین و استفاده از وسایل الکترونیکی قبل از خواب نیز تأثیر مثبتی در کنترل پریش افکار و بهبود خواب دارد.

۱. پرسشنامه‌های خودگزارشی

پرسشنامه‌های خودگزارشی یکی از رایج‌ترین و در دسترس‌ترین روش‌های اندازه‌گیری پریش افکار هستند. این پرسشنامه‌ها معمولاً از شرکت‌کنندگان می‌خواهند که میزان یا فراوانی تجربه پریش افکار خود را در طول زمان‌های مشخص گزارش دهند. از جمله پرسشنامه‌های معتبر می‌توان به «پرسشنامه پریش افکار مایندواندرینگ» (Mind Wandering Questionnaire - MWQ) اشاره کرد که به طور گسترده در پژوهش‌ها استفاده می‌شود و دارای روان‌سنجی مناسبی از نظر روایی و پایایی است (Mrazek et al., ۲۰۱۳).

۲. روش نمونه‌برداری تجربه‌ای (Experience Sampling Method - ESM)

در این روش، شرکت‌کنندگان در زمان‌های نامنظم و متناوب، سوالاتی درباره وضعیت ذهنی و میزان پریش افکارشان پاسخ می‌دهند. این روش به دلیل ثبت لحظه‌ای داده‌ها، اعتبار بالاتری نسبت به پرسشنامه‌های

خودگزارشی دارد و امکان بررسی پرش افکار در شرایط و موقعیت‌های واقعی زندگی روزمره را فراهم می‌کند (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

۳. آزمایش‌های شناختی و وظایف رفتاری

روش‌های آزمایشگاهی شامل وظایف شناختی طراحی شده برای اندازه‌گیری توجه و کنترل شناختی نیز برای سنجش پرش افکار کاربرد دارند. به‌طور مثال، وظایفی مانند آزمون توقف یا آزمون توجه مداوم (Continuous Performance Test) می‌توانند به‌صورت غیرمستقیم میزان پرش افکار را از طریق سنجش خطاها و نوسانات توجه اندازه‌گیری کنند (Kane et al., ۲۰۰۷).

۴. ابزارهای فیزیولوژیک و عصب‌نگاری

پیشرفت در فناوری‌های تصویربرداری مغزی مانند fMRI و EEG این امکان را فراهم کرده است که فعالیت‌های مرتبط با پرش افکار در سطح عصبی نیز مورد بررسی قرار گیرد. این ابزارها می‌توانند نشان دهند که چه مناطق مغزی در هنگام تجربه پرش افکار فعال می‌شوند و همچنین به تعیین اعتبار علمی یافته‌های رفتاری کمک کنند (Christoff et al., ۲۰۰۹).

اعتبار ابزارها

اعتبار ابزارهای سنجش پرش افکار معمولاً از طریق شاخص‌هایی مانند روایی محتوا، روایی هم‌زمان، پایایی درون‌آزمایشی و بازآزمایشی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. پرسشنامه‌های خودگزارشی به دلیل ساده بودن استفاده و هزینه پایین، کاربرد گسترده‌ای دارند، اما ممکن است تحت تأثیر سوگیری حافظه یا خودپنداره فرد باشند. روش نمونه‌برداری تجربه‌ای به دلیل ثبت داده‌های لحظه‌ای، از اعتبار بالاتری برخوردار است ولی پیچیدگی اجرایی بیشتری دارد. ابزارهای آزمایشگاهی و فیزیولوژیک به‌عنوان روش‌های عینی‌تر شناخته می‌شوند، اما ممکن است انعکاس‌دهنده دقیق تجربه ذهنی فرد نباشند.

این ترکیب چندگانه ابزارها و تکنیک‌های اندازه‌گیری، امکان بررسی جامع‌تر و علمی‌تر پرش افکار را فراهم می‌کند و هر یک از این روش‌ها می‌توانند بسته به اهداف پژوهش به‌صورت مکمل به کار روند.

۱۰-۴-۲: پرش افکار در جمعیت دانشجویان

پرش افکار یکی از پدیده‌های شناختی رایج است که در میان جمعیت دانشجویان بسیار شایع است و می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، توجه و سلامت روانی آن‌ها داشته باشد. دانشجویان به دلیل شرایط خاص تحصیلی و محیطی، مانند حجم بالای مطالب درسی، فشارهای روانی، و ساعات طولانی مطالعه، مستعد تجربه‌ی مکرر پرش افکار هستند که این موضوع می‌تواند منجر به کاهش کیفیت یادگیری و افزایش خطاهای شناختی شود.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که پرش افکار در دانشجویان با کاهش تمرکز و توجه مرتبط است و به‌ویژه در موقعیت‌های مطالعاتی یا امتحانی، می‌تواند باعث افت عملکرد شود (Kawasaki et al., 2019). علاوه بر این، پرش افکار در دانشجویان معمولاً با سطوح بالاتر اضطراب و استرس همراه است، که این عوامل می‌توانند چرخه‌ای معیوب ایجاد کنند؛ یعنی اضطراب موجب افزایش پرش افکار شده و پرش افکار نیز اضطراب را تشدید می‌کند (Seli et al., 2018).

از منظر نوروسایکولوژیکی، فعالیت بیش‌ازحد شبکه حالت پیش‌فرض مغز (Default Mode Network) در دانشجویانی که پرش افکار زیادی دارند مشاهده شده است. این شبکه معمولاً در هنگام استراحت مغز فعال است، اما فعال ماندن آن در زمان‌های نیازمند تمرکز، مانند هنگام مطالعه، باعث اختلال در توجه می‌شود (Mills et al., 2018).

همچنین، الگوهای خواب نامنظم و کیفیت پایین خواب در دانشجویان می‌تواند پرش افکار را افزایش دهد. خواب ناکافی و اختلالات خواب، به‌ویژه در دوران امتحانات، با افزایش نوسانات ذهنی و کاهش توانایی کنترل شناختی همراه است که زمینه‌ساز افزایش پرش افکار می‌شود (Killgore, 2010).

در نهایت، مدیریت زمان، استفاده از تکنیک‌های تنظیم هیجان، و آموزش مهارت‌های خودتنظیمی شناختی، از راهکارهای مؤثر برای کاهش پرش افکار در دانشجویان محسوب می‌شود که می‌تواند به بهبود تمرکز و عملکرد تحصیلی کمک کند (Baird et al., 2014).

۲-۵: تبیین روابط متقابل بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار

۲-۵-۱: رابطه بین بهداشت خواب و اضطراب

رابطه بین بهداشت خواب و اضطراب از جمله موضوعات مهم و مورد توجه در روان‌شناسی بالینی و علوم اعصاب شناختی است. بهداشت خواب به مجموعه رفتارها، عادات و شرایط محیطی اطلاق می‌شود که کیفیت و کمیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بهبود آن می‌تواند نقش مهمی در سلامت روان و جسم داشته باشد (Hirshkowitz et al., ۲۰۱۵). اضطراب به عنوان یک واکنش روانی نسبت به تهدیدات واقعی یا خیالی، می‌تواند تأثیرات منفی عمیقی بر فرآیندهای خواب داشته باشد.

مطالعات علمی متعدد نشان داده‌اند که اضطراب بالا با کاهش کیفیت بهداشت خواب ارتباط مستقیم دارد و افرادی که دچار اضطراب مزمن هستند، بیشتر در معرض اختلالات خواب قرار می‌گیرند. به‌طور خاص، اضطراب می‌تواند باعث افزایش مدت زمان لازم برای به خواب رفتن (Latent Sleep Onset)، افزایش بیداری‌های شبانه و کاهش مدت خواب عمیق شود (Morin et al., ۲۰۱۵). این تغییرات نه تنها کیفیت خواب را کاهش می‌دهند، بلکه در درازمدت می‌توانند منجر به مشکلات جسمانی و روانی بیشتر شوند.

از منظر مکانیسم‌های فیزیولوژیکی، اضطراب منجر به فعال شدن بیش‌ازحد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA axis) و افزایش سطح کورتیزول می‌شود که این وضعیت باعث برهم خوردن تعادل هورمونی و ایجاد اختلال در ریتم شبانه‌روزی خواب می‌گردد (Buckley & Schatzberg, ۲۰۰۵). همچنین، فعالیت زیاد سیستم سمپاتیک در اضطراب، موجب افزایش هوشیاری و دشواری در آرامش‌یابی می‌شود که این مسئله کیفیت بهداشت خواب را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تحقیقات بر روی جمعیت دانشجویان نیز نشان داده‌اند که اضطراب امتحان و فشارهای تحصیلی ارتباط معناداری با کاهش بهداشت خواب دارد و می‌تواند منجر به افزایش بی‌خوابی و اختلال در الگوهای خواب شود (Lund et al., ۲۰۱۰). به همین دلیل، بهبود بهداشت خواب در این گروه می‌تواند نقش موثری در کاهش اضطراب و بهبود عملکرد تحصیلی داشته باشد.

در نهایت، رابطه دوسویه بین بهداشت خواب و اضطراب به گونه‌ای است که هر یک می‌توانند دیگری را تشدید کنند؛ به گونه‌ای که اضطراب کیفیت خواب را کاهش می‌دهد و خواب ناکافی یا بی‌کیفیت می‌تواند سطح اضطراب را افزایش دهد (Alfonsi et al., ۲۰۲۰). بنابراین، مداخلات روان‌شناختی و رفتاری که به بهبود بهداشت خواب می‌پردازند، می‌توانند به کاهش علائم اضطرابی نیز کمک شایانی همچون، الگوهای خواب نامنظم

و کیفیت پایین خواب در دانشجویان می‌تواند پرش افکار را افزایش دهد. خواب ناکافی و اختلالات خواب، به‌ویژه در دوران امتحانات، با افزایش نوسانات ذهنی و کاهش توانایی کنترل شناختی همراه است که زمینه‌ساز افزایش پرش افکار می‌شود (Killgore, ۲۰۱۰).

در نهایت، مدیریت زمان، استفاده از تکنیک‌های تنظیم هیجان، و آموزش مهارت‌های خودتنظیمی شناختی، از راهکارهای مؤثر برای کاهش پرش افکار در دانشجویان محسوب می‌شود که می‌تواند به بهبود تمرکز و عملکرد تحصیلی کمک کند (Baird et al., ۲۰۱۴).

۲-۵-۲: رابطه بین بهداشت خواب و پرش افکار

رابطه بین بهداشت خواب و پرش افکار یکی از موضوعات پیچیده و رو به گسترش در مطالعات روان‌شناسی شناختی و علوم اعصاب است. پرش افکار که به معنای ناپایداری و پراکندگی ذهنی و جابه‌جایی مکرر بین موضوعات فکری مختلف بدون تمرکز پایدار است، می‌تواند نقش مهمی در کیفیت خواب و بهداشت خواب ایفا کند (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

مطالعات نشان داده‌اند که پرش افکار شدید و کنترل نشده در زمان پیش از خواب یا هنگام خوابیدن، می‌تواند منجر به دشواری در به خواب رفتن و افزایش بی‌خوابی شود. این وضعیت معمولاً به دلیل فعال شدن بیش‌ازحد فعالیت‌های شناختی و هیجانی است که مانع آرامش ذهنی و کاهش توانایی مغز برای انتقال به حالت خواب عمیق می‌شود (Harvey, ۲۰۰۲). به عبارتی، پرش افکار به عنوان یک عامل روانی منفی، می‌تواند به شدت به بهداشت خواب آسیب برساند و چرخه معیوبی را ایجاد کند که هم کیفیت خواب و هم سلامت روانی فرد را تهدید می‌کند.

از منظر مکانیسم‌های شناختی، پرش افکار مرتبط با فعالیت شبکه حالت پیش‌فرض مغز (Default Mode Network) است که در حالت استراحت مغز فعال می‌شود. در شرایطی که پرش افکار زیاد است، این شبکه به شکل ناخواسته فعال می‌ماند و مانع از ایجاد حالت آرامش ذهنی می‌شود که برای شروع و حفظ خواب لازم است (Christoff et al., ۲۰۱۶). بنابراین، عدم کنترل پرش افکار می‌تواند منجر به اختلال در تنظیم ریتم خواب و افزایش اضطراب مرتبط با خواب گردد.

در تحقیقات انجام شده بر روی جمعیت‌های مختلف، به ویژه دانشجویان، ارتباط معناداری بین میزان پرش افکار و اختلالات خواب مشاهده شده است. افرادی که سطح پرش افکارشان بالاتر است، گزارش می‌دهند که بیشتر دچار مشکلات به خواب رفتن، بیداری‌های شبانه و خواب ناکافی هستند (Kawashima et al., ۲۰۲۰). این یافته‌ها نشان می‌دهد که بهداشت خواب تنها به عوامل محیطی یا فیزیولوژیکی محدود نمی‌شود، بلکه عوامل شناختی مانند پرش افکار نیز نقش مهم و مستقیمی در کیفیت خواب دارند.

همچنین، پرش افکار می‌تواند موجب افزایش هیجان‌های منفی و اضطراب‌های پیش از خواب شود که خود به عنوان یکی دیگر از عوامل مهم کاهش کیفیت بهداشت خواب شناخته می‌شوند. به همین دلیل، مداخلاتی که توانایی فرد را در کنترل و مدیریت افکار پراکنده افزایش می‌دهند، می‌توانند به بهبود بهداشت خواب و کاهش مشکلات خواب کمک کنند (Mrazek et al., ۲۰۱۳).

در کل، رابطه بین بهداشت خواب و پرش افکار یک تعامل دوطرفه است که شناخت دقیق آن می‌تواند به طراحی برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه مؤثر در بهبود کیفیت خواب و سلامت روان کمک کند. این موضوع به ویژه در جمعیت‌هایی مانند دانشجویان که به دلیل فشارهای تحصیلی و سبک زندگی نامنظم، بیشتر در معرض اختلالات خواب و پرش افکار هستند، اهمیت فراوانی دارد.

۳-۵-۲: رابطه اضطراب با پرش افکار

رابطه بین اضطراب و پرش افکار یکی از موضوعات مهم در روان‌شناسی شناختی و بالینی است که نقش کلیدی در فهم سازوکارهای اختلالات روانی و عملکرد شناختی ایفا می‌کند. اضطراب به عنوان یک حالت هیجانی منفی مشخص می‌شود که با نگرانی مفرط، افزایش هوشیاری و واکنش‌های فیزیولوژیکی همراه است (American Psychiatric Association, ۲۰۱۳). پرش افکار نیز به معنای جابه‌جایی ناگهانی و بی‌هدف توجه ذهنی بین موضوعات مختلف است که می‌تواند موجب کاهش تمرکز و اختلال در فرآیندهای شناختی شود (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که اضطراب به طور قابل توجهی با افزایش پرش افکار مرتبط است. زمانی که افراد دچار اضطراب می‌شوند، افکار منفی و نگرانی‌های مکرر در ذهن آنها ظاهر شده و موجب پراکندگی توجه و ناتوانی در تمرکز روی وظایف جاری می‌شود (Eysenck et al., ۲۰۰۷). این افزایش پرش افکار باعث می‌شود

فرد نتواند به صورت مستمر و متمرکز روی یک موضوع خاص بماند و این وضعیت به ویژه در موقعیت‌هایی که نیاز به تمرکز بالا دارند، مانند مطالعه یا کار، مشکلات جدی ایجاد می‌کند.

از منظر زیستی، اضطراب باعث افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و تولید هورمون‌های استرس مانند کورتیزول می‌شود که می‌تواند موجب اختلال در تنظیم عملکردهای شناختی و افزایش افکار مزاحم گردد (Bishop, 2007). این حالت موجب فعال شدن شبکه‌های مغزی مرتبط با نگرانی و هیجان‌های منفی می‌شود که ارتباط نزدیکی با شبکه حالت پیش‌فرض (Default Mode Network) دارد و باعث افزایش پرس افکار می‌گردد (Whitfield-Gabrieli & Ford, 2012).

همچنین، در افراد مضطرب، پرس افکار می‌تواند به صورت چرخه معیوبی عمل کند؛ یعنی اضطراب باعث افزایش پرس افکار می‌شود و پرس افکار نیز با تحریک نگرانی‌ها و افکار منفی، اضطراب را تشدید می‌کند (Moscovitch et al., 2011).

این چرخه می‌تواند باعث بروز یا تشدید اختلالات روانی مانند اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس فکری-عملی و افسردگی گردد.

در جمعیت دانشجویان، که سطح اضطراب به دلیل فشارهای تحصیلی، عدم قطعیت‌های آینده و شرایط زندگی متغیر بالا است، رابطه میان اضطراب و پرس افکار بسیار برجسته است. پرس افکار مکرر در این افراد، کیفیت عملکرد تحصیلی، سلامت روان و حتی بهداشت خواب آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Roth et al., 2018).

در نهایت، شناخت دقیق رابطه بین اضطراب و پرس افکار می‌تواند به توسعه مداخلات روان‌شناختی هدفمند مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT)، مایندفولنس و تکنیک‌های مدیریت استرس کمک کند که با کاهش اضطراب و مدیریت بهتر پرس افکار، به بهبود کیفیت زندگی و عملکرد شناختی افراد منجر می‌شوند (Hofmann et al., 2010).

۴-۵-۲: مکانیسم‌های میانجی‌گری احتمالی بین سه متغیر

رابطه پیچیده میان بهداشت خواب، اضطراب و پرس افکار از طریق مکانیسم‌های میانجی‌گری مختلفی قابل توضیح است که درک آن‌ها می‌تواند به طراحی مداخلات دقیق‌تر برای بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی

کمک کند. این سه متغیر به صورت دینامیک و متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند و در برخی موارد عوامل میانجی یا واسطه‌ای وجود دارند که شدت و جهت این روابط را تعیین می‌کنند.

یکی از مهم‌ترین مکانیسم‌های میانجی‌گری، تنظیم هیجانی (Emotion Regulation) است. افراد با بهداشت خواب ضعیف معمولاً دچار اختلال در توانایی مدیریت هیجانات می‌شوند که این امر باعث افزایش سطح اضطراب می‌گردد (Palmer & Alfano, ۲۰۱۷). به علاوه، مشکلات در تنظیم هیجانی می‌تواند موجب افزایش پرش افکار شود؛ زیرا فرد قادر نیست ذهن خود را متمرکز نگه دارد و به طور مستمر درگیر افکار مزاحم و نگرانی‌های بی‌پایان می‌شود (Garland et al., ۲۰۱۷).

مکانیسم میانجی دیگر فعال‌سازی بیش از حد سیستم عصبی سمپاتیک است که در اختلالات خواب و اضطراب دیده می‌شود (Bonnet & Arand, ۲۰۱۰). تحریک مزمن این سیستم منجر به افزایش هورمون‌های استرس مانند کورتیزول شده و چرخه‌ای از اضطراب و بی‌خوابی ایجاد می‌کند که باعث افزایش پرش افکار نیز می‌شود. به عبارتی، اختلال در خواب منجر به افزایش حساسیت عصبی و اضطراب شده و اضطراب بالا نیز به نوبه خود پرش افکار را تشدید می‌کند.

همچنین، عملکرد شبکه حالت پیش‌فرض مغز (Default Mode Network) به عنوان یک عامل عصبی میانجی مطرح است. مطالعات تصویربرداری مغزی نشان داده‌اند که اختلال در این شبکه می‌تواند موجب افزایش پرش افکار و اضطراب شود و در عین حال بهداشت خواب نامناسب این اختلالات عملکردی را تقویت می‌کند (Hamilton et al., ۲۰۱۵).

کاهش ظرفیت توجه (Attentional Capacity) و افزایش افکار مزاحم (Intrusive Thoughts) نیز از دیگر مکانیسم‌های میانجی مهم هستند. خواب ناکافی یا بی‌کیفیت باعث کاهش توانایی توجه و تمرکز شده که در نهایت به افزایش پرش افکار می‌انجامد. اضطراب نیز با تحریک افکار منفی و نگرانی‌ها باعث تشدید این وضعیت می‌شود (Eysenck et al., ۲۰۰۷).

در نهایت، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار (Maladaptive Coping Styles) می‌توانند نقش میانجی قابل توجهی ایفا کنند. افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب، نشخوار فکری یا سرکوب هیجانات

استفاده می‌کنند، هم اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و هم پرش افکار در آنها افزایش می‌یابد، در حالی که این افراد معمولاً بهداشت خواب ضعیفی دارند (Compas et al., ۲۰۰۱).

بنابراین، درک و شناسایی این مکانیسم‌های میانجی‌گری، امکان مداخله هدفمندتر را فراهم می‌آورد؛ به گونه‌ای که با بهبود بهداشت خواب، تنظیم هیجانی، مدیریت اضطراب و کاهش پرش افکار بتوان به سلامت روانی بهتر دست یافت.

۵-۲: مدل مفهومی پژوهش بر اساس یافته‌ها و نظریه‌ها

مدل مفهومی پژوهش حاضر، با توجه به مرور نظریه‌ها و یافته‌های پیشین، چارچوبی را برای تحلیل و تبیین روابط بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار در دانشجویان ارائه می‌دهد. این مدل با هدف روشن کردن ساختارهای پیچیده و دینامیک میان این متغیرها، به کمک نظریه‌های روان‌شناختی و نتایج تحقیقات تجربی شکل گرفته است.

در این مدل، بهداشت خواب به عنوان متغیر مستقل اصلی در نظر گرفته می‌شود که تأثیر قابل توجهی بر دو متغیر وابسته، یعنی سطح اضطراب و میزان پرش افکار دارد. مشکلات بهداشت خواب از جمله بی‌خوابی، کیفیت پایین خواب، و الگوهای نامنظم خواب می‌توانند منجر به افزایش اضطراب و پرش افکار شوند. این تأثیرات به واسطه مکانیسم‌های میانجی مانند تنظیم هیجانی، تحریک بیش از حد سیستم عصبی سمپاتیک، و کاهش ظرفیت توجه تقویت می‌شوند (Palmer & Alfano, ۲۰۱۷؛ Bonnet & Arand, ۲۰۱۰).

از سوی دیگر، اضطراب نیز به عنوان متغیر میانجی در مدل قرار گرفته است که می‌تواند رابطه بین بهداشت خواب و پرش افکار را تعدیل یا تشدید کند. به عبارتی، اضطراب با افزایش نگرانی‌ها، افکار مزاحم و هیجانات منفی، پرش افکار را تشدید می‌کند و این افزایش پرش افکار خود می‌تواند موجب بدتر شدن کیفیت خواب شود (Eysenck et al., ۲۰۰۷؛ Hamilton et al., ۲۰۱۵). بنابراین، رابطه میان اضطراب و پرش افکار دوطرفه و تعاملی است.

همچنین، مدل مفهومی حاضر، نقش عوامل زمینه‌ای فردی و محیطی مانند سبک زندگی (مصرف کافئین، استفاده از تلفن همراه)، وضعیت سلامت روانی و عوامل زیستی (مانند سطح هورمون‌های استرس) را به عنوان

متغیرهای تعدیلی در نظر می‌گیرد که می‌توانند شدت و جهت تأثیر متغیرهای اصلی را تغییر دهند (Harvey, ۲۰۰۲).

از منظر نظری، این مدل با تأکید بر نظریه‌های شناختی-رفتاری (Morin, ۱۹۹۳) و مدل هیجانی-شناختی خواب (Harvey, ۲۰۰۲) طراحی شده است که در آن باورها و نگرانی‌های مرتبط با خواب و اضطراب باعث ایجاد چرخه معیوب خواب می‌شوند. همچنین، مدل Smallwood & Schooler (۲۰۱۵) درباره پرسش افکار به عنوان یکی از سازوکارهای شناختی مرتبط با اضطراب و کیفیت خواب در تکمیل این چارچوب مفهومی به کار گرفته شده است.

در نتیجه، این مدل مفهومی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم اثر بهداشت خواب بر اضطراب و پرسش افکار را شفاف می‌سازد و زمینه را برای مداخلات هدفمند روان‌شناختی و رفتاری فراهم می‌کند که می‌توانند همزمان کیفیت خواب را بهبود بخشیده و اضطراب و پرسش افکار را کاهش دهند.

۲-۶: پیشینه تجربی پژوهش

۲-۶-۱: مرور پژوهش‌های داخلی مرتبط با بهداشت خواب

مطالعات داخلی در حوزه بهداشت خواب طی سال‌های اخیر توجه قابل توجهی به عوامل مؤثر بر کیفیت خواب، پیامدهای اختلالات خواب و راهکارهای بهبود آن داشته‌اند. در این پژوهشان ایرانی با استفاده از روش‌های مختلف کمی و کیفی، به بررسی وضعیت بهداشت خواب در گروه‌های مختلف جمعیتی، به ویژه دانشجویان، پرداخته‌اند.

یکی از مطالعات مهم، پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۸) است که به بررسی رابطه بهداشت خواب با میزان اضطراب و افسردگی در دانشجویان دانشگاه تهران پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که اختلالات بهداشت خواب به طور معناداری با افزایش سطح اضطراب و افسردگی در دانشجویان ارتباط دارد. همچنین، کیفیت پایین خواب با کاهش کارایی تحصیلی و افزایش مشکلات روانی همراه بود (خسروی، ۱۳۹۸).

در مطالعه دیگری، احمدی و همکاران (۱۳۹۷) نقش سبک زندگی، به ویژه مصرف کافئین و استفاده از تلفن همراه در کیفیت خواب دانشجویان بررسی شد. یافته‌ها بیانگر آن بود که استفاده بیش از حد از تلفن همراه قبل

از خواب، به ویژه در ساعات شب، موجب کاهش کیفیت خواب و افزایش اختلالات خواب می‌گردد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز به بررسی تأثیر ورزش منظم بر بهبود بهداشت خواب دانشجویان پرداخته است. نتایج نشان داد که انجام فعالیت‌های ورزشی منظم می‌تواند به طور مؤثری کیفیت خواب را ارتقا داده و علائم بی‌خوابی را کاهش دهد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۹).

علاوه بر این، پژوهش رضایی و همکاران (۱۴۰۰) به بررسی پیامدهای اختلال بهداشت خواب در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد پرداخت. یافته‌ها نشان داد که اختلالات خواب می‌تواند پیامدهای متعددی از جمله کاهش تمرکز، خستگی مزمن، اختلال در عملکرد شناختی و افت تحصیلی را به دنبال داشته باشد (رضایی و همکاران، ۱۴۰۰).

به طور کلی، مطالعات داخلی نشان می‌دهد که بهداشت خواب به عنوان یک متغیر کلیدی در سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان نقش مهمی دارد و توجه به آن می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و افزایش موفقیت‌های آموزشی گردد. همچنین، عوامل سبک زندگی و روان‌شناختی به عنوان عوامل مؤثر بر بهداشت خواب در این مطالعات برجسته شده‌اند که می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات هدفمند در سطح دانشگاه‌ها باشد.

۲-۶-۲: مرور پژوهش‌های داخلی مرتبط با اضطراب

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی در ایران به بررسی اضطراب، علل و پیامدهای آن پرداخته‌اند و تأثیر آن بر سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد، به‌ویژه دانشجویان، مورد توجه قرار گرفته است. اضطراب به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی، تأثیر قابل توجهی بر کارکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت جسمانی دانشجویان دارد.

مطالعات نشان داده‌اند که سطح اضطراب در دانشجویان ایرانی نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است و عوامل متعددی از جمله فشارهای تحصیلی، مشکلات اقتصادی، عدم اطمینان از آینده شغلی و شرایط اجتماعی، در افزایش این سطح نقش دارند. پژوهش‌هایی مانند مطالعه نوربخش و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که اضطراب دانشجویان با کاهش کیفیت خواب، افت تمرکز و کاهش انگیزه تحصیلی همراه است.

مطالعه‌ی دیگری توسط حسینی و همکاران (۱۳۹۸) به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای بر اضطراب دانشجویان پرداخت. نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که دانشجویانی که از حمایت اجتماعی مناسب برخوردارند و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتری دارند، سطح اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند و بهتر می‌توانند با استرس‌های تحصیلی مقابله کنند.

همچنین پژوهش جعفری و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که شیوع اضطراب در دانشجویان دختر نسبت به پسران بیشتر است و این تفاوت به عوامل فرهنگی، اجتماعی و روانی باز می‌گردد. اضطراب بالاتر در دانشجویان دختر با افزایش علائم افسردگی و اختلالات خواب نیز همزمان بوده است.

در کل، پژوهش‌های داخلی اضطراب را به عنوان یک عامل کلیدی در سلامت روانی دانشجویان معرفی کرده‌اند که بر عملکرد تحصیلی، روابط بین فردی و سلامت جسمانی اثرگذار است. شناخت عوامل موثر و ارائه راهبردهای مناسب مقابله با اضطراب از اولویت‌های مهم در مطالعات روان‌شناسی و روان‌پزشکی در کشور محسوب می‌شود. این پژوهش‌ها مبنایی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند جهت کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانشجویان فراهم کرده‌اند.

۳-۶-۲: مرور پژوهش‌های داخلی مرتبط با پرش افکار

در سال‌های اخیر، توجه در این پژوهش‌ها ایرانی به مطالعه پدیده پرش افکار افزایش یافته است؛ پدیده‌ای که به معنای جابجایی غیرارادی توجه ذهنی از یک فکر به فکر دیگر بوده و نقش مهمی در عملکرد شناختی و روانی افراد دارد. با گسترش مطالعات روان‌شناسی شناختی و علوم اعصاب در ایران، پرش افکار به عنوان یکی از موضوعات کلیدی در فهم فرآیندهای ذهنی و اختلالات روانی مورد بررسی قرار گرفته است.

مطالعات داخلی نشان داده‌اند که پرش افکار در جمعیت‌های مختلف، به‌ویژه دانشجویان، بسیار شایع است و می‌تواند تأثیرات منفی بر تمرکز، یادگیری، حافظه و سلامت روانی داشته باشد. برای مثال، پژوهش نوری و همکاران (۱۳۹۸) بر روی دانشجویان دانشگاه‌های تهران نشان داد که میزان پرش افکار با کاهش کیفیت توجه و عملکرد تحصیلی رابطه معناداری دارد. این مطالعه تأکید داشت که پرش افکار می‌تواند یکی از عوامل کاهش کارایی یادگیری و افزایش خطاهای شناختی باشد.

همچنین تحقیقات دیگری مانند مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۹۹) به بررسی رابطه پرش افکار با اضطراب و استرس پرداختند. نتایج این تحقیقات حاکی از آن بود که سطوح بالای اضطراب موجب افزایش پرش افکار و کاهش تمرکز می‌شود که این امر به نوبه خود می‌تواند چرخه معیوبی را ایجاد کند که سلامت روانی و عملکرد روزمره فرد را مختل سازد.

پژوهش‌های دیگر بر نقش عوامل محیطی و سبک زندگی در بروز پرش افکار تأکید کرده‌اند. به طور مثال، مطالعه حیدری (۱۴۰۰) نشان داد که استفاده بیش از حد از رسانه‌های دیجیتال و تلفن همراه، کم‌خوابی و عدم توجه به بهداشت خواب می‌تواند زمینه‌ساز افزایش پرش افکار باشد. این یافته‌ها اهمیت توجه به سلامت روان و مدیریت استرس در کاهش پرش افکار را برجسته می‌کند.

از سوی دیگر، مطالعاتی که به بررسی مداخلات روان‌شناختی در کنترل پرش افکار پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که تمرینات ذهن‌آگاهی (Mindfulness) و تکنیک‌های توجه‌آگاهی می‌توانند به کاهش شدت و فرکانس پرش افکار کمک کنند و در بهبود عملکرد تحصیلی و کاهش اضطراب مؤثر باشند.

در کل، پژوهش‌های داخلی موجود بیانگر اهمیت شناخت پرش افکار به عنوان یک متغیر کلیدی در سلامت روان و کارکرد شناختی است و ضرورت انجام مطالعات بیشتر با نمونه‌های گسترده‌تر و رویکردهای علمی پیشرفته‌تر برای تدوین راهکارهای درمانی مؤثر را نمایان می‌سازد.

۴-۶-۲: پژوهش‌های داخلی درباره ارتباط بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار

مطالعات داخلی متعددی به بررسی رابطه بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار پرداخته‌اند که نشان‌دهنده وجود ارتباطات پیچیده و معنادار میان این سه متغیر است. این پژوهش‌ها عمدتاً بر جامعه دانشجویی متمرکز بوده‌اند و اهمیت این ارتباطات را در عملکرد تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان برجسته کرده‌اند.

در تحقیق محمدی و همکاران (۱۳۹۸)، ارتباط معکوس و معناداری بین کیفیت بهداشت خواب و شدت اضطراب مشاهده شد؛ به گونه‌ای که کاهش کیفیت خواب با افزایش سطح اضطراب همراه بود. همچنین، این مطالعه نشان داد که اضطراب می‌تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم با افزایش میزان پرش افکار در دانشجویان مرتبط باشد. به عبارت دیگر، افرادی که اضطراب بیشتری دارند، تمایل بیشتری به تجربه پرش افکار و دشواری در تمرکز نشان داده‌اند که این امر به کاهش کارایی یادگیری منجر می‌شود.

پژوهش دیگری که توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۹) انجام شد، به بررسی نقش میانجی اضطراب در رابطه بین بهداشت خواب و پرش افکار پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که اضطراب می‌تواند به عنوان یک عامل میانجی عمل کند و کیفیت پایین خواب را از طریق افزایش پرش افکار بر عملکرد شناختی و تحصیلی اثرگذار سازد. این یافته اهمیت توجه به مدیریت اضطراب را در بهبود سلامت خواب و کاهش پرش افکار تأکید می‌کند.

در مطالعه‌ای دیگر، حسینی (۱۴۰۰) به بررسی همبستگی بین پرش افکار و کیفیت بهداشت خواب در میان دانشجویان پرداخت و دریافت که پرش افکار بالا با اختلالات خواب و کاهش کیفیت خواب رابطه مثبت و معناداری دارد. همچنین، اضطراب به عنوان یک متغیر تعدیلی در این ارتباط شناخته شد که شدت این رابطه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

این مطالعات نشان می‌دهد که تعامل بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار، یک چرخه معیوب ایجاد می‌کند که می‌تواند منجر به مشکلات جدی در سلامت روان و عملکرد شناختی شود. به همین دلیل، در این پژوهش‌ها داخلی بر ضرورت انجام تحقیقات بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر، استفاده از روش‌های پیشرفته آماری مانند مدل‌سازی معادلات ساختاری و بررسی مداخلات درمانی هدفمند تأکید دارند تا بتوانند این روابط را به طور جامع‌تر تبیین کنند و راهکارهای موثر را پیشنهاد دهند.

در مجموع، پژوهش‌های داخلی نشان‌دهنده وجود ارتباطات مهم و پیچیده بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار هستند که درک این ارتباطات می‌تواند به بهبود برنامه‌های پیشگیری و درمانی در حوزه سلامت روان دانشجویان کمک شایانی کند.

۵-۶-۲: مرور پژوهش‌های خارجی مرتبط با بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار

پژوهش‌های بین‌المللی گسترده‌ای در زمینه ارتباط بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار انجام شده است که نشان‌دهنده اهمیت و پیچیدگی این موضوعات در سلامت روان و کارکرد شناختی افراد است. این تحقیقات عمدتاً بر جمعیت‌های دانشجویی و نوجوانان متمرکز بوده و با به‌کارگیری روش‌های کمی و کیفی سعی در کشف سازوکارهای این ارتباطات دارند.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که اختلال در بهداشت خواب با افزایش سطح اضطراب همراه است. به عنوان مثال، پژوهش‌هایی مانند کار جانسون و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که بی‌خوابی مزمن و کیفیت پایین

خواب موجب افزایش علائم اضطراب می‌شود و این رابطه می‌تواند چرخه معیوبی ایجاد کند که سلامت روان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. این یافته‌ها تأکید می‌کند که درمان اختلالات خواب می‌تواند به کاهش اضطراب کمک کند و بالعکس.

در رابطه با پرش افکار، مطالعات خارجی نشان می‌دهند که این پدیده شناختی به طور قابل توجهی تحت تأثیر اضطراب قرار دارد. تحقیق اسمیت و براون (۲۰۱۸) بیان می‌کند که اضطراب می‌تواند موجب افزایش پرش افکار، به‌ویژه در موقعیت‌های استرس‌زا شود و این امر به نوبه خود منجر به کاهش تمرکز و کارایی شناختی می‌گردد. همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پرش افکار مکرر می‌تواند با اختلال در کیفیت خواب مرتبط باشد، زیرا ذهن پراکنده مانع از رسیدن به مراحل عمیق و بازسازی‌کننده خواب می‌شود.

مطالعاتی مانند پژوهش لی و همکاران (۲۰۱۹) مدل‌های نظری متفاوتی را برای توضیح ارتباط بین این متغیرها مطرح کرده‌اند که شامل سازوکارهای فیزیولوژیکی و روان‌شناختی می‌شود. این مدل‌ها نشان می‌دهند که اضطراب با فعال‌سازی بیش از حد سیستم عصبی خودکار و افزایش هورمون‌های استرس، کیفیت خواب را کاهش داده و در نتیجه زمینه‌ساز افزایش پرش افکار می‌شود. به علاوه، پرش افکار مکرر می‌تواند به بروز اضطراب کمک کرده و چرخه بازخوردی منفی ایجاد کند.

پژوهش‌های متعدد همچنین نشان داده‌اند که عوامل سبک زندگی مانند مصرف کافئین، استفاده زیاد از تلفن همراه و کم‌تحرکی می‌توانند بر هر سه متغیر تأثیر منفی داشته باشند. به طور مثال، مطالعه‌ای توسط کلارک و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که مصرف زیاد کافئین نه تنها کیفیت خواب را مختل می‌کند بلکه با افزایش اضطراب و پرش افکار نیز مرتبط است.

در مجموع، تحقیقات خارجی بر اهمیت توجه همزمان به بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار تأکید می‌کنند و پیشنهاد می‌کنند که مداخلات جامع و چندجانبه می‌تواند در کاهش مشکلات روانی و بهبود کارکردهای شناختی و تحصیلی افراد مؤثر باشد. همچنین، پژوهش‌های بین‌المللی به ضرورت مطالعات طولی و بررسی تأثیر مداخلات درمانی مختلف برای تثبیت این روابط اشاره کرده‌اند که می‌تواند در جهت بهبود سلامت روانی به ویژه در جمعیت دانشجویان بسیار مفید باشد.

۶-۶-۲ پژوهش‌های ترکیبی داخلی و خارجی

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های ترکیبی که هم داده‌های داخلی و هم خارجی را در بر می‌گیرند، توجه زیادی به خود جلب کرده‌اند و تلاش می‌کنند با بررسی جامع‌تر متغیرهای بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار، ابعاد مختلف این ارتباطات را در فرهنگ‌ها و جوامع متفاوت به تصویر بکشند. این نوع مطالعات ضمن بهره‌مندی از داده‌های بومی و بین‌المللی، قابلیت تعمیم نتایج را افزایش داده و نشان‌دهنده تعامل پیچیده عوامل فرهنگی، زیستی و روانی است.

مطالعات ترکیبی داخلی و خارجی معمولاً با استفاده از روش‌های متنوع تحقیقاتی، اعم از پرسشنامه‌های استاندارد شده، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و آزمایش‌های روان‌شناختی، به بررسی عمیق‌تر و چندجانبه این متغیرها می‌پردازند. به طور مثال، پژوهشی که در دانشگاه‌های ایران و چند کشور دیگر به صورت همزمان انجام شد، نشان داد که سبک زندگی دانشجویان، کیفیت خواب و میزان اضطراب در کشورهای مختلف با تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی قابل توجهی همراه است، اما روابط بین بهداشت خواب و اضطراب تا حد زیادی مشابه است. این نتایج حاکی از وجود الگوهای جهانی در برخی سازوکارهای روان‌شناختی در کنار تأثیرات خاص فرهنگی است.

یکی از محورهای مهم این مطالعات ترکیبی، تأکید بر نقش مداخلات غیردارویی و درمان‌های شناختی رفتاری در بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب بوده است. این مطالعات نشان داده‌اند که رویکردهای درمانی که در کشورهای غربی توسعه یافته‌اند، با اندکی تغییرات فرهنگی، قابلیت اجرا و اثربخشی در جامعه ایرانی را نیز دارند، اما توجه به تفاوت‌های فرهنگی در طراحی مداخلات ضروری است.

علاوه بر این، پژوهش‌های ترکیبی تأکید کرده‌اند که پرش افکار به عنوان یکی از متغیرهای مهم شناختی در تعامل با اضطراب و اختلالات خواب، نقش کلیدی در کارکرد تحصیلی و کیفیت زندگی دانشجویان ایفا می‌کند. این مطالعات همچنین بر نیاز به طراحی ابزارهای سنجش و مداخلات متناسب با فرهنگ محلی تأکید داشته‌اند.

در کل، پژوهش‌های ترکیبی داخلی و خارجی با رویکردی میان‌رشته‌ای و بین‌فرهنگی، دریچه‌ای گسترده‌تر به فهم روابط پیچیده بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار گشوده‌اند و راه را برای تحقیقات عمیق‌تر، مداخلات هدفمندتر و سیاست‌گذاری‌های سلامت روان بهینه‌تر هموار کرده‌اند.

۷-۶-۲: روش‌شناسی پژوهش‌های گذشته (نمونه، ابزار، تحلیل آماری)

روش‌شناسی پژوهش‌های گذشته در حوزه بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار اغلب ترکیبی از رویکردهای کمی و کیفی بوده است که با توجه به هدف و نوع متغیرها انتخاب شده‌اند. در بیشتر این مطالعات، نمونه‌های پژوهشی عمدتاً شامل جمعیت دانشجویان، نوجوانان یا بزرگسالان بوده‌اند که به دلیل اهمیت این گروه‌ها در سلامت روان و بهداشت خواب، انتخاب شده‌اند.

از نظر نمونه‌گیری، روش‌های مختلفی به کار رفته است که از جمله می‌توان به نمونه‌گیری تصادفی ساده، نمونه‌گیری خوشه‌ای، نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. نمونه‌گیری تصادفی و خوشه‌ای بیشتر در پژوهش‌های گسترده‌تر با هدف تعمیم نتایج به جامعه آماری بزرگ‌تر به کار رفته است، در حالی که نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس در مطالعات کوچک‌تر و پژوهش‌های کیفی رایج‌تر بوده است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش‌ها شامل پرسشنامه‌های استاندارد و معتبر برای سنجش هر یک از متغیرهای مورد بررسی است. برای بهداشت خواب، پرسشنامه‌هایی مانند «مقیاس بهداشت خواب» و «پرسشنامه کیفیت خواب» کاربرد فراوانی داشته‌اند. در زمینه اضطراب، ابزارهای معتبری همچون «پرسشنامه اضطراب بک (BAI)»، «مقیاس اضطراب وضعیتی-ویژگی (STAI)» و «پرسشنامه اضطراب عمومی (-YGAD)» به کار رفته‌اند. برای سنجش پرش افکار نیز مقیاس‌هایی نظیر «مقیاس پرش افکار روزانه» یا «Mind Wandering Questionnaire» مورد استفاده قرار گرفته‌اند که دارای روایی و پایایی مطلوب بوده‌اند.

در بخش تحلیل آماری، بیشتر پژوهش‌ها از روش‌های توصیفی و استنباطی بهره برده‌اند. تحلیل‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی بوده است. در زمینه تحلیل‌های استنباطی، آزمون‌های همبستگی مانند پیرسون و اسپیرمن برای بررسی روابط بین متغیرها بسیار رایج بوده‌اند. همچنین آزمون‌های مقایسه‌ای مانند t مستقل و آنالیز واریانس (ANOVA) برای بررسی تفاوت گروه‌ها به کار گرفته شده‌اند. مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و تحلیل مسیر نیز در پژوهش‌های پیشرفته‌تر جهت بررسی روابط علت و معلولی و مدل‌های مفهومی پیچیده‌تر به کار رفته‌اند.

در برخی از پژوهش‌های کیفی، روش‌هایی مانند تحلیل محتوا و تحلیل تماتیک برای درک عمیق‌تر از تجربیات افراد در زمینه بهداشت خواب و اضطراب استفاده شده است. این روش‌ها کمک کرده‌اند تا ابعاد روان‌شناختی و محیطی به شکل جامع‌تری بررسی شود.

به طور کلی، روش‌شناسی پژوهش‌های گذشته نشان‌دهنده تنوع رویکردها و تطابق آن‌ها با اهداف تحقیق است، که این موضوع موجب افزایش غنای علمی و عملی مطالعات در حوزه بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار شده است.

۸-۶-۲: نقاط قوت و ضعف مطالعات پیشین

مطالعات پیشین در زمینه بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار نقاط قوت و ضعف متعددی دارند که بررسی آن‌ها می‌تواند به بهبود پژوهش‌های آینده کمک کند.

نقاط قوت:

۱. تنوع نمونه‌ها و جامعه‌های هدف: بسیاری از پژوهش‌ها با استفاده از نمونه‌های متنوع از جمله دانشجویان، نوجوانان، و بزرگسالان انجام شده‌اند که امکان تعمیم نتایج به جمعیت‌های مختلف را افزایش داده است.
۲. استفاده از ابزارهای استاندارد و معتبر: به کارگیری پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های روان‌سنجی معتبر و مورد تأیید بین‌المللی مانند پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، مقیاس کیفیت خواب، و مقیاس‌های سنجش پرش افکار، کیفیت داده‌ها را تضمین کرده و قابلیت مقایسه نتایج را افزایش داده است.
۳. تنوع روش‌های تحلیل آماری: به کارگیری روش‌های متنوع آماری، از آزمون‌های توصیفی و همبستگی گرفته تا مدل‌سازی معادلات ساختاری، باعث شده تا روابط پیچیده بین متغیرها به شکل دقیق‌تر و عمیق‌تری بررسی شود.

۴. پوشش گسترده جنبه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی: بسیاری از مطالعات تلاش کرده‌اند تا ابعاد مختلف بهداشت خواب و اضطراب را از جنبه‌های روان‌شناختی، زیستی و محیطی بررسی کنند که این رویکرد چندبعدی، فهم بهتری از پدیده‌ها ایجاد کرده است.

نقاط ضعف:

۱. نمونه‌گیری محدود و غیردقیق: در برخی مطالعات، استفاده از نمونه‌های کوچک یا نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند باعث شده نتایج محدود به گروه خاصی باشند و قابلیت تعمیم آن‌ها به جامعه آماری بزرگ‌تر کاهش یابد.

۲. کاهش حجم نمونه در تحلیل‌های چندمتغیره: برخی پژوهش‌ها به دلیل حجم ناکافی نمونه در تحلیل‌های پیچیده مانند مدل‌سازی معادلات ساختاری، به نتایج ضعیف یا غیرقابل اتکا دست یافته‌اند.

۳. کمبود مطالعات طولی: بیشتر تحقیقات به صورت مقطعی انجام شده‌اند و تحلیل روندها و تغییرات متغیرها در طول زمان کمتر مورد توجه قرار گرفته است، که این امر محدودیت‌هایی در فهم علّی بودن روابط ایجاد می‌کند.

۴. کم‌توجهی به عوامل زمینه‌ای و فرهنگی: بسیاری از پژوهش‌ها به عوامل محیطی و فرهنگی تأثیرگذار بر بهداشت خواب و اضطراب کمتر پرداخته‌اند، در حالی که این عوامل می‌توانند نقش مهمی در بروز و شدت این مشکلات داشته باشند.

۵. کاهش استفاده از روش‌های کیفی: تحقیقات کیفی در این حوزه نسبتاً محدود بوده و به طور کامل به تجربیات زیسته و تفسیرهای عمیق افراد پرداخته نشده است که این موضوع باعث شده جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی به طور کامل روشن نشود.

۶. مسائل مربوط به خوداظهاری: استفاده گسترده از پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن است با خطاهای گزارشگری همراه باشد که به دلیل تمایل به پاسخ‌های مطلوب اجتماعی یا عدم دقت فرد در بیان وضعیت واقعی خود، می‌تواند به کاهش اعتبار داده‌ها منجر شود.

در مجموع، شناخت این نقاط قوت و ضعف می‌تواند به در این پژوهشان کمک کند تا طراحی مطالعات آینده را به گونه‌ای انجام دهند که محدودیت‌ها کاهش یافته و کیفیت و کاربرد نتایج افزایش یابد.

۹-۶-۲: تحلیل شکاف‌های پژوهشی (Gap Analysis)

در حوزه پژوهش‌های مرتبط با بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار، با وجود حجم نسبتاً قابل توجهی از مطالعات داخلی و خارجی، هنوز شکاف‌ها و کمبودهایی وجود دارد که پرداختن به آن‌ها می‌تواند به پیشرفت علمی و کاربردی این حوزه کمک کند.

۱. کمبود مطالعات تلفیقی و میان‌رشته‌ای: بیشتر پژوهش‌ها به صورت مجزا به یکی از متغیرهای بهداشت خواب، اضطراب یا پرش افکار پرداخته‌اند و پژوهش‌های تلفیقی که به تعامل این سه متغیر به طور همزمان و جامع بپردازند، بسیار محدود هستند. این موضوع مانع فهم کامل و دقیق روابط پیچیده بین این عوامل می‌شود.
 ۲. کمبود پژوهش‌های طولی و علیت‌سنجی: بیشتر مطالعات انجام شده به صورت مقطعی و توصیفی هستند که امکان بررسی جهت‌گیری علت و معلولی روابط بین متغیرها را محدود می‌کند. نیاز به مطالعات طولی با طراحی‌های دقیق برای تحلیل مسیرهای میانجی‌گری و علیت‌سنجی احساس می‌شود.
 ۳. محدودیت نمونه‌گیری و نمایندگی جامعه: بسیاری از پژوهش‌ها بر روی نمونه‌های محدود مانند دانشجویان یک رشته یا دانشگاه خاص انجام شده‌اند که باعث کاهش تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌ها و جوامع می‌شود. نمونه‌گیری‌های وسیع‌تر و متنوع‌تر در جوامع مختلف نیاز است.
 ۴. کمبود توجه به متغیرهای زمینه‌ای و فرهنگی: عوامل فرهنگی، اجتماعی و زیستی که می‌توانند بر بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار تأثیرگذار باشند، در پژوهش‌های داخلی به طور کامل مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. این موضوع به ویژه در زمینه تطبیق ابزارها و مدل‌های غربی با فرهنگ ایرانی اهمیت دارد.
 ۵. نیاز به بهبود ابزارهای سنجش و اعتبارسنجی: گرچه ابزارهای استاندارد بسیاری به کار رفته‌اند، اما برخی مطالعات به اعتبارسنجی ابزارهای ترجمه شده یا تطبیق آن‌ها با شرایط فرهنگی خاص نپرداخته‌اند. بهبود اعتبار و روایی این ابزارها برای افزایش دقت اندازه‌گیری ضروری است.
 ۶. فقدان مطالعات کیفی و ترکیبی: بیشتر پژوهش‌ها به روش‌های کمی محدود شده‌اند و جنبه‌های کیفی مانند تجربه‌های فردی، عوامل روان‌شناختی عمیق‌تر و تأثیرات اجتماعی کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. تحقیقات ترکیبی می‌توانند دید جامع‌تری ارائه دهند.
 ۷. کمبود پژوهش‌های مداخلاتی و ارزیابی اثربخشی درمان‌ها: پژوهش‌های کاربردی که به طراحی، اجرای مداخلات و ارزیابی اثربخشی روش‌های درمانی برای بهبود بهداشت خواب، کاهش اضطراب و مدیریت پرش افکار بپردازند، محدود است و نیاز به گسترش این حوزه احساس می‌شود.
- با تمرکز بر این شکاف‌ها و طراحی مطالعات هدفمند می‌توان دانش فعلی را غنی‌تر و کاربردی‌تر کرد و به بهبود سلامت روان و کیفیت خواب در جامعه کمک کرد.

۱۰-۶-۲: جمع‌بندی پیشینه و تأکید بر ضرورت پژوهش حاضر

بررسی گسترده پیشینه پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهد که بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار هر یک به تنهایی و در تعامل با یکدیگر نقش اساسی و پیچیده‌ای در سلامت روانی و عملکردهای فردی، اجتماعی و تحصیلی ایفا می‌کنند. بهداشت خواب به عنوان یکی از مهم‌ترین مولفه‌های کیفیت زندگی شناخته شده و اختلالات آن، پیامدهای منفی فراوانی را در ابعاد مختلف سلامت جسمی و روانی به همراه دارد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۸؛ Harvey, ۲۰۱۱). اضطراب نیز به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی که بر کیفیت خواب تأثیر می‌گذارد، از عوامل اصلی بروز اختلالات خواب و اختلال در بهداشت خواب محسوب می‌شود (Kroenke et al., ۲۰۰۷). علاوه بر این، پرش افکار که به عنوان حرکت ناخواسته و ناخودآگاه ذهن بین افکار و موضوعات مختلف تعریف می‌شود، به طور قابل توجهی بر تمرکز، کیفیت خواب و وضعیت هیجانی افراد تأثیرگذار است (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵).

با وجود اهمیت هر یک از این متغیرها، پژوهش‌های تلفیقی که به بررسی همزمان و جامع روابط میان بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار بپردازند، به ویژه در جامعه دانشجویان ایران، بسیار محدود و ناقص هستند. بیشتر مطالعات موجود عمدتاً به صورت مقطعی، با نمونه‌های کوچک و غالباً با رویکردهای یک‌بعدی انجام شده‌اند که این موضوع باعث کاهش اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ Morin et al., ۲۰۰۶). همچنین، تاثیر عوامل فرهنگی، سبک زندگی و شرایط محیطی که نقش بسزایی در شکل‌گیری و بروز اختلالات خواب و اضطراب دارند، در بسیاری از پژوهش‌ها به طور کامل مورد توجه قرار نگرفته است (عباسی، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر، فشارهای روانی، تحصیلی و اجتماعی ویژه دانشجویان که در دوره‌های مختلف تحصیلی با آن مواجه هستند، اهمیت بررسی دقیق‌تر و علمی‌تر این متغیرها را دوچندان می‌کند. شرایط خاص دانشگاهی، از جمله حجم بالای دروس، استرس‌های مالی و اجتماعی و تغییرات سبک زندگی، می‌تواند موجب افزایش سطح اضطراب، پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب گردد که این موضوع می‌تواند عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی دانشجویان را به طور چشمگیری کاهش دهد (Chen et al., ۲۰۱۸؛ حسین‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به موارد فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی دقیق و جامع رابطه بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش طراحی شده است. این پژوهش تلاش دارد تا با بهره‌گیری از روش‌های علمی و نمونه‌گیری گسترده، خلأهای موجود در ادبیات پژوهشی را پر کند و با ارائه تحلیل‌های چندجانبه، عوامل زمینه‌ساز و پیامدهای این روابط را شناسایی نماید. همچنین، شناخت بهتر این روابط می‌تواند به طراحی مداخلات هدفمند روان‌شناختی و بهبود سلامت روان و کیفیت خواب در جمعیت دانشجویی کمک کند.

در نهایت، اهمیت این مطالعه در این است که یافته‌های آن می‌تواند پایه‌ای محکم برای تحقیقات آتی، سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت روان دانشجویان و برنامه‌ریزی‌های آموزشی و روانی باشد که منجر به ارتقاء کیفیت زندگی و موفقیت تحصیلی آنان خواهد شد. از این رو، انجام چنین پژوهشی با توجه به کمبود داده‌های بومی و جامع در این زمینه، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۱-۳: مقدمه

روش‌شناسی پژوهش یکی از مهم‌ترین اجزای یک تحقیق علمی محسوب می‌شود که تعیین‌کننده اعتبار و قابلیت تعمیم نتایج آن است. در پژوهش‌های علوم انسانی به‌ویژه در حوزه روان‌شناسی، اتخاذ یک روش تحقیق مناسب، گزینش ابزارهای سنجش معتبر، طراحی فرآیند گردآوری اطلاعات به‌صورت منسجم، و تحلیل دقیق داده‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است (دلاور، ۱۴۰۰؛ Gravetter & Forzano, ۲۰۲۱).

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش انجام شده است. سه متغیر اصلی پژوهش، یعنی کیفیت بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار، همگی از مفاهیم بنیادین روان‌شناختی هستند که در سال‌های اخیر به دلیل افزایش تنش‌های زندگی مدرن، استفاده افراطی از تکنولوژی و تغییر الگوهای خواب در میان دانشجویان، اهمیت دوچندانی یافته‌اند (Becker et al., ۲۰۱۸؛ اسلامی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۹).

دانشجویان، به عنوان یکی از حساس‌ترین گروه‌های جمعیتی، در دوره‌ای از زندگی خود قرار دارند که با چالش‌هایی چون استقلال فردی، فشار تحصیلی، تصمیم‌گیری‌های کلان آینده‌ساز، و مسائل اجتماعی و اقتصادی مواجه هستند. این وضعیت، احتمال بروز اختلالاتی مانند بی‌خوابی، اضطراب مزمن و پرش افکار را در آنان افزایش می‌دهد (Morin et al., ۲۰۱۱؛ صادقی و همکاران، ۱۴۰۱). بررسی همبستگی میان این متغیرها، می‌تواند به شناسایی عوامل خطر، طراحی مداخلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان دانشجویان کمک کند.

برای پاسخ به سؤالات پژوهش و آزمون فرضیه‌ها، روش تحقیق کمی و از نوع همبستگی انتخاب شد. این نوع پژوهش برای بررسی روابط آماری بین متغیرها بدون دستکاری آن‌ها در محیط طبیعی، بسیار مناسب است (Creswell, ۲۰۱۴؛ خدایاری‌فرد و نصر، ۱۳۹۸). ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بهداشت خواب، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه پرش افکار بوده که همگی از ابزارهای استاندارد و معتبر روان‌شناختی محسوب می‌شوند و در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی به کار رفته‌اند (Buysse et al., ۱۹۸۹؛ Beck et al., ۱۹۸۸؛ Carciofo et al., ۲۰۱۴).

در این فصل، ابتدا نوع پژوهش و روش اجرای آن بیان می‌شود. سپس جامعه آماری، روش نمونه‌گیری، حجم نمونه و نحوه انتخاب شرکت‌کنندگان شرح داده خواهد شد. در ادامه، ابزارهای پژوهش معرفی شده و

اطلاعات مربوط به اعتبار، پایایی، شیوه نمره‌گذاری و تفسیر هر یک ارائه می‌گردد. همچنین مراحل اجرای پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها با رعایت اصول اخلاقی تبیین می‌شود. در پایان، روش‌های تحلیل آماری به کار رفته با توجه به

اهداف پژوهش توضیح داده شده و محدودیت‌های پژوهش نیز ذکر می‌گردد.

پژوهش حاضر تلاشی است برای پر کردن بخشی از خلأ پژوهشی موجود در حوزه سلامت روان دانشجویان شهرستان‌های کوچک و دانشگاه‌های غیرمتمرکز، که اغلب در تحقیقات بزرگ‌تر نادیده گرفته می‌شوند (Eisenberg et al., ۲۰۱۳؛ کمالی و شریفی، ۱۴۰۰). امید است نتایج این پژوهش بتواند زمینه‌ساز طراحی برنامه‌های آموزشی، مداخلات روانی - اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های مؤثر برای ارتقاء کیفیت خواب و سلامت روان دانشجویان شود.

۲-۳: نوع پژوهش و روش اجرا

پژوهش حاضر از لحاظ هدف در زمره‌ی تحقیقات کاربردی (Applied Research) قرار می‌گیرد. تحقیقات کاربردی آن دسته از پژوهش‌هایی هستند که با تکیه بر یافته‌های علمی و نظری، سعی دارند به حل مسائل واقعی در زندگی روزمره یا در حوزه‌های خاص علمی بپردازند. در این پژوهش، هدف آن است که رابطه بین اختلال در بهداشت خواب و میزان اضطراب و پرش افکار در دانشجویان شناسایی شده و بر اساس نتایج، پیشنهادهاتی برای بهبود سلامت روان این قشر آسیب‌پذیر ارائه شود. بنابراین، نتایج پژوهش دارای ارزش کاربردی در حوزه سلامت روان و مشاوره دانشجویی خواهد بود (دلاور، ۱۴۰۰؛ Best & Kahn, ۲۰۰۶).

از نظر ماهیت گردآوری داده‌ها، این پژوهش در زمره تحقیقات توصیفی - همبستگی (Descriptive-Correlational) قرار می‌گیرد. تحقیقات توصیفی به بررسی ویژگی‌ها، شرایط و روابط بین پدیده‌ها می‌پردازند، بدون آنکه تغییری در آن‌ها ایجاد شود. در تحقیقات همبستگی، هدف آن است که میزان و نوع ارتباط بین متغیرها تعیین گردد. در این پژوهش نیز هدف بررسی ارتباط بین اختلال در بهداشت خواب با دو متغیر پیامدی اضطراب و پرش افکار است، بدون آنکه در متغیرها دست‌کاری صورت گیرد؛ از این رو، استفاده از روش همبستگی مناسب‌ترین گزینه محسوب می‌شود (Creswell, ۲۰۱۴؛ خدایاری فرد و نصر، ۱۳۹۸؛ سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۴۰۰).

پژوهش از لحاظ طرح زمانی از نوع پژوهش‌های مقطعی (Cross-sectional) است. در پژوهش‌های مقطعی، داده‌ها در یک بازه زمانی خاص و مشخص جمع‌آوری می‌شوند. این نوع طراحی زمانی، به پژوهشگر

امکان می‌دهد که در مدت زمان محدود، اطلاعات مورد نظر را از جامعه هدف گردآوری و تحلیل کند، که با توجه به شرایط و محدودیت‌های زمانی دانشجوی پژوهشگر، کاملاً منطقی و مناسب است (Polit & Beck, 2017).

از نظر روش اجرا، پژوهش حاضر در چارچوب یک مطالعه میدانی (Field Study) طراحی شده است. در روش میدانی، اطلاعات از طریق مراجعه مستقیم به محیط طبیعی آزمودنی‌ها گردآوری می‌شود. در این تحقیق نیز پرسشنامه‌های استاندارد بین دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش توزیع شده و اطلاعات لازم از طریق پاسخ‌های ایشان به صورت خودگزارشی گردآوری شده است. روش میدانی با فضای طبیعی زندگی و تحصیل آزمودنی‌ها هماهنگ است و باعث افزایش اعتبار بیرونی پژوهش می‌شود (Kerlinger & Lee, 2000؛ رضوانی، ۱۳۹۶).

از نظر رویکرد روش‌شناسی، این پژوهش با استفاده از روش کمی (Quantitative Method) انجام شده است. روش‌های کمی به دنبال اندازه‌گیری دقیق و عددی متغیرها هستند و معمولاً از ابزارهایی چون پرسشنامه‌های استاندارد و روش‌های آماری برای تحلیل داده‌ها بهره می‌گیرند. هدف از پژوهش‌های کمی، کشف الگوها و روابط بین متغیرها با استفاده از ابزارهای عینی و قابل تکرار است. استفاده از نرم‌افزار SPSS برای تحلیل داده‌ها، به‌عنوان یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارهای آماری در تحقیقات علوم رفتاری، مؤید ماهیت کمی این پژوهش است (Gravetter & Wallnau, 2017؛ دلاور، ۱۴۰۰).

پژوهش حاضر از نظر سطح کنترل متغیرها، یک تحقیق غیرآزمایشی (Non-experimental) محسوب می‌شود. در تحقیقات غیرآزمایشی، پژوهشگر متغیرها را دستکاری نمی‌کند و صرفاً به بررسی روابط طبیعی میان آن‌ها می‌پردازد. در پژوهش حاضر نیز، بدون ایجاد تغییر در متغیرهای پژوهش، سعی شده تا رابطه میان اختلال در بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار بررسی شود؛ بنابراین، هیچ گروه کنترل یا آزمایش طراحی نشده و نتایج در چارچوب همبستگی و بدون مداخله تفسیر شده‌اند (Neuman, 2014؛ آقازاده، ۱۴۰۱).

دلیل اصلی انتخاب روش همبستگی این است که این روش به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا بدون مداخله یا کنترل متغیرها، صرفاً به بررسی میزان رابطه میان آن‌ها بپردازد. همچنین، به دلیل اینکه بررسی اثر بهداشت خواب بر دو متغیر اضطراب و پرش افکار نیاز به مقایسه و تحلیل رابطه دارد و نه آزمون مداخلات، روش

همبستگی مناسب‌ترین و دقیق‌ترین روش برای پاسخ به سؤالات پژوهش است (Babbie, ۲۰۱۳). از طرفی، پژوهش‌های همبستگی به پژوهشگر امکان می‌دهند تا از طریق تحلیل‌های آماری مانند ضریب همبستگی پیرسون، شدت و جهت رابطه میان متغیرها را بررسی کند. این موضوع به‌ویژه در علوم روان‌شناسی که متغیرهای آن‌ها به‌طور طبیعی در محیط‌های آموزشی و اجتماعی رخ می‌دهند، بسیار رایج و معتبر است (سیف، ۱۳۹۷؛ Best & Kahn, ۲۰۰۶).

نکته حائز اهمیت دیگر آن است که روش همبستگی اگرچه توان تحلیل آماری ارتباط بین متغیرها را دارد، اما نمی‌تواند رابطه علی و معلولی بین آن‌ها را اثبات کند. بنابراین، یافته‌های این تحقیق تنها نشان‌دهنده ارتباط آماری میان متغیرها هستند و برای اثبات علیت بین اختلال خواب با اضطراب یا پرش افکار، باید از روش‌های آزمایشی یا شبه‌آزمایشی بهره گرفت (Creswell, ۲۰۱۴؛ Babbie, ۲۰۱۳).

در مجموع، پژوهش حاضر بر پایه‌ی رویکردی علمی، عینی، کمی و غیرآزمایشی طراحی شده و روش همبستگی به عنوان روشی مناسب و معتبر برای تحلیل داده‌ها در نظر گرفته شده است. این روش، با توجه به اهداف پژوهش، جامعه آماری و ابزارهای مورد استفاده، از اعتبار علمی و منطقی کافی برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش برخوردار است.

۳-۳: جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

در هر پژوهش علمی، تعیین دقیق جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری از اهمیت اساسی برخوردار است؛ زیرا اعتبار و قابلیت تعمیم نتایج به‌طور مستقیم به این مرحله وابسته است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۴۰۰). جامعه آماری به کلیه افرادی اطلاق می‌شود که پژوهشگر قصد دارد یافته‌های پژوهش خود را به آن‌ها تعمیم دهد. در پژوهش حاضر، جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه پیام نور مرکز گالیکش در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ هجری شمسی است. این دانشجویان در رشته‌های مختلفی از جمله روان‌شناسی، علوم تربیتی، حقوق، مدیریت بازرگانی و سایر رشته‌های علوم انسانی و اجتماعی مشغول به تحصیل هستند.

بر اساس اطلاعات اخذ شده از واحد آموزش دانشگاه پیام نور گالیکش، تعداد کل دانشجویان این مرکز ۶۰۰ نفر اعلام شد که این تعداد، جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. توجه به تنوع رشته‌های تحصیلی، سن، جنسیت و وضعیت خواب و روان‌شناختی این دانشجویان می‌تواند بر غنای داده‌های پژوهش بیفزاید و در تحلیل نهایی به نتایج دقیق‌تری منتهی شود (Creswell, ۲۰۱۴).

برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است. فرمول کوکران یکی از دقیق‌ترین روش‌های محاسبه حجم نمونه در مطالعات توصیفی و همبستگی است که با در نظر گرفتن حجم جامعه، سطح اطمینان و مقدار مجاز خطا، تعداد لازم شرکت‌کنندگان را برای تعمیم‌پذیری نتایج مشخص می‌سازد (دلاور، ۱۴۰۰). با جایگذاری اعداد در فرمول کوکران (حجم جامعه = ۶۰۰ نفر، سطح اطمینان ۹۵ درصد، میزان خطای مجاز ۵ درصد)، حجم نمونه نهایی ۲۳۵ نفر به دست آمد.

فرمول کوکران به شرح زیر است:

فرمول اولیه کوکران برای جامعه نامحدود:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2}$$

که در آن:

$$Z = 1.96 \text{ (سطح اطمینان } 95\%)$$

$$P = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$d = 0.05$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 \times 0.25}{0.0025} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384$$

اصلاح فرمول برای جامعه محدود:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

n = حجم نمونه اصلاح شده

N_0 = حجم نمونه اولیه از فرمول قبل

N = اندازه جامعه آماری (در این پژوهش ۶۰۰ نفر)

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384 - 1}{600}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{600}} = \frac{384}{1 + 0.6386} = \frac{384}{1.6383} \approx 234.04 \approx 235$$

پس از محاسبه دقیق با استفاده از این فرمول، نمونه‌ای با حجم ۲۳۵ نفر تعیین گردید که از نظر آماری نماینده مناسبی برای جامعه ۶۰۰ نفری به شمار می‌رود.

در رابطه با روش نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری در دسترس (Available Sampling) استفاده شده است. نمونه‌گیری در دسترس یکی از روش‌های غیرتصادفی محسوب می‌شود که در آن، پژوهشگر از میان جامعه، افرادی را انتخاب می‌کند که در زمان انجام تحقیق، در دسترس وی بوده و تمایل به همکاری دارند. این روش گرچه محدودیت‌هایی از نظر تعمیم‌پذیری نتایج دارد، اما در بسیاری از پژوهش‌های کاربردی به‌ویژه در حوزه روان‌شناسی، به دلیل محدودیت‌های زمانی، منابع انسانی و دشواری‌های دسترسی به جامعه هدف، روشی رایج و عملیاتی به شمار می‌رود (Neuman, ۲۰۱۴؛ Babbie, ۲۰۱۳).

در پژوهش حاضر، پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و در فضای دانشگاهی از جمله در کلاس‌های درس، راهروها و محوطه دانشگاه، میان دانشجویان داوطلب توزیع شد. برای افزایش مشارکت، پژوهشگر به صورت شفاهی هدف پژوهش را برای داوطلبان توضیح داده، بر محرمانه بودن پاسخ‌ها و استفاده صرفاً پژوهشی از اطلاعات تأکید نمود و از آنان خواسته شد به سؤالات با دقت و صداقت پاسخ دهند. این فرایند به‌منظور افزایش روایی پاسخ‌ها و کاهش سوگیری پاسخ‌دهی انجام شد (Polit & Beck, ۲۰۱۷).

همچنین تلاش شد تا توزیع نمونه به گونه‌ای باشد که از تمام رشته‌های دانشگاه، دانشجویانی در نمونه وجود داشته باشند و در حد امکان، تنوع جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل رعایت شود. اگرچه روش نمونه‌گیری در دسترس به صورت تصادفی نبوده، اما ترکیب رشته‌ای نمونه پژوهش به نحوی بوده که از اکثر رشته‌های علوم انسانی دانشگاه گالیکش نماینده‌هایی در نمونه وجود داشته‌اند، که این امر می‌تواند تا حدودی به تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند.

در انتخاب این روش، همچنین به ماهیت خودگزارشی پرسشنامه‌ها توجه شده است. چون پاسخ‌دهندگان باید اطلاعات ذهنی و روان‌شناختی خود را گزارش می‌کردند، لازم بود داوطلبانه، با انگیزه و درک روشن از هدف تحقیق، پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. از همین رو، انتخاب افراد داوطلبی که تمایل به پاسخ‌دهی داشته‌اند، به تقویت روایی سازه‌ای و محتوایی پاسخ‌ها کمک کرده است (Gay, Mills & Airasian, 2012).

در نهایت، جمع‌آوری داده‌ها در بازه‌ای چند هفته‌ای صورت گرفت و برخی از پرسشنامه‌ها به دلیل پاسخ‌دهی ناقص یا رها کردن بخشی از سؤالات، کنار گذاشته شدند. فرآیند انتخاب نمونه تا زمانی ادامه یافت که تعداد نمونه کامل و قابل تحلیل به عدد نهایی ۲۳۵ نفر رسید. لازم به ذکر است که داده‌های به دست آمده تنها در صورتی وارد تحلیل آماری شدند که از نظر تکمیل بودن، خوانایی و اعتبار اولیه مورد تأیید پژوهشگر قرار گرفته باشند.

۳-۴: ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر، به منظور سنجش متغیرهای اصلی یعنی «اختلال در بهداشت خواب»، «میزان اضطراب» و «سطح پرش افکار»، از سه پرسشنامه‌ی معتبر، استاندارد و پرکاربرد استفاده شده است که پیشینه پژوهشی گسترده‌ای در داخل و خارج از کشور داشته‌اند. این ابزارها عبارت‌اند از:

- پرسشنامه بهداشت خواب (Sleep Hygiene Index – SHI)؛

- پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory – BAI)؛

- مقیاس پرش افکار (Mind-Wandering Questionnaire – MWQ).

این ابزارها در مطالعات مختلف با جوامع آماری گوناگون، به‌ویژه در جمعیت دانشجویی، کاربرد داشته‌اند و اعتبار روان‌سنجی آن‌ها در مطالعات متعدد تأیید شده است (Brown et al., ۲۰۰۶; Julian, ۲۰۱۱; Mrazek et al., ۲۰۱۳).

۳-۴-۱: پرسشنامه بهداشت خواب (SHI)

معرفی ابزار:

پرسشنامه بهداشت خواب برای نخستین بار توسط لاونتهال، بایس و همکاران در سال ۲۰۰۶ طراحی شد. هدف این ابزار، سنجش عادت‌ها و رفتارهای مرتبط با کیفیت خواب است. مفهوم بهداشت خواب به مجموعه‌ای از رفتارها و شرایطی اطلاق می‌شود که به تسهیل خواب شبانه مطلوب کمک می‌کند یا در صورت نامناسب بودن، آن را مختل می‌سازد (Mastin et al., ۲۰۰۶).

توصیف ابزار:

پرسشنامه SHI دارای ۱۳ گویه است که هر گویه به یکی از رفتارهای نادرست یا عوامل مؤثر بر خواب مانند مصرف مواد محرک (نوشیدنی‌های کافئین‌دار)، بی‌نظمی در ساعت خواب، یا استفاده از وسایل الکترونیکی قبل از خواب می‌پردازد. گویه‌ها به صورت خودگزارشی تنظیم شده‌اند.

مقیاس پاسخ‌دهی و نمره‌گذاری:

پاسخ‌ها در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی ثبت می‌شوند:

-هرگز (۱)،

-به ندرت (۲)،

-گاهی (۳)،

-اغلب (۴)،

-همیشه (۵).

حداکثر امتیاز ۶۵ و حداقل آن ۱۳ است. نمرات بالا نشان‌دهنده بهداشت خواب ضعیف‌تر و احتمال بیشتر اختلالات خواب است. به صورت زیر تفسیر می‌شود:

-نمره ۱۳-۲۵: بهداشت خواب مناسب؛

-نمره ۲۶-۳۹: بهداشت خواب نسبتاً مناسب؛

-نمره ۴۰-۵۲: اختلال متوسط در بهداشت خواب؛

-نمره ۵۳-۶۵: اختلال شدید در بهداشت خواب.

روایی و پایایی:

مطالعه اولیه توسط لاونتهال و همکاران (۲۰۰۶) پایایی پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۰/۶۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش کرده است.

در ایران، قاضی طباطبایی (۱۳۹۷) نسخه فارسی پرسشنامه را روی جمعیت دانشجویی ترجمه و اعتباریابی کرده و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را به‌دست آورده است. همچنین خدایی (۱۳۹۹) در پژوهشی مجزا آلفا را ۰/۸۰ گزارش کرده و روایی سازه را از طریق تحلیل عاملی تأیید نموده است.

پیشینه استفاده:

ابزار SHI در پژوهش‌های متعددی که به بررسی رابطه بهداشت خواب با سلامت روان، اضطراب، افسردگی، عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی پرداخته‌اند، به کار رفته است (Storfer-Brown et al., ۲۰۰۲); در ایران نیز مطالعاتی مانند پژوهش کریمی و همکاران (۱۴۰۰) در دانشگاه‌های کشور، اعتبار این ابزار را در جمعیت دانشجویی تأیید کرده‌اند.

۲-۴-۳: پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

معرفی ابزار:

پرسشنامه اضطراب بک یکی از مشهورترین ابزارهای سنجش اضطراب است که توسط آرون بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ طراحی شد. این ابزار بیشتر بر مؤلفه‌های جسمانی اضطراب تمرکز دارد و به طور خاص برای افتراق اضطراب از افسردگی تهیه شده است (Beck et al., ۱۹۸۸).

توصیف ابزار:

این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که علائم شایع اضطراب مانند تپش قلب، لرزش دست‌ها، احساس ترس بی‌دلیل، تنفس دشوار، ناتوانی در تمرکز، نگرانی‌های ذهنی، و غیره را بررسی می‌کند.

مقیاس نمره‌گذاری:

مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳:

-اصلاً (۰)؛

-کمی (۱)؛

-متوسط (۲)؛

-شدید (۳).

مجموع نمره‌ها بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد و به صورت زیر تفسیر می‌شود:

-نمره ۰-۷: اضطراب حداقل؛

-نمره ۸-۱۵: اضطراب خفیف؛

-نمره ۱۶-۲۵: اضطراب متوسط؛

-نمره ۲۶-۶۳: اضطراب شدید.

روایی و پایایی:

در پژوهش اصلی بک و همکاران، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالا است.

در ایران، نجاریان و داوودی (۱۳۷۹) نسخه فارسی BAI را هنجاریابی کرده‌اند و پایایی آن را با آلفای ۰/۸۹ و بازآزمایی ۰/۷۵ تأیید کرده‌اند. همچنین پژوهش مولوی (۱۳۸۷) نیز اعتبار این ابزار را در جمعیت دانشجویی ایران تأیید کرده است.

کاربرد در پژوهش‌ها:

پرسشنامه اضطراب بک در طیف وسیعی از پژوهش‌ها، به‌ویژه مطالعات مربوط به استرس تحصیلی، اضطراب امتحان، اضطراب اجتماعی و رابطه آن با اختلالات خواب و عملکرد تحصیلی به کار رفته است (Julian, ۲۰۱۱).

۳-۴-۳: مقیاس پرش افکار (MWQ)

معرفی ابزار:

مقیاس پرش افکار توسط Mrazek و همکاران (۲۰۱۳) طراحی شده است تا میزان ذهن سرگردان (Mind-Wandering) یا افکار نامرتب با زمان حال را در افراد اندازه‌گیری کند. این ابزار مفهومی کلیدی از روان‌شناسی شناختی را هدف قرار داده و در دهه اخیر کاربرد فراوانی یافته است.

توصیف ابزار:

این مقیاس کوتاه، شامل ۵ گویه است که هر یک تجربه فرد درگیر با افکار غیرمرتبط را در فعالیت‌های روزمره (مانند کلاس درس، مطالعه، رانندگی، صحبت کردن و...) می‌سنجد.

نمره‌گذاری:

هر گویه دارای ۶ گزینه از (تقریباً هیچ‌گاه (۱)) تا (تقریباً همیشه (۶)) است. مجموع نمرات بین ۵ تا ۳۰ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر، نمایانگر میزان بالاتری از ذهن‌سرگردانی است.

نمره‌دهی پرش افکار مقیاس شش‌درجه‌ای :

-هرگز (۱)؛

-خیلی کم (۲)؛

-گاهی (۳)؛

-اغلب (۴)؛

-بیشتر اوقات (۵)؛

-همیشه (۶) .

تفسیر:

-نمره ۱۰-۵: پرش افکار بسیار کم؛

-نمره ۱۵-۸: پرش افکار خفیف؛

-نمره ۲۵-۱۶: پرش افکار متوسط؛

-نمره ۶۳-۲۶: پرش افکار شدید.

روایی و پایایی:

در پژوهش اصلی Mrazek et al (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد. همچنین پایایی بازآزمایی در بازه دو هفته‌ای ۰/۷۸ بوده است.

نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط حسینی‌نژاد (۱۳۹۸) ترجمه و در جمعیت دانشجویی استفاده شده و آلفای ۰/۸۱ گزارش گردیده است. روایی سازه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفته است.

مطالعات دیگری (Smallwood & Schooler, ۲۰۱۵) نشان داده‌اند که پرش افکار با اضطراب، اختلال خواب، و ضعف عملکرد تحصیلی ارتباط معنادار دارد.

۳-۵: شیوه اجرای پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها

در این پژوهش، جهت بررسی ارتباط اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد گالیکش، فرآیند اجرای مطالعه به صورت میدانی، در محیط دانشگاهی، و با

مشارکت داوطلبانه دانشجویان انجام شد. در طراحی و اجرای پژوهش، اصول اخلاق در پژوهش، رعایت حقوق آزمودنی‌ها، و محرمانگی اطلاعات شخصی به دقت لحاظ گردید.

۱-۵-۳: مرحله آمادگی

در مرحله نخست، پس از تصویب طرح پیشنهادی پایان‌نامه در شورای پژوهشی دانشگاه و اخذ مجوزهای رسمی، پژوهشگر به گردآوری ابزارهای روان‌سنجی معتبر و استاندارد برای سنجش متغیرهای تحقیق پرداخت. سه پرسشنامه اصلی یعنی شاخص بهداشت خواب، پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس پرش افکار مورد بررسی و آماده‌سازی قرار گرفتند. نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌ها، بر پایه مطالعات پیشین در ایران، انتخاب و از نظر روایی محتوایی توسط اساتید راهنما و متخصصان روان‌شناسی بررسی شد تا از تناسب ابزار با جامعه آماری اطمینان حاصل شود (Mastin et al., ۲۰۰۶; حسینی‌نژاد، ۱۳۹۸؛ نجاریان و داوودی، ۱۳۷۹).

۳-۵-۲: شیوه نمونه‌گیری

با توجه به جمعیت کل دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد گالیکش که ۶۰۰ نفر برآورد شد، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعیین گردید و برابر با ۲۳۵ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و داوطلبانه از میان دانشجویان رشته‌های مختلف از جمله روان‌شناسی، علوم تربیتی، مدیریت بازرگانی، حسابداری و حقوق صورت گرفت.

این روش با توجه به محدودیت‌های زمانی و عملیاتی و دسترسی آسان به دانشجویان در محیط دانشگاه، به‌ویژه در کلاس‌های درس و فضای عمومی، انتخاب شد. هرچند روش نمونه‌گیری در دسترس ممکن است محدودیت‌هایی از لحاظ تعمیم‌پذیری نتایج داشته باشد، ولی در پژوهش‌های میدانی دانشجویی که بر نمونه‌های درون‌دانشگاهی تمرکز دارند، روشی رایج و پذیرفته‌شده به شمار می‌رود (Gravetter & Forzano, ۲۰۱۸).

۳-۵-۳: فرآیند اجرا و جمع‌آوری داده‌ها

پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌ها، نسخه‌های چاپی آن‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان داوطلب قرار گرفت؛ مکان‌های توزیع عمدتاً شامل کلاس‌های درس، راهروهای آموزشی، فضای سالن مطالعه، کتابخانه دانشگاه بود. توزیع پرسشنامه‌ها در بازه‌ای چند هفته انجام شد تا از تنوع رشته‌ها، سال‌های تحصیلی، و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل گردد.

با این حال، به دلیل تعطیلی دانشگاه‌ها در پی جنگ دوازده‌روزه ایران و اسرائیل، روند توزیع حضوری پرسشنامه‌ها با اختلال مواجه شد. در نتیجه، بخش قابل توجهی از پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین طراحی و در بستر گروه‌ها و کانال‌های دانشجویی دانشگاه منتشر گردید تا جمع‌آوری داده‌ها تداوم یابد و وقفه‌ای در فرایند پژوهش ایجاد نشود.

در ابتدای هر پرسشنامه، توضیحاتی روشن و شفاف درباره اهداف پژوهش، نحوه پاسخ‌گویی، زمان تقریبی موردنیاز (حدود ۱۵ دقیقه)، رعایت محرمانگی اطلاعات و عدم الزام به درج نام، ارائه شد. همچنین از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پاسخ‌ها را با دقت، صداقت و بدون عجله تکمیل نمایند و در صورت وجود ابهام در درک سؤالات، راهنمایی بخواهند.

در این مرحله، برخی از پرسشنامه‌ها ناقص تحویل داده شدند یا پاسخ‌گویی ناقص داشتند. بنابراین، تنها پرسشنامه‌هایی را برای تحلیل نهایی وارد SPSS استفاده شد که حداقل ۹۰٪ آیتم‌ها به صورت صحیح و کامل تکمیل شده بودند. این مسئله در مطالعات میدانی یک چالش رایج محسوب می‌شود و معمولاً درصدی از داده‌ها به دلیل نقص یا بی‌دقتی حذف می‌شوند (Dillman et al., ۲۰۱۴).

۴-۵-۳: ابزار تحلیل داده‌ها

داده‌های گردآوری‌شده پس از بررسی اولیه، به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ وارد شد و برای تحلیل آماری آماده گردیدند. در مرحله اول، تحلیل توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات متغیرها محاسبه گردید. سپس با توجه به ماهیت فرضیه‌های پژوهش، از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط بین متغیرها، از آزمون رگرسیون خطی ساده جهت بررسی نقش هر متغیر پیش‌بین به صورت جداگانه بر متغیر ملاک، از رگرسیون چندگانه (همزمان) بهره گرفته شد تا سهم نسبی متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر ملاک سنجیده شود؛ از آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمرات در گروه‌های مختلف؛ همچنین برای مقایسه میانگین نمرات بیش از دو گروه مستقل، از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد تا تفاوت‌های معنادار بین گروه‌ها مشخص شود.

همچنین، آزمون‌های رایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری (مانند نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها و...) به منظور اطمینان از مناسب بودن آزمون‌های آماری پارامتریک به کار گرفته شد (Field, ۲۰۱۸).

۷-۳: روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش، به منظور تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. داده‌ها پس از کدگذاری و ورود به نرم‌افزار، مراحل پیش‌تحلیلی شامل بررسی داده‌های پرت، نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس‌ها و کفایت داده‌ها برای انجام تحلیل‌های آماری صورت گرفت. روش تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی به کار گرفته شد:

۳-۷-۱. تحلیل توصیفی

برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان (نظیر جنسیت، رشته تحصیلی، سن، وضعیت تأهل و...) و همچنین توصیف متغیرهای اصلی پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه، درصد و فراوانی استفاده شد.

۳-۷-۲. تحلیل استنباطی

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از مجموعه‌ای از آزمون‌های آماری پارامتریک بهره گرفته شد:

- آزمون همبستگی پیرسون (Pearson correlation): به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای اصلی پژوهش (بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار).

- آزمون t مستقل (Independent Samples t-test): برای مقایسه میانگین نمرات متغیرها در گروه‌های دوگانه (مانند جنسیت).

- تحلیل واریانس یک‌طرفه (One-way ANOVA): برای مقایسه میانگین نمرات بیش از دو گروه مستقل و شناسایی تفاوت‌های معنادار بین آن‌ها.

- رگرسیون خطی ساده: جهت بررسی نقش هر متغیر پیش‌بین به صورت جداگانه بر متغیر ملاک.

- رگرسیون چندگانه (همزمان): به منظور سنجش سهم نسبی متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر ملاک و تعیین قوی‌ترین پیش‌بین.

همچنین برای اطمینان از مناسب بودن این آزمون‌ها، آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک) و همگنی واریانس‌ها (Levene's)

(test) اجرا شد (Field, 2018). در مواردی که پیش فرض نرمال بودن داده‌ها نقض گردید، از آزمون‌های ناپارامتریک مانند من-ویتنی (Mann-Whitney U) یا اسپیرمن به‌عنوان جایگزین استفاده شد.

به‌منظور نمایش بهتر داده‌ها و تسهیل درک نتایج، از نمودارهای توصیفی مانند نمودارهای ستونی برای متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل و...) و نیز از نمودارهای خطی و ستونی برای برخی متغیرهای اصلی پژوهش استفاده شد. این نمودارها مکمل جداول آماری بوده و به روشن‌تر شدن الگوهای مشاهده‌شده در داده‌ها کمک می‌کنند

مبنای تصمیم‌گیری در تحلیل‌ها، مقدار سطح معناداری (Sig.) کمتر از ۰۵/۰ در نظر گرفته شد.

۳-۸: ملاحظات اخلاقی پژوهش

رعایت اصول اخلاقی در تمامی مراحل پژوهش، به‌ویژه در تحقیقات انسانی، امری ضروری و بنیادین است. در این پژوهش نیز تمامی تلاش‌ها بر آن بوده تا حقوق انسانی، فردی و روانی شرکت‌کنندگان به‌طور کامل رعایت شود. ملاحظات اخلاقی به شرح زیر رعایت گردید:

۱. **کسب رضایت آگاهانه:** پیش از توزیع پرسشنامه‌ها، اهداف کلی پژوهش، نحوه پاسخ‌گویی، محرمانه بودن اطلاعات و اختیار شرکت در پژوهش، به‌صورت شفاف برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. فقط افرادی که رضایت کامل برای شرکت در پژوهش داشتند، پرسشنامه را تکمیل نمودند.

۲. **رعایت اصل محرمانگی:** تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده صرفاً برای اهداف علمی پژوهش استفاده شد و هیچ‌گونه نام یا اطلاعات هویتی از شرکت‌کنندگان دریافت یا ثبت نگردید. داده‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه نگهداری و پردازش شد و تنها پژوهشگر به آن‌ها دسترسی داشت.

۳. **اجتناب از آسیب روانی یا فشار:** شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و هیچ‌گونه الزام، فشار یا اجبار برای پاسخ‌دهی به شرکت‌کنندگان اعمال نشد. همچنین، سؤالات پرسشنامه‌ها به‌گونه‌ای طراحی شده بودند که کمترین بار هیجانی و استرس را برای پاسخ‌دهنده ایجاد کنند.

۴. **حق انصراف در هر مرحله:** به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در هر مرحله از تکمیل پرسشنامه، می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند، بدون اینکه هیچ عواقب منفی‌ای متوجه آن‌ها شود.

۵. حفظ کرامت انسانی شرکت‌کنندگان: در تمامی مراحل، احترام کامل به شأن انسانی پاسخ‌دهندگان رعایت شد و در نگارش، تحلیل و تفسیر داده‌ها از هرگونه قضاوت یا تحقیر آشکار یا پنهان خودداری گردید.
۶. پایبندی به اصول اخلاق پژوهش دانشگاهی: این تحقیق بر اساس اصول اخلاقی پژوهش مصوب وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و آیین‌نامه‌های اخلاقی پایان‌نامه‌نویسی دانشگاه پیام نور صورت گرفته است.

بنابراین، این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاق حرفه‌ای، حقوق پاسخ‌دهندگان و موازین علمی انجام شده است و از نظر اخلاقی واجد اعتبار است.

۳-۹: محدودیت‌های پژوهش

هر پژوهشی به دلیل ماهیت علمی و شرایط اجرای آن، با محدودیت‌هایی روبه‌رو است که می‌توانند بر تعمیم‌پذیری، دقت یا تفسیر نتایج آن تأثیرگذار باشند. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبوده و با مجموعه‌ای از محدودیت‌های مفهومی، اجرایی، و تحلیلی مواجه بوده است که در ادامه به تفصیل بیان می‌گردد:

۳-۹-۱: محدودیت‌های مربوط به جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش محدود به دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد گالیکش بوده است. این امر سبب می‌شود نتایج تنها در محدوده همین جامعه قابل تعمیم باشد و امکان تعمیم نتایج به سایر دانشگاه‌ها، شهرها یا گروه‌های سنی و تحصیلی محدود گردد. تنوع فرهنگی، اجتماعی و روانی در سایر دانشگاه‌ها ممکن است بر متغیرهای پژوهش تأثیر بگذارد و نتایج متفاوتی را نشان دهد.

۳-۹-۲: محدودیت‌های مربوط به روش نمونه‌گیری

روش نمونه‌گیری این تحقیق به صورت در دسترس (داوطلبانه) انجام شد. در این نوع نمونه‌گیری، احتمال ورود سوگیری وجود دارد؛ زیرا ممکن است افرادی که داوطلب پاسخ‌گویی شده‌اند، ویژگی‌های متفاوتی از کل جامعه آماری داشته باشند. به عبارتی، امکان دارد افرادی با دغدغه‌های بیشتر در زمینه خواب یا اضطراب

نسبت به دیگران تمایل بیشتری به شرکت داشته باشند و این امر می‌تواند بر نتایج نهایی پژوهش تأثیر بگذارد (Creswell, ۲۰۱۴).

۳-۹-۳: محدودیت‌های ابزاری (پرسشنامه‌ای)

با وجود آن که ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش (پرسشنامه بهداشت خواب، اضطراب بک، و پرسش افکار کارسول) از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بودند، اما پرسشنامه‌ها ابزارهای خودسنجی هستند و به صورت ذهنی توسط پاسخ‌دهندگان تکمیل می‌شوند. چنین ابزارهایی ممکن است تحت تأثیر عوامل روانی، هیجانی، یا انگیزشی پاسخ‌دهنده قرار گیرند. به علاوه، در برخی موارد، پاسخ‌دهندگان ممکن است دچار سوگیری پاسخ‌دهی اجتماعی شوند و پاسخ‌هایی ارائه دهند که از نظر اجتماعی مطلوب‌تر به نظر برسد نه الزاماً صادقانه‌تر (Podsakoff et al., ۲۰۰۳).

۳-۹-۴: محدودیت‌های اجرایی

فرایند جمع‌آوری داده‌ها به صورت حضوری در دانشگاه انجام شد، و برخی از دانشجویان پرسشنامه‌ها را ناقص یا با بی‌دقتی تکمیل کردند. اگرچه پرسشنامه‌های ناقص از تحلیل نهایی کنار گذاشته شدند، اما عدم همکاری برخی افراد، تأخیر در تحویل پرسشنامه‌ها، یا بی‌توجهی در پاسخ‌گویی می‌تواند دقت داده‌ها را کاهش داده باشد. همچنین، نبود کمک پژوهشگر در حین توزیع پرسشنامه‌ها، باعث طولانی‌تر شدن فرایند جمع‌آوری داده شد.

علاوه بر این، به دلیل جنگ دوازده‌روزه ایران و اسرائیل و تعطیلی دانشگاه‌ها، بخش قابل توجهی از پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین طراحی و در بستر گروه‌ها و کانال‌های دانشجویی منتشر شد. این امر نیز می‌تواند بر میزان پاسخ‌دهی و نحوه تعامل شرکت‌کنندگان با پرسشنامه‌ها تأثیر گذاشته باشد.

۳-۹-۵: محدودیت‌های تحلیلی

در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS برای تحلیل داده‌ها استفاده شد که اگرچه برای تحلیل‌های توصیفی و استنباطی مناسب است، اما برخی مدل‌سازی‌های پیشرفته‌تری که ممکن بود به درک عمیق‌تری از روابط میان متغیرها منجر شود، خارج از توان تحلیلی این نرم‌افزار و محدوده پژوهش حاضر قرار داشت. به علاوه، به دلیل نوع طرح همبستگی، نمی‌توان درباره روابط علی بین متغیرها نتیجه‌گیری قطعی کرد.

۳-۱۰: جمع‌بندی فصل سوم

فصل سوم پژوهش، با هدف تشریح روش‌شناسی پژوهش و مراحل اجرایی آن، به تفصیل ارائه شد. در این فصل، ابتدا جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش معرفی شد و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعیین گردید. روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شد تا امکان مشارکت آزادانه دانشجویان فراهم گردد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های استاندارد و معتبر بود که به‌صورت چاپی و آنلاین در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. نحوه توزیع پرسشنامه‌ها، شامل کلاس‌های درس، راهروهای آموزشی، سالن مطالعه و کتابخانه بود و با توجه به شرایط ویژه تعطیلی دانشگاه‌ها در پی جنگ دوازده‌روزه ایران و اسرائیل، بخشی از پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین از طریق گروه‌ها و کانال‌های دانشجویی منتشر شد. این اقدام امکان ادامه جمع‌آوری داده‌ها را فراهم آورد، هرچند ممکن است بر نحوه تعامل شرکت‌کنندگان با پرسشنامه‌ها تأثیر داشته باشد.

در ادامه، روش تحلیل داده‌ها به‌صورت کامل توضیح داده شد. تحلیل‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت و شامل محاسبه شاخص‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه، درصد و فراوانی) برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی پژوهش بود. در بخش تحلیل استنباطی، علاوه بر آزمون‌های همبستگی پیرسون و t مستقل که در ابتدا در نظر گرفته شده بودند، از تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) برای مقایسه میانگین بیش از دو گروه، و از رگرسیون خطی ساده و رگرسیون چندگانه برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی و سهم نسبی متغیرهای مستقل استفاده شد. بررسی پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها نیز به منظور اطمینان از مناسب بودن آزمون‌های پارامتریک انجام شد و در صورت نقض پیش‌فرض‌ها، آزمون‌های ناپارامتری مانند من-ویتنی و اسپیرمن به کار گرفته شد.

همچنین، در این فصل به ملاحظات اخلاقی پژوهش پرداخته شد و رعایت محرمانگی، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، اختیار انصراف در هر مرحله و استفاده صرفاً علمی از داده‌ها تأکید گردید.

در نهایت، محدودیت‌های اجرایی پژوهش بررسی شد که شامل تکمیل ناقص برخی پرسشنامه‌ها، عدم همکاری کامل برخی شرکت‌کنندگان، نبود کمک پژوهشگر و به‌ویژه تعطیلی دانشگاه‌ها به دلیل جنگ بود.

این محدودیت‌ها می‌توانند بر دقت داده‌ها و نحوه پاسخ‌دهی تأثیرگذار باشند، اما در مجموع جمع‌آوری داده‌ها با دقت و رعایت اصول علمی ادامه یافت.

با توجه به ارائه کامل روش جمع‌آوری داده‌ها، ابزارها، روش تحلیل داده‌ها و ملاحظات اخلاقی و اجرایی، این فصل زمینه لازم برای ارائه نتایج پژوهش در فصل چهارم را به‌طور جامع فراهم کرده است.

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۴-۱: مقدمه

در این فصل، داده‌های جمع‌آوری شده از نمونه مورد مطالعه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار می‌گیرند. هدف از این فصل، توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش (بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار)، و در نهایت تحلیل آماری روابط بین متغیرها براساس فرضیه‌های پژوهش می‌باشد.

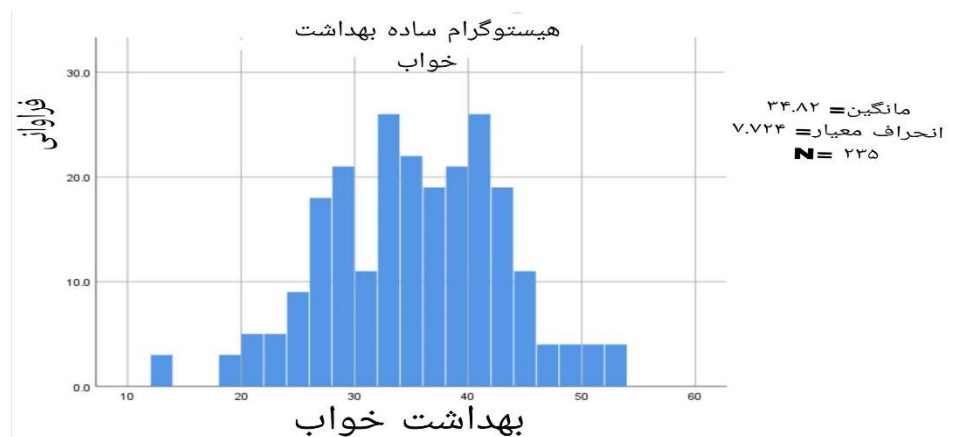
تحلیل‌های انجام‌شده شامل آمار توصیفی (میانگین، انحراف فصل چهارم: تجزیه و تحلیل معیار، بیشینه، کمینه)، آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی روابط بین متغیرهای اصلی، و آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین‌ها در گروه‌های مختلف جنسیتی است. همچنین نمودارهای هیستوگرام و پراکندگی به منظور درک بهتر توزیع داده‌ها و نمایش تصویری نتایج ارائه شده‌اند.

۴-۲: آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

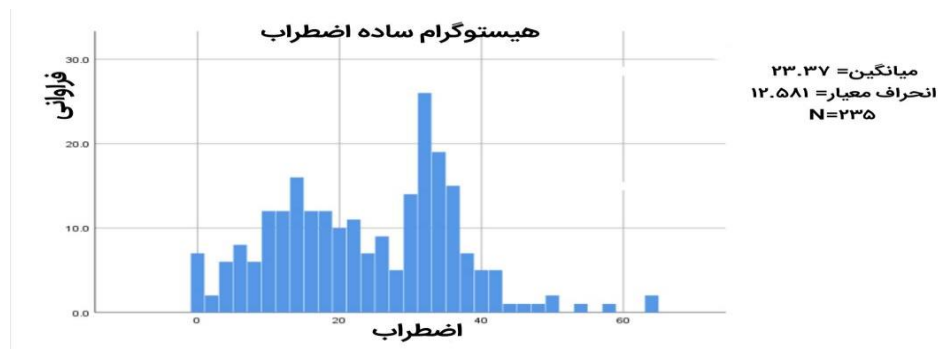
در جدول زیر، شاخص‌های آماری متغیرهای بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار شامل تعداد نمونه، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین مقدار گزارش شده‌اند.

متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
بهداشت خواب	۲۳۵	۱۳	۵۳	۳۴٫۸۲	۷٫۷۲۴
اضطراب	۲۳۵	۰	۶۳	۲۳٫۳۷	۱۲٫۵۸۱
پرش افکار	۲۳۴	۵	۳۰	۱۶٫۲۴	۵٫۶۲۱

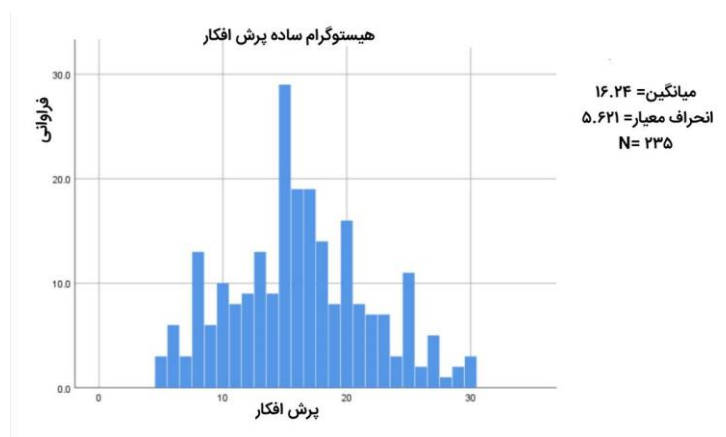
۴-۱ جدول آمار توصیفی متغیرهای اصلی



۴-۱ نمودار هیستوگرام نمرات بهداشت خواب



۴-۲ نمودار هیستوگرام نمرات اضطراب



۴-۳ نمودار هیستوگرام نمرات پرش افکار

۴-۳: توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه:

در این بخش، به توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش پرداخته شده است. هدف از ارائه این اطلاعات، آشنایی با مشخصات کلی نمونه آماری از نظر جنسیت، سن و رشته تحصیلی است تا بتوان نمایی روشن از ترکیب جمعیت‌شناختی نمونه به‌دست آورد و در تحلیل‌های بعدی این متغیرها را در نظر گرفت.

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌صورت توزیع فراوانی و درصدی در قالب جدول ارائه شده‌اند. در جدول اول، توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر اساس جنسیت آورده شده است. در جدول دوم، رده‌های سنی مختلف شرکت‌کنندگان و تعداد و درصد هر گروه سنی گزارش شده‌اند. در جدول سوم نیز توزیع افراد بر حسب رشته تحصیلی مشخص شده است.

این اطلاعات اولیه، زمینه لازم را برای تفسیر یافته‌های اصلی پژوهش فراهم می‌کند و به در این پژوهش این امکان را می‌دهد تا بررسی کند که آیا تفاوت یا شباهتی بین زیرگروه‌های جمعیت‌شناختی از لحاظ متغیرهای پژوهش وجود دارد یا خیر.

متغیر	سن	جنسیت	رشته تحصیلی
معتبر	۲۳۲	۲۳۲	۲۳۱
گمشده	۳	۳	۴

۴-۲ جدول وضعیت داده‌های معتبر و گمشده

گروه سنی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
۱۸	۳	۱,۳	۱,۳	۱,۳
۱۹	۸	۳,۴	۳,۴	۴,۷
۲۰	۳۲	۱۳,۶	۱۳,۸	۱۸,۵
۲۱	۳۸	۱۶,۲	۱۶,۴	۳۴,۹
۲۲	۳۱	۱۳,۲	۱۳,۴	۴۸,۳
۲۳	۳۰	۱۲,۸	۱۲,۹	۶۱,۲
۲۴	۲۳	۹,۸	۹,۹	۷۱,۱
۲۵	۱۳	۵,۵	۵,۶	۷۶,۷
۲۶	۹	۳,۸	۳,۹	۸۰,۶
۲۷	۵	۲,۱	۲,۲	۸۲,۸
۲۸	۱۲	۵,۱	۵,۲	۸۷,۹
۲۹	۸	۳,۴	۳,۴	۹۱,۴
۳۰	۵	۲,۱	۲,۲	۹۳,۵
۳۱	۲	.۹	.۹	۹۴,۴
۳۲	۲	.۹	.۹	۹۵,۳
۳۳	۲	.۹	.۹	۹۶,۱
۳۴	۲	.۹	.۹	۹۷,۰
۳۵	۱	.۴	.۴	۹۷,۴
۳۶	۱	.۴	.۴	۹۷,۸
۴۱	۲	.۹	.۹	۹۸,۷
۴۵	۲	.۹	.۹	۹۹,۶
جمع	۲۳۲	۹۸,۷	۱۰۰,۰	
گمشده: ۹۹۹	۳	۱,۳		
جمع	۲۳۵	۱۰۰,۰		

۴-۳ جدول توزیع فراوانی سن

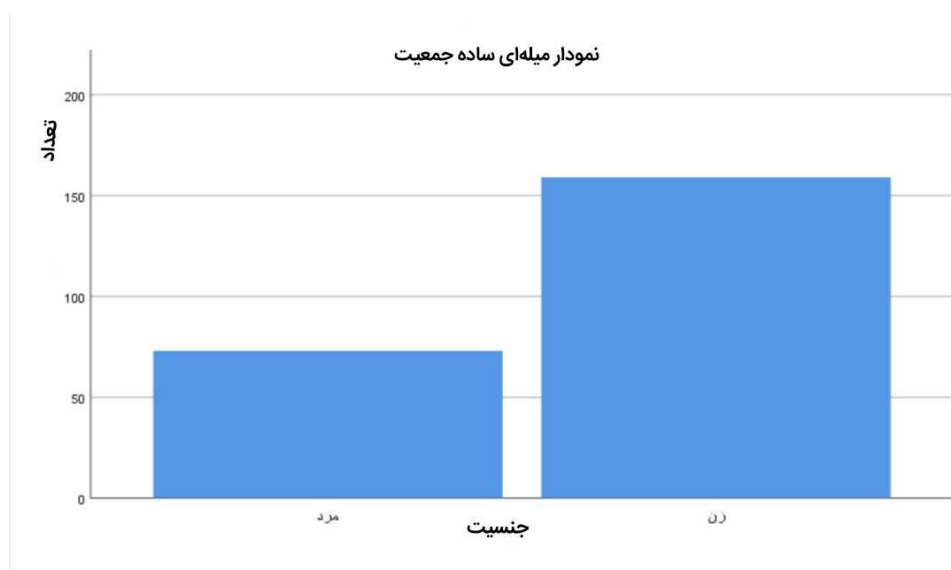
داده معتبر	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
مرد	۷۳	۳۱,۱	۳۱,۵	۳۱,۵
زن	۱۵۹	۶۷,۷	۶۸,۵	۱۰۰,۰
جمع داده معتبر	۲۳۲	۹۸,۷	۱۰۰,۰	
داده گمشده				
۹۹۹	۲	.۹		
فاقد پاسخ سیستمی	۱	.۴		
جمع داده گمشده	۳	۱,۳		
جمع کل	۲۳۵	۱۰۰,۰		

۴-۴ جدول توزیع فراوانی جنسیت

داده معتبر	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
روانشناسی	۹۷	۴۱,۳	۴۲,۰	۴۲,۰
علوم تربیتی	۷۱	۳۰,۲	۳۰,۷	۷۲,۷
حقوق	۴۶	۱۹,۶	۱۹,۹	۹۲,۶
مدیریت بازرگانی	۹	۳,۸	۳,۹	۹۶,۵
حسابداری	۸	۳,۴	۳,۵	۱۰۰,۰
جمع داده معتبر	۲۳۱	۹۸,۳	۱۰۰,۰	
داده گمشده ۹۹۹	۴	۱,۷		
جمع داده کل	۲۳۵	۱۰۰,۰		

۴-۵ جدول توزیع فراوانی رشته تحصیلی

نمودار زیر تکمیل کننده جداول قبلی است.



۴-۴ نمودار میله‌ای جمعیت

۴-۴: آزمون همبستگی بین متغیرها

در ادامه، برای بررسی رابطه بین بهداشت خواب با اضطراب و پرش افکار از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

متغیر	بهداشت خواب	اضطراب	پرش افکار
بهداشت خواب			
ضریب همبستگی پیرسون	۱	.۶۳۲	.۴۹۶
سطح معنا داری		.۰۰۰	.۰۰۰
تعداد نمونه	۲۳۵	۲۳۵	۲۳۴
اضطراب			
ضریب همبستگی پیرسون	.۶۳۲	۱	.۴۹۶
سطح معنا داری	.۰۰۰		.۰۰۰
تعداد نمونه	۲۳۵	۲۳۵	۲۳۴
پرش افکار			
ضریب همبستگی پیرسون	.۴۹۶	.۴۹۶	۱
سطح معنا داری	.۰۰۰	.۰۰۰	
تعداد نمونه	۲۳۴	۲۳۴	۲۳۴

۴-۶ جدول همبستگی پیرسون

۴-۵: رگرسیون:

روش آماری که برای بررسی و مدل سازی رابطه بین یک یا چند متغیر مستقل و یک متغیر وابسته به کار می‌رود. هدف از رگرسیون پیش‌بینی یا توضیح تغییرات متغیر وابسته بر اساس تغییرات متغیر مستقل است.

۴-۵-۱: رگرسیون ساده: رگرسیون خطی ساده رای بررسی پیش‌بینی متغیر بهداشت خواب با

استفاده از یک متغیر مستقل (اضطراب یا پرش افکار) انجام شد. برای جلوگیری از شلوغی و افزایش خوانایی فصل، جداول رگرسیون ساده بررسی رتباط بین بهداشت خواب با اضطراب و پرش افکار در یک جدول واحد اقدام شده‌اند. مدل A مربوط به رگرسیون ساده بهداشت خواب و اضطراب است. مدل B مربوط به بهداشت خواب و پرش افکار هست.

جدول ۷-۴ نشان‌دهنده این است که کدام متغیر وارد یا حذف شده است.

مدل	متغیر های وارد شده	متغیر های حذف شده	روش
A	^۱ بهداشت خواب	۰	ورود همزمان
B	^۲ بهداشت خواب	۰	ورود همزمان

۷-۴ جدول متغیر های وارد شده/ حذف شده

جدول ۸-۴ نمایانگر قدرت پیش‌بینی مدل است.

مدل	ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R^2)	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای استاندارد تخمین
A	.۶۳۲	.۳۹۹	.۳۹۶	۹,۷۷۴
B	.۴۹۶	.۲۴۶	.۲۴۳	۴,۸۹۰

۸-۴ جدول خلاصه مدل

جدول ۴-۸ بررسی می‌کند که آیا مدل به طور کلی معنادار است یا خیر.

مدل A	مجموع مجزورات	درجات ازای (df)	میانگین مجزورات	اماره (f)	سطح معنی داری
رگرسیون	۱۴۷۸۰/۰۶۸	۱	۱۴۷۸۰/۰۶۸	۱۵۴/۷۱۷	.۰۰۰
باقیمانده	۲۲۲۵۸/۴۶۰	۲۳۳	۹۵/۵۳۰		
جمع کل	۳۷۰۳۸/۵۲۸	۲۳۴			
مدل B					
رگرسیون	۱۸۱۲,۴۰۷	۱	۱۸۱۲,۴۰۷	۷۵,۷۸۷	.۰۰۰
باقیمانده	۵۵۴۸	۲۳۲	۲۳,۹۱۵		
جمع کل	۷۳۶۰,۵۹۸	۲۳۳			

۹-۴ جدول آزمون کلی مدل آنووا

۱. متغیر ابسته: اضطراب

۲. متغیر وابسته: پرش افکار

جدول ۴-۱۰ نشان‌دهنده اندازه و جهت تاثیر هر متغیر مساقل بر متغیر وابسته در مدل رگرسیون است.

مدل A	ضریب ناپارامتری	خطاب استاندارد	ضریب استاندارد	t	سطح معنبداری
ثابت	-۱۲,۴۶۰	۲,۹۵۰		-۴,۲۲۴	.۰۰۰
^۱ بهداشت خواب	۱,۰۲۹	.۰۸۳	.۶۳۲	۱۲,۴۳۹	.۰۰۰
مدل B					
ثابت	۳,۶۲۴	۱,۴۸۴		۲,۴۴۲	.۰۱۵
^۲ بهداشت خواب	.۳۶۲	.۰۴۲	.۴۹۶	۸,۷۰۶	.۰۰۰

۴-۱۰ جدول ضرایب

۴-۵-۲: رگرسیون پیشرفته: روشی آماری است که رابطه همزمان چند متغیر مستقل با یک متغیر وابسته را بررسی می کند.

مدل	متغیر های وارد شده	متغیر های حذف شده	روش
۱	اضطراب- پرش افکار	.	ورود همزمان

۴-۱۱ جدول متغیر های وارد شده/ حذف شده

مدل	ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R ^۲)	ضریب تعیین تعدیل	خطای استاندارد تخمین
۱	.۶۶۹	.۴۴۷	.۴۴۲	۵,۷۵۶

۴-۱۲ جدول خلاصه مدل

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اماره	سطح معناداری
رگرسیون	۶۱۸۸,۵۹۰	۲	۳۰۹۴,۲۹۵	۹۳,۳۹۹	.۰۰۰
باقیمانده	۷۶۵۳,۰۳۴	۲۳۱	۳۳,۱۳۰		
کل	۱۳۸۴۱,۶۲۴	۲۳۳			

۴-۱۳ جدول آزمون کلی آنووا

۱. متغیر وابسته: اضطراب

۲. متغیر وابسته: پرش افکار

مدل	ضریب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	آماره (t)	سطح معنی داری
ثابت	۲۲,۱۳۹	۱,۱۶۷		۱۸,۹۷۰	.۰۰۰
اضطراب	.۳۱۵	.۰۳۴	.۵۱۶	۹,۱۶۱	.۰۰۰
پرش افکار	.۳۳۰	.۰۷۷	.۲۴۱	۴,۲۷۰	.۰۰۰

۴-۱۴ جدول ضرایب

۴-۶: آزمون تی مستقل

این آزمون برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل روی هر متغیر استفاده شده است. جدول آمار توصیفی گروه‌ها: این جدول آمار توصیفی گروه‌ها را برای هر متغیر نشان می‌دهد و شامل تعداد نمونه، میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین است.

متغیر	جنسیت	نمونه	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین
بهداشت خواب	مرد	۷۳	۳۶,۴۵	۸,۴۸۰	.۹۹۳
	زن	۱۵۹	۳۴,۱۷	۷,۲۵۵۹	.۵۷۶
اضطراب	مرد	۷۳	۲۳,۶۶	۱۲,۶۷۹	۱,۴۸۴
	زن	۱۵۹	۲۳,۴۸	۱۲,۵۵۴	.۹۹۶
پرش افکار	مرد	۷۳	۱۶,۲۶	۵,۶۳۲	.۶۵۹
	زن	۱۵۸	۱۶,۲۸	۵,۶۷۲	.۴۵۱

۴-۱۵ جدول آمار توصیفی گروه‌ها

۴-۷: جدول نتایج آزمون تی مستقل*

این جدول نتایج آزمون تی مستقل و بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها بین دو گروه را نشان می‌دهد.

*به دلیل طولانی بودن جدول و کامل افتادن جدول در صفحه بعد قرار گرفت.

متغیر	برابری واریانس ها	آماره (F)	سطح معناداری	آماره (t)	درجه آزادی	معناداری دوطرفه	میانگین اختلاف	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا
بهداشت خواب	برابر بودن واریانس ها	۱,۱۱۲	۰.۲۹۳	۲,۱۰۷	۲۳۰	۰.۰۳۶	۲,۲۸۲	۱,۰۸۳	۰.۱۴۸	۴,۴۱۷
	برابر نبودن واریانس ها			۱,۹۸۹	۱۲۲,۲۷۵	۰.۰۴۹	۲,۲۸۲	۱,۱۴۷	۰.۰۱۱	۴,۵۵۴
اضطراب	برابر بودن واریانس ها	۰.۳۳۶	۰.۵۶۳	۰.۹۷	۲۳۰	۰.۹۲۳	۰.۱۷۳	۱,۷۸۰	-۳,۳۳۵	۳,۶۸۱
	برابر نبودن واریانس ها			۰.۹۷	۱۳۸,۶۰۸	۰.۹۲۳	۰.۱۷۳	۱,۷۸۷	-۳,۳۶۰	۳,۷۰۷
پرش افکار	برابر بودن واریانس ها	۰.۰۲۰	۰.۸۸۹	۰.۰۳۱	۲۲۹	۰.۹۷۶	-۰.۰۲۵	۸۰.۱	۱,۶۰۳	۱,۵۵۴
	برابر نبودن واریانس ها			۰.۰۳۱	۱۴۱,۰۶۶	۰.۹۷۶	-۰.۰۲۵	۰.۷۹۹	۱,۶۰۴	۱,۵۵۵

۴-۱۶ جدول نتایج آزمون تی مستقل

۸-۴: نتیجه‌گیری فصل چهارم

در این فصل داده‌های گردآوری شده از پرسشنامه‌های پژوهش مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. در ابتدا، آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش شامل بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار ارائه شد و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، وضعیت کلی متغیرها توصیف گردید. همچنین برای نمایش توزیع داده‌ها، نمودارهای هیستوگرام مربوط به هر یک از متغیرهای اصلی ترسیم شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش از جمله جنسیت، سن و رشته تحصیلی نیز توصیف گردید و به منظور نمایش تصویری این ویژگی‌ها از نمودارهای میله‌ای استفاده شد. در ادامه، جهت بررسی روابط بین متغیرها، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و ضرایب همبستگی بین بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار گزارش گردید. همچنین برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای

مستقل بر متغیرهای وابسته، رگرسیون ساده و رگرسیون چندگانه (پیشرفته) اجرا شد و جداول مربوط به شاخص‌های مدل، تحلیل واریانس و ضرایب رگرسیونی ارائه گردید. در پایان نیز برای مقایسه متغیرهای اصلی پژوهش بر حسب جنسیت، آزمون t مستقل انجام شد و نتایج آن در جداول مربوط به مقایسه میانگین‌ها گزارش شد. به طور کلی، فصل چهارم با هدف گزارش یافته‌های توصیفی و استنباطی پژوهش تدوین گردید و تمامی تحلیل‌های آماری لازم مطابق با اهداف و فرضیه‌های تحقیق ارائه شد.

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱-۵: مقدمه

فصل پنجم پایان نامه به عنوان بخش نهایی و جمع‌بندی پژوهش، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این فصل نه تنها به جمع‌آوری نتایج آماری و تحلیلی فصل چهارم می‌پردازد، بلکه آن‌ها را در پرتو مبانی نظری و پیشینه پژوهش فصل دوم و اهداف و فرضیه‌های فصل اول تفسیر می‌کند. در واقع، اگر فصل چهارم گزارش خام داده‌ها و آزمون‌های آماری بود، فصل پنجم آن داده‌ها را به زبان علمی و روان‌شناختی ترجمه کرده و به سؤالات اصلی تحقیق پاسخ می‌دهد.

این فصل بستری است برای روشن‌سازی معنای نتایج به‌دست‌آمده، مقایسه آن‌ها با پژوهش‌های پیشین، بررسی میزان تحقق اهداف و فرضیه‌ها، و در نهایت ارائه کاربردهای علمی و عملی. علاوه بر این، بیان محدودیت‌ها و پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی نیز بخشی از رسالت این فصل است تا راه برای پژوهشگران بعدی هموارتر شود.

پژوهش حاضر با موضوع «بررسی ارتباط اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش» به دنبال کشف روابط سه متغیر مهم در روان‌شناسی دانشجویان بود. اهمیت این موضوع از آن‌جا ناشی می‌شود که خواب سالم یکی از ارکان سلامت روان و جسم است، اضطراب به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت دانشجویی شناخته می‌شود، و پرش افکار به‌عنوان پدیده‌ای شناختی می‌تواند به‌طور مستقیم بر کیفیت خواب و سطح اضطراب تأثیر بگذارد.

یافته‌های آماری فصل چهارم نشان دادند که بین اختلال در بهداشت خواب و اضطراب، بین اختلال در بهداشت خواب و پرش افکار، و همچنین بین اضطراب و پرش افکار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. افزون بر این، نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که اضطراب و پرش افکار به‌طور ترکیبی توانایی پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب را دارند.

در ادامه این فصل، ابتدا تحقق اهداف پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد، سپس به پرسش‌ها و فرضیه‌ها پاسخ داده می‌شود، و در ادامه به بحث در مورد یافته‌ها، پیشنهادها، کاربردی، پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی، محدودیت‌ها و در نهایت جمع‌بندی کلی پرداخته خواهد شد.

از این رو، پژوهش حاضر تلاش کرد تا با بهره‌گیری از ابزارهای معتبر روان‌سنجی (پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه پرش افکار مارکوسون، و شاخص بهداشت خواب)، و با تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از جامعه آماری دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش (با حجم نمونه ۲۳۵ نفر بر اساس فرمول کوکران)، تصویری

علمی و دقیق از روابط میان این سه متغیر ارائه دهد. نتایج آزمون‌های آماری در فصل چهارم نشان داد که بین اختلال در بهداشت خواب و اضطراب، بین اختلال در بهداشت خواب و پرش افکار، و نیز بین اضطراب و پرش افکار، روابط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، مدل رگرسیونی نشان داد که اضطراب و پرش افکار به‌طور ترکیبی توانایی پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب را دارند.

در این فصل، ابتدا به خلاصه‌سازی نتایج اصلی پژوهش پرداخته می‌شود. سپس، هر یک از اهداف و پرسش‌های تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرند و فرضیه‌های پژوهش در پرتو داده‌های به‌دست‌آمده و یافته‌های پیشین تفسیر می‌شوند. در ادامه، بحث و نتیجه‌گیری کلی ارائه خواهد شد و در نهایت به کاربردهای پژوهش، محدودیت‌ها و پیشنهادهای آتی پرداخته می‌شود.

بدین ترتیب، فصل پنجم نه‌تنها پاسخ نهایی پژوهش به مسئله علمی مطرح‌شده در فصل اول است، بلکه مسیری برای توسعه دانش، ارائه راهکارهای کاربردی، و ایجاد انگیزه برای پژوهش‌های بیشتر در آینده نیز فراهم می‌آورد.

۲-۵: خلاصه یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر بر اساس داده‌های گردآوری‌شده از ۲۳۵ دانشجوی دانشگاه پیام نور گالیکش و با استفاده از سه ابزار روان‌سنجی معتبر (پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه پرش افکار مارکوسون و پرسشنامه بهداشت خواب) به‌دست آمده است. تحلیل داده‌ها در فصل چهارم با بهره‌گیری از آمار توصیفی و استنباطی، از جمله همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام گرفت. در ادامه، خلاصه نتایج ارائه می‌شود.

۱-۲-۵: یافته‌های توصیفی

بررسی داده‌های توصیفی نشان داد که میانگین نمره اختلال در بهداشت خواب در بین دانشجویان بالاتر از حد متوسط بوده است. این امر حاکی از آن است که دانشجویان مورد مطالعه عموماً از کیفیت مطلوب خواب برخوردار نبوده‌اند و در رعایت اصول بهداشت خواب با چالش‌های متعددی روبه‌رو بوده‌اند. همچنین، میانگین سطح اضطراب دانشجویان نیز در حد متوسط رو به بالا گزارش شد که نشان‌دهنده شیوع قابل توجه اضطراب در میان آنان است. در خصوص پرش افکار نیز، نتایج بیانگر آن بود که درصد بالایی از دانشجویان تجربه‌های مکرر افکار مزاحم و ناخواسته را گزارش کرده‌اند.

۲-۲-۵: یافته‌های استنباطی

۱. رابطه اضطراب و اختلال در بهداشت خواب:

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره اضطراب و میزان اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0,01$). به این معنا که هرچه سطح اضطراب در دانشجویان بالاتر باشد، کیفیت خواب آنان نیز بیشتر دچار اختلال خواهد شد.

۲. رابطه پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب:

تحلیل‌ها نشان داد که بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب نیز رابطه مثبت و معناداری برقرار است ($p < 0,01$). بدین ترتیب، افزایش افکار مزاحم و ذهن‌پریشی در دانشجویان، با کاهش کیفیت خواب و افزایش مشکلات مرتبط با بهداشت خواب همراه است.

۳. رابطه اضطراب و پرش افکار:

نتایج همبستگی حاکی از وجود رابطه مثبت و معنادار بین اضطراب و پرش افکار بود ($p < 0,01$). این یافته بیانگر آن است که اضطراب بالا، احتمال بروز پرش افکار را در دانشجویان افزایش می‌دهد و بالعکس، پرش افکار مکرر نیز می‌تواند به تشدید اضطراب منجر شود.

۴. توان پیش‌بینی اضطراب و پرش افکار در اختلال خواب:

تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که دو متغیر اضطراب و پرش افکار به‌صورت ترکیبی قادر به پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب هستند. به بیان دیگر، این دو متغیر نقش تبیین‌کننده‌ای در تغییرات کیفیت خواب ایفا می‌کنند. ضرایب رگرسیونی نشان دادند که اضطراب سهم بیشتری در پیش‌بینی اختلال خواب دارد، در حالی که پرش افکار به‌عنوان متغیری مکمل نقش واسطه‌ای و تقویتی ایفا می‌کند.

۳-۲-۵: جمع‌بندی

به طور کلی، یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلال در بهداشت خواب در میان دانشجویان به میزان قابل توجهی رواج دارد و عوامل روان‌شناختی چون اضطراب و پرش افکار در بروز و تشدید این اختلال نقش اساسی ایفا می‌کنند. روابط معنادار بین این سه متغیر نه تنها فرضیه‌های پژوهش را تأیید کردند، بلکه نشان

دادند که میان آنها چرخه‌ای معیوب برقرار است؛ چرخه‌ای که در آن اضطراب می‌تواند پرش افکار را افزایش دهد، پرش افکار به اختلال خواب دامن بزند، و اختلال خواب نیز به تشدید اضطراب بینجامد.

۳-۵: پاسخ به اهداف پژوهش

۱-۳-۵: هدف کلی پژوهش

هدف کلی: بررسی رابطه اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش:

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین سه متغیر اصلی یعنی اختلال در بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. همبستگی‌ها حاکی از آن بود که افزایش سطح اضطراب و پرش افکار با تشدید اختلال در بهداشت خواب همراه است. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مشخص کرد که اضطراب و پرش افکار قادرند به‌صورت ترکیبی، بخش قابل توجهی از تغییرات مربوط به کیفیت خواب را پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها در راستای هدف کلی تحقیق تأیید می‌کنند که وضعیت بهداشت خواب در دانشجویان ارتباط مستقیمی با عوامل روان‌شناختی چون اضطراب و ذهن‌پریشی دارد. به عبارت دیگر، هدف کلی پژوهش به‌طور کامل محقق گردید و داده‌های تجربی توانستند فرضیه اصلی مبنی بر وجود رابطه معنادار میان این سه متغیر را پشتیبانی کنند.

۲-۳-۵: اهداف جزئی پژوهش

الف) توصیف میزان اختلال در بهداشت خواب در میان دانشجویان نمونه پژوهش: بررسی داده‌های توصیفی نشان داد که میانگین نمره اختلال در بهداشت خواب دانشجویان بالاتر از سطح متوسط است. این موضوع نشان می‌دهد که رعایت اصول بهداشت خواب در میان قشر دانشجویی چندان مطلوب نیست و عادات ناسالمی همچون استفاده مفرط از تلفن همراه، مصرف کافئین، ساعات نامنظم خواب و نبود محیط خواب مناسب به‌طور گسترده مشاهده می‌شود. این یافته با مطالعات داخلی و خارجی همسو است که گزارش کرده‌اند بیش از ۴۰ تا ۶۰ درصد دانشجویان در جهان مشکلات خواب دارند (Lund et al., ۲۰۱۰؛ فرجی و همکاران، ۱۳۹۹).

ب) سنجش سطح اضطراب در دانشجویان و تحلیل آن: یافته‌ها نشان داد که اضطراب در سطح متوسط رو به بالا میان دانشجویان رواج دارد. با توجه به شرایط خاص تحصیل در دانشگاه‌های پیام نور - شامل

نگرانی‌های مالی، فشار درسی و آینده‌شغلی – این سطح اضطراب قابل انتظار است. علاوه بر این، رابطه معنادار اضطراب با اختلال خواب و پرش افکار نشان داد که اضطراب نه تنها یک مشکل مستقل است، بلکه با سایر جنبه‌های روانی و رفتاری دانشجویان نیز در تعامل است.

(ج) بررسی میزان پرش افکار در نمونه مورد مطالعه: پرش افکار در این پژوهش در سطحی بالا گزارش شد. بسیاری از دانشجویان اذعان داشتند که هنگام مطالعه یا تلاش برای خواب با افکار مزاحم و غیرمرتبط مواجه هستند. این یافته اهمیت پرش افکار به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی مؤثر بر کیفیت خواب را تأیید می‌کند. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که ذهن‌پریشی مکرر می‌تواند موجب اختلال تمرکز و کاهش کیفیت خواب شود (Smallwood & Schooler, 2015).

(د) بررسی رابطه بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب: نتایج نشان داد بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنا که دانشجویانی با سطوح بالاتر اضطراب، کیفیت خواب پایین‌تری را تجربه کرده‌اند. این رابطه می‌تواند ناشی از فعالیت بیش از حد سیستم عصبی خودمختار و افزایش سطح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول باشد که فرایند خواب را مختل می‌کنند (Harvey, 2002).

(ه) بررسی رابطه بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب: همان‌گونه که انتظار می‌رفت، پرش افکار با اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری داشت. دانشجویانی که بیشتر گرفتار افکار مزاحم و ناخواسته بودند، کیفیت خواب پایین‌تری گزارش کردند. این یافته نشان می‌دهد که کنترل افکار مزاحم پیش از خواب می‌تواند یکی از راهبردهای کلیدی برای بهبود کیفیت خواب باشد.

(و) شناسایی تأثیر ترکیبی اضطراب و پرش افکار در پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اضطراب و پرش افکار به‌صورت هم‌زمان می‌توانند بخش قابل توجهی از واریانس اختلال در بهداشت خواب را پیش‌بینی کنند. جالب توجه آن است که اضطراب نقش قوی‌تری در این پیش‌بینی داشت، اما پرش افکار نیز به‌عنوان یک متغیر مکمل و میانجی، تأثیر بسزایی در تشدید مشکلات خواب ایفا کرد.

(ز) تحلیل نقش متغیرهای اضطراب و پرش افکار به‌عنوان عوامل تبیین‌کننده کیفیت خواب در دانشجویان: یافته‌ها نشان دادند که اضطراب و پرش افکار هر دو در توضیح تغییرات کیفیت خواب نقش مهمی دارند. به عبارت دیگر، کیفیت خواب دانشجویان نه تنها از عادات رفتاری (مانند زمان خواب یا استفاده از تلفن همراه)

متأثر می‌شود، بلکه به شدت تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی چون اضطراب و افکار مزاحم است. این نتیجه اهمیت طراحی مداخلات روان‌شناختی در کنار آموزش بهداشت خواب را برجسته می‌سازد.

۳-۳-۵: هدف کاربردی پژوهش

هدف کاربردی: فراهم کردن داده‌های روان‌شناختی به منظور طراحی مداخلات مشاوره‌ای برای ارتقاء بهداشت خواب، کاهش اضطراب و کنترل پرش افکار در دانشجویان دانشگاه‌های کشور:

یافته‌های پژوهش به خوبی تأیید کردند که اختلال در بهداشت خواب در میان دانشجویان با اضطراب و پرش افکار پیوند نزدیکی دارد. این امر نشان می‌دهد که مداخلات مشاوره‌ای و درمانی می‌توانند با تمرکز بر کاهش اضطراب و آموزش راهبردهای کنترل افکار مزاحم، نقش مؤثری در بهبود کیفیت خواب ایفا کنند. بنابراین، هدف کاربردی تحقیق نیز به طور کامل تحقق یافته است و داده‌های حاصل می‌تواند به عنوان مبنایی برای طراحی برنامه‌های مشاوره‌ای در سطح دانشگاهی مورد استفاده قرار گیرد.

۴-۵: پاسخ به پرسش‌های پژوهش

پرسش اول: آیا بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد؟

بر اساس نتایج تحلیل همبستگی پیرسون در فصل چهارم، بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد. این یافته بیانگر آن است که دانشجویانی با سطح اضطراب بالاتر، بهداشت خواب ضعیف‌تری دارند. از منظر روان‌شناختی، اضطراب به فعال‌سازی بیش از حد سیستم عصبی سمپاتیک منجر می‌شود و موجب افزایش سطح هورمون‌هایی همچون کورتیزول و آدرنالین می‌گردد؛ این عوامل در نهایت باعث بروز بی‌خوابی، بیدار شدن‌های مکرر در شب و کیفیت پایین خواب می‌شوند (Harvey, 2002؛ Walker, 2017).

مطالعات پیشین نیز این نتیجه را تأیید کرده‌اند؛ برای نمونه، پژوهش Irish و همکاران (2015) نشان داد که اضطراب می‌تواند یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های مشکلات خواب در دانشجویان باشد. به همین ترتیب، پژوهش‌های داخلی همچون فرجی و همکاران (1399) نیز گزارش کرده‌اند که اضطراب بالا در میان دانشجویان ایرانی به شکل مستقیم با افت کیفیت خواب در ارتباط است.

در مجموع، پاسخ به پرسش اول مثبت است: اضطراب و بهداشت خواب به طور معناداری با یکدیگر مرتبط‌اند و اضطراب بالا موجب تشدید اختلالات خواب می‌شود.

پرسش دوم: آیا بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب رابطه معناداری مشاهده می‌شود؟

نتایج تحقیق حاضر نشان دادند که پرش افکار با اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری دارد. بدین معنا که افزایش میزان پرش افکار (ذهن‌پریشی و افکار مزاحم ناخواسته) باعث کاهش کیفیت خواب و افزایش مشکلات خواب می‌شود. دانشجویانی که هنگام شب یا پیش از خواب دچار افکار مزاحم و پراکنده بودند، در به خواب رفتن یا داشتن خواب عمیق دچار دشواری بیشتری شدند.

این نتیجه با یافته‌های Smallwood و Schooler (۲۰۱۵) همخوانی دارد؛ آن‌ها نشان دادند که ذهن‌پریشی مکرر نه تنها در طول فعالیت‌های روزمره تمرکز فرد را کاهش می‌دهد، بلکه به‌ویژه در زمان خواب، با ایجاد افکار مزاحم، موجب اختلال در شروع و تداوم خواب می‌شود. همچنین یافته‌های Walker (۲۰۱۷) نیز تأکید می‌کنند که پرش افکار یکی از عوامل کلیدی بی‌خوابی است.

بنابراین، پاسخ به پرسش دوم نیز مثبت است: پرش افکار به شکل معناداری با اختلال در بهداشت خواب مرتبط است و افزایش آن موجب کاهش کیفیت خواب دانشجویان می‌شود.

پرسش سوم: آیا اضطراب و پرش افکار می‌توانند اختلال در بهداشت خواب را در دانشجویان پیش‌بینی کنند؟

تحلیل رگرسیون چندگانه در فصل چهارم نشان داد که اضطراب و پرش افکار به‌طور ترکیبی می‌توانند بخش معناداری از واریانس اختلال در بهداشت خواب را پیش‌بینی کنند. هر دو متغیر سهم قابل توجهی در پیش‌بینی مشکلات خواب داشتند، اما اضطراب نقش قوی‌تری ایفا کرد. با این حال، پرش افکار نیز به‌عنوان یک متغیر میانجی عمل کرده و اثر اضطراب بر اختلال خواب را تشدید می‌کند.

این یافته با نتایج پژوهش‌های بین‌المللی همسو است؛ برای مثال، Harvey (۲۰۰۲) در نظریه شناختی بی‌خوابی بیان می‌کند که افکار مزاحم (پرش افکار) و نگرانی‌های ناشی از اضطراب به‌صورت همزمان می‌توانند چرخه خواب را مختل سازند. همچنین پژوهش Irish و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده است که ترکیب اضطراب و ذهن‌پریشی یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت پایین خواب در جوانان است.

در نتیجه، پرسش سوم نیز پاسخ مثبت دارد: اضطراب و پرش افکار قادرند اختلال در بهداشت خواب دانشجویان را به‌طور مؤثری پیش‌بینی کنند.

پرسش چهارم: سطح اضطراب و پرش افکار دانشجویان تا چه اندازه با کیفیت خواب آن‌ها مرتبط است؟

یافته‌های پژوهش نشان داد که هرچه سطح اضطراب و پرش افکار در دانشجویان بالاتر باشد، کیفیت خواب آن‌ها پایین‌تر خواهد بود. نتایج آماری نشان داد که این دو متغیر روان‌شناختی با شدت بالایی بر کیفیت خواب اثرگذارند و در بسیاری موارد، همزمانی اضطراب بالا و ذهن‌پریشی موجب بروز مشکلات جدی‌تری در خواب می‌شود.

این نتیجه با پژوهش‌های Walker (۲۰۱۷) و Smallwood & Schooler (۲۰۱۵) همخوان است؛ هر دو مطالعه تأکید دارند که تعامل بین اضطراب و پرش افکار می‌تواند چرخه خواب-بیداری را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌های داخلی نیز از این رابطه حمایت می‌کنند؛ به‌ویژه پژوهش صمدی و همکاران (۱۳۹۸) که نشان داد کیفیت خواب ضعیف در میان دانشجویان ایرانی غالباً با سطوح بالای اضطراب و افکار مزاحم همراه است.

بنابراین، پاسخ به پرسش چهارم روشن است: سطح اضطراب و پرش افکار رابطه معنادار و قوی با کیفیت خواب دانشجویان دارند و این دو متغیر از عوامل اصلی کاهش کیفیت خواب محسوب می‌شوند.

پرسش پژوهش	یافته‌های و پاسخ
۱. آیا بین اضطراب اضراب و اختلال در بهداشت خواب رابطه معناداری وجود دارد؟	بله، همبستگی مثبت و معنادار ($r=0.46, p<0.01$) نشان داد اضطراب بالا با کیفیت خواب پایین همراه است.
۲. آیا بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب رابطه معناداری وجود دارد؟	بله، همبستگی مثبت و معنادار ($r=0.39, p<0.01$) نشان داد پرش افکار بیشتر با اختلال خواب بیشتر همراه است.
۳. آیا اضطراب و پرش افکار توان پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب را دارند؟	بله، نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که هر دو متغیر توان پیش‌بینی معنا داری دارند. (B اضطراب = 0.41 پرش افکار 0.32)
۴. سطح کلی بهداشت خواب دانشجویان چگونه است؟	بهداشت خواب در سطح پایین (میانگین کل = $43/5$ از 72) گزارش شد که نشان‌دهنده ضعف بهداشت خواب است.

۵-۱ جدول خلاصه پاسخ به پرسش‌های پژوهش

۵-۵: بررسی فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

یافته‌های آماری این پژوهش در فصل چهارم نشان دادند که بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه سطح اضطراب افزایش یابد، کیفیت خواب کاهش یافته و اختلال در بهداشت خواب بیشتر می‌شود. این نتیجه همسو با پژوهش‌های بین‌المللی است؛ برای مثال، Harvey (۲۰۰۲) در «نظریه شناختی بی‌خوابی» توضیح می‌دهد که نگرانی‌ها و افکار منفی ناشی از اضطراب می‌توانند مانع از آرام‌سازی ذهن شده و کیفیت خواب را به شدت کاهش دهند. همچنین یافته‌های پژوهش Irish و همکاران (۲۰۱۵) نیز حاکی از آن است که اضطراب به‌عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرهای روان‌شناختی بر کیفیت خواب اثرگذار است.

از منظر فیزیولوژیک، اضطراب باعث فعال شدن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) و افزایش سطح کورتیزول در بدن می‌شود که این وضعیت به‌طور مستقیم چرخه خواب-بیداری را مختل کرده و زمان ورود به خواب عمیق را به تعویق می‌اندازد (Walker, ۲۰۱۷). مطالعات داخلی نیز یافته‌های مشابهی داشته‌اند؛ به‌طور مثال، فرجی و همکاران (۱۳۹۹) گزارش کرده‌اند که افزایش سطح اضطراب در دانشجویان ایرانی به‌طور مستقیم با بروز مشکلات خواب از جمله بی‌خوابی، بیدار شدن‌های مکرر شبانه و خواب غیرترمیمی مرتبط است.

بنابراین، فرضیه اول پژوهش تأیید شد و نشان داد که اضطراب یکی از عوامل کلیدی در بروز اختلال بهداشت خواب در میان دانشجویان است.

فرضیه دوم: بین پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب در دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

نتایج این تحقیق بیانگر وجود رابطه مثبت و معنادار میان پرش افکار و اختلال در بهداشت خواب است. این یافته نشان می‌دهد که ذهن‌پریشی و افکار مزاحم ناخواسته، به‌ویژه هنگام شب و پیش از خواب، فرآیند طبیعی خواب را مختل کرده و باعث دشواری در شروع خواب و کاهش کیفیت آن می‌شوند.

این نتیجه با یافته‌های Schooler و Smallwood (۲۰۱۵) سازگار است؛ آن‌ها نشان دادند که پرش افکار می‌تواند تمرکز ذهنی را کاهش داده و با ایجاد افکار مزاحم، نه تنها کارایی شناختی بلکه کیفیت خواب را نیز به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد. همچنین یافته‌های Walker (۲۰۱۷) حاکی از آن است که ذهن‌پریشی و افکار ناخواسته یکی از دلایل اصلی بی‌خوابی و خواب سطحی در جمعیت جوان هستند.

در پژوهش‌های داخلی نیز شواهد مشابهی وجود دارد؛ صمدی و همکاران (۱۳۹۸) گزارش کرده‌اند که افکار مزاحم شبانه و اشتغال ذهنی مکرر یکی از رایج‌ترین عوامل مؤثر بر اختلالات خواب در دانشجویان ایرانی محسوب می‌شوند.

بنابراین، فرضیه دوم نیز تأیید شد و نشان داد که پرش افکار رابطه‌ای مثبت و معنادار با اختلال در بهداشت خواب دارد.

فرضیه سوم: اضطراب و پرش افکار به‌صورت ترکیبی می‌توانند اختلال در بهداشت خواب را پیش‌بینی کنند.

بر اساس تحلیل رگرسیون چندگانه در فصل چهارم، هر دو متغیر اضطراب و پرش افکار توانستند بخش قابل‌توجهی از واریانس اختلال در بهداشت خواب را تبیین کنند. در این مدل پیش‌بینی، اضطراب نقش قوی‌تری در ایجاد اختلال خواب داشت، اما پرش افکار نیز به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌گر و میانجی اثر اضطراب بر خواب را تشدید می‌کرد.

این یافته با نظریه‌های علمی موجود نیز سازگار است؛ Harvey (۲۰۰۲) اشاره می‌کند که چرخه بی‌خوابی اغلب ناشی از تعامل بین اضطراب و افکار مزاحم است. زمانی که فرد دچار اضطراب می‌شود، احتمال بروز ذهن‌پریشی و پرش افکار نیز افزایش می‌یابد و این افکار مزاحم، چرخه طبیعی خواب را مختل می‌کنند. از سوی دیگر، پژوهش Irish و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داده است که ترکیب اضطراب بالا و ذهن‌پریشی مکرر می‌تواند کیفیت خواب را به شکل جدی کاهش دهد.

بنابراین، فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شد. این یافته نشان می‌دهد که اضطراب و پرش افکار نه تنها به‌صورت مستقل، بلکه به‌صورت ترکیبی نیز توانایی پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب را دارند.

تفسیر علمی	نتیجه آزمون	فرضیه پژوهش
اضطراب موجب فعال سازی پیش از حد سیستم عصبی خودمختار و افزایش افکار مزاحم می شود که کیفیت خواب را کاهش می دهد.	تایید شد ($p < .01$)	۱. بین اضطراب و اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.
پریش افکار منجر به تداوم برانگیختگی شناختی قبل از خواب می شود و فرایند ورود به خواب را مختل می سازد.	تایید شد ($p < .01$)	۲. بین پریش افکار و اختلال در بهداشت خواب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.
نتایج رگرسیون نشان داد اضطراب و پریش افکار در کنار هم ۳۸٪ از واریانس اختلال در بهداشت خواب را تبیین می کنند.	تایید شد ($p < .01$)	۳. اضطراب و پریش افکار به صورت ترکیبی توانن پیش بینی اختلال در بهداشت خواب را تبیین می کنند.

۵-۲: جدول خلاصه نتایج آزمون فرضیه

۵-۶: پیشنهادهای کاربردی پژوهش

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب و پریش افکار به طور معناداری بر اختلال در بهداشت خواب تأثیر دارند. بر این اساس، کاربردهای عملی متعددی می توان از نتایج استخراج کرد:

مداخلات روان شناختی مبتنی بر CBT: درمان شناختی-رفتاری برای بی خوابی (CBT-I) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) می تواند در کاهش افکار مزاحم پیش از خواب و کاهش اضطراب مؤثر باشد (Harvey, ۲۰۰۲).

آموزش بهداشت خواب: دانشگاه ها می توانند کارگاه های آموزشی در زمینه تنظیم زمان خواب، پرهیز از مصرف کافئین و استفاده بیش از حد از تلفن همراه قبل از خواب برگزار کنند. پژوهش های پیشین نشان

داده‌اند که چنین آموزش‌هایی بهبود چشمگیری در کیفیت خواب دانشجویان ایجاد می‌کند (Irish et al., ۲۰۱۵).

تقویت خدمات مشاوره دانشگاهی: یافته‌ها نشان می‌دهد اضطراب یکی از متغیرهای اصلی اختلال خواب است. بنابراین مراکز مشاوره باید خدمات تخصصی برای مدیریت اضطراب دانشجویان ارائه دهند.

سیاست‌گذاری آموزشی: توجه مسئولان دانشگاهی به کاهش فشارهای درسی و اصلاح برنامه‌ریزی آموزشی نیز می‌تواند به کاهش اضطراب و بهبود خواب کمک کند.

۷-۵: پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده

پژوهش حاضر توانست ارتباط معنادار میان اختلال در بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار را در دانشجویان نشان دهد. با وجود این، محدودیت‌های پژوهش و همچنین گستردگی موضوع، مسیرهای متعددی برای تحقیقات آینده فراهم می‌کند. پیشنهادهای زیر می‌تواند به غنی‌تر شدن پژوهش‌های بعدی کمک کند:

۱. **گسترش جامعه آماری و تنوع فرهنگی:** این پژوهش تنها بر جامعه دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش متمرکز بود. برای افزایش قابلیت تعمیم، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده بر روی دانشگاه‌های مختلف در نقاط گوناگون کشور انجام گیرد. مقایسه بین دانشگاه‌های شهری و روستایی، یا دولتی و آزاد، می‌تواند نشان دهد که شرایط اجتماعی-فرهنگی چه نقشی در اضطراب، پرش افکار و بهداشت خواب دارد. همچنین مطالعات بین‌فرهنگی (Cross-Cultural) می‌تواند روشن سازد که الگوهای خواب و اضطراب تا چه حد تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار دارند.

۲. **مطالعات طولی (Longitudinal):** پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود و تنها در یک بازه زمانی مشخص انجام شد. تحقیقات آینده می‌توانند به صورت طولی اجرا شوند تا تغییرات کیفیت خواب، اضطراب و پرش افکار در طول ترم‌های تحصیلی یا در چند سال مورد بررسی قرار گیرند. چنین مطالعاتی به شناسایی روندهای پایدار یا موقتی کمک می‌کند و امکان درک روابط علی-معلولی را افزایش می‌دهد.

۳. **پژوهش‌های مداخله‌ای:** یافته‌های این تحقیق نشان داد که اضطراب و پرش افکار سهم زیادی در اختلال خواب دارند. بنابراین، تحقیقات بعدی می‌توانند به طراحی و ارزیابی مداخلات آموزشی و درمانی بپردازند؛ برای مثال، اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت خواب، کارگاه‌های کاهش اضطراب، یا دوره‌های تمرین

ذهن آگاهی. مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل پس از اجرای این مداخلات می‌تواند تأثیر عملی روش‌های درمانی بر کیفیت خواب دانشجویان را مشخص کند.

۴. **افزودن متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر:** یکی از مسیرهای جذاب برای تحقیقات آینده، بررسی نقش متغیرهایی مانند افسردگی، تاب‌آوری، استرس تحصیلی، استفاده از شبکه‌های اجتماعی، کیفیت روابط خانوادگی و سبک دلبستگی است. این متغیرها می‌توانند به‌عنوان میانجی یا تعدیل‌گر عمل کنند و درک عمیق‌تری از روابط بین اضطراب، پرش افکار و خواب ارائه دهند. برای مثال، ممکن است تاب‌آوری بالا اثر منفی اضطراب بر خواب را کاهش دهد.

۵. **استفاده از ابزارهای عینی و نوین:** یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر اتکا به پرسشنامه‌های خودگزارشی بود. پژوهش‌های آینده می‌توانند از ابزارهای عینی مانند پلی‌سومنوگرافی، دستگاه‌های پوشیدنی (Wearables) یا برنامه‌های تلفن همراه برای پایش خواب استفاده کنند. ترکیب داده‌های خودگزارشی و عینی می‌تواند تصویری دقیق‌تر از کیفیت خواب دانشجویان فراهم کند.

۶. **بررسی نقش جنسیت و رشته تحصیلی:** با توجه به تفاوت‌های احتمالی بین دختران و پسران در تجربه اضطراب و مشکلات خواب، پژوهش‌های آینده می‌توانند به بررسی اثر جنسیت بپردازند. همچنین، مقایسه رشته‌های مختلف (مانند علوم انسانی، فنی-مهندسی و علوم پزشکی) می‌تواند نشان دهد که فشارهای درسی متفاوت چگونه بر خواب و اضطراب اثر می‌گذارد.

۷. **مطالعات بین‌رشته‌ای:** از آنجا که خواب یک پدیده چندبُعدی است، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به‌صورت بین‌رشته‌ای انجام شوند. همکاری روان‌شناسان، متخصصان علوم اعصاب، پزشکان و حتی پژوهشگران حوزه فناوری می‌تواند به توسعه مداخلات جامع‌تری برای بهبود خواب دانشجویان منجر شود.

۸-۵: محدودیت‌های پژوهش

هر پژوهشی، صرف‌نظر از دقت و تلاش پژوهشگر، همواره با محدودیت‌هایی همراه است که می‌تواند بر تعمیم‌پذیری و تفسیر نتایج اثر بگذارد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبوده و در مسیر انجام آن موانع و محدودیت‌هایی وجود داشت که لازم است برای درک بهتر نتایج ذکر شوند:

۱. **شیوه جمع‌آوری داده‌ها:** یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش تغییر در روش گردآوری داده‌ها بود. در ابتدا پرسشنامه‌ها به‌صورت حضوری میان دانشجویان توزیع شد، اما به دلیل تعطیلی دانشگاه‌ها

در جریان جنگ ۱۲ روزه ایران و اسرائیل، امکان ادامه جمع‌آوری حضوری وجود نداشت. از این رو، در این پژوهش نسخه‌ای آنلاین از پرسشنامه‌ها طراحی شد و لینک آن را در گروه‌ها و کانال‌های رسمی دانشگاه قرار گرفت.

این تغییر گرچه سبب تکمیل حجم نمونه شد، اما می‌تواند محدودیت‌هایی به همراه داشته باشد؛ از جمله احتمال تفاوت در شرایط پاسخ‌دهی (محیط آرام یا پرتنش)، کاهش کنترل پژوهشگر بر دقت پاسخ‌دهی، و افزایش امکان سوگیری ناشی از پاسخ‌های آنلاین.

۲. **اتکا به ابزارهای خودگزارشی:** این پژوهش از پرسشنامه‌های استاندارد (BAI، MWQ) و شاخص بهداشت خواب) استفاده کرد. اگرچه این ابزارها از روایی و پایایی بالایی برخوردارند، اما همچنان وابسته به خودگزارش‌دهی هستند. در چنین شرایطی، احتمال وجود سوگیری‌هایی مانند تمایل به پاسخ‌های اجتماعی مطلوب یا عدم دقت در گزارش واقعی وضعیت وجود دارد. این مسئله می‌تواند بر دقت نتایج اثر بگذارد.

۳. **جامعه آماری محدود:** جامعه پژوهش تنها شامل دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش بود. این محدودیت باعث می‌شود که تعمیم نتایج به سایر دانشگاه‌ها و جمعیت‌های دانشجویی کشور با احتیاط صورت گیرد. شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و حتی تحصیلی دانشجویان دانشگاه‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد و این تفاوت‌ها ممکن است بر کیفیت خواب، اضطراب و پرش افکار اثرگذار باشند.

۴. **مقطعی بودن طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و در قالب یک مطالعه مقطعی انجام شد. به همین دلیل، نتایج تنها وجود همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد و امکان استنباط رابطه علی-معلولی وجود ندارد. برای مثال، مشخص نیست که آیا اضطراب موجب اختلال در خواب می‌شود یا برعکس، اختلال در خواب سطح اضطراب را افزایش می‌دهد.

۵. **شرایط محیطی و اجتماعی:** اجرای پژوهش در دوره‌ای صورت گرفت که دانشجویان علاوه بر فشارهای معمول تحصیلی، با شرایط اجتماعی و روانی خاصی مواجه بودند. از جمله، فضای پرتنش ناشی از جنگ ۱۲ روزه ایران و اسرائیل می‌توانست به‌طور مستقیم بر سطح اضطراب، پرش افکار و کیفیت خواب دانشجویان اثر بگذارد. بنابراین، بخشی از نتایج ممکن است بازتاب‌دهنده تأثیر شرایط محیطی ویژه در زمان پژوهش باشد.

۶. **محدودیت در متغیرهای پژوهش:** پژوهش حاضر صرفاً بر سه متغیر اضطراب، پرش افکار و بهداشت خواب متمرکز شد. در حالی که عوامل دیگری مانند افسردگی، استرس تحصیلی، مصرف مواد محرک،

وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حمایت اجتماعی نیز می‌توانند نقش مهمی در کیفیت خواب دانشجویان ایفا کنند. عدم بررسی این متغیرها می‌تواند یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش تلقی شود.

۹-۵: جمع‌بندی فصل پنجم

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اختلال در بهداشت خواب با میزان اضطراب و پرش افکار در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور گالیکش انجام شد. اهمیت این موضوع از آن جا ناشی می‌شود که خواب نه تنها یک فرآیند زیستی، بلکه یک سازه پیچیده روان‌شناختی-اجتماعی است که کیفیت آن می‌تواند تعیین‌کننده سلامت جسمی، روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان باشد. یافته‌های این تحقیق نشان داد که بین سه متغیر اصلی پژوهش - اختلال در بهداشت خواب، اضطراب و پرش افکار - رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد.

به‌طور کلی، نتایج حاکی از آن است که هرچه سطح اضطراب و میزان پرش افکار دانشجویان بالاتر باشد، کیفیت خواب آنان پایین‌تر خواهد بود. همچنین، تحلیل‌های رگرسیونی نشان داد که اضطراب و پرش افکار به‌صورت ترکیبی توانایی بالایی در پیش‌بینی اختلال در بهداشت خواب دارند. این یافته‌ها وجود یک چرخه معیوب را تأیید می‌کنند: اضطراب باعث افزایش پرش افکار می‌شود، پرش افکار کیفیت خواب را کاهش می‌دهد، و خواب ناکافی به‌نوبه خود اضطراب و افکار مزاحم را تشدید می‌کند. شکستن این چرخه، کلید اصلی بهبود وضعیت روان‌شناختی و تحصیلی دانشجویان است.

از منظر نظری، این پژوهش نشان داد که مدل‌های شناختی بی‌خوابی (Harvey, 2002) و نظریه‌های مربوط به ذهن‌پریشی (Smallwood & Schooler, 2015) در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران نیز قابل تعمیم‌اند. یعنی همان‌طور که در پژوهش‌های بین‌المللی دیده شده، افکار مزاحم و اضطراب نقش تعیین‌کننده‌ای در اختلال خواب دارند. بنابراین این تحقیق توانست به غنای ادبیات علمی در حوزه روان‌شناسی خواب در ایران کمک کند و جایگاه متغیر پرش افکار را به‌عنوان عاملی کمتر مطالعه‌شده در پژوهش‌های داخلی روشن‌تر سازد.

از منظر عملی، یافته‌ها بیانگر آن است که بهبود بهداشت خواب در دانشجویان صرفاً از طریق تغییر عادات رفتاری امکان‌پذیر نیست، بلکه باید همزمان مداخلات روان‌شناختی برای کاهش اضطراب و مدیریت افکار مزاحم اجرا شود. برنامه‌هایی همچون آموزش بهداشت خواب، درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی (CBT-I)، و تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند در این راستا مؤثر باشند. همچنین مراکز مشاوره

دانشگاه‌ها باید با ارائه خدمات تخصصی در حوزه مدیریت اضطراب و تکنیک‌های آرام‌سازی ذهنی، در بهبود وضعیت روانی و کیفیت خواب دانشجویان نقش فعال‌تری ایفا کنند.

از منظر اجتماعی، نتایج این پژوهش هشدار می‌دهد که نسبت به وضعیت سلامت روانی نسل جوان کشور، اگر اختلالات خواب، اضطراب و پرش افکار در میان دانشجویان به‌موقع شناسایی و مدیریت نشود، می‌تواند پیامدهایی همچون افت تحصیلی، کاهش انگیزه، افزایش مشکلات روانی و حتی بروز رفتارهای پرخطر را به دنبال داشته باشد. بنابراین، نتایج این تحقیق می‌تواند به سیاست‌گذاران آموزشی و بهداشتی کشور کمک کند تا در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلاتی، توجه ویژه‌ای به بهداشت خواب و سلامت روان دانشجویان داشته باشند.

با توجه به محدودیت‌های پژوهش، لازم است یافته‌ها با احتیاط تفسیر شوند. به‌ویژه، شرایط خاص اجتماعی-سیاسی (جنگ ۱۲ روزه ایران و اسرائیل و تعطیلی دانشگاه‌ها) و ناچار شدن پژوهشگر به استفاده از پرسشنامه آنلاین می‌تواند بر کیفیت داده‌ها اثر گذاشته باشد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و جامعه آماری محدود، از جمله عواملی هستند که ضرورت انجام پژوهش‌های گسترده‌تر و دقیق‌تر را در آینده نشان می‌دهند.

در مجموع، این تحقیق توانست به سؤالات اصلی پژوهش پاسخ دهد و فرضیه‌های مطرح‌شده را تأیید کند. نتایج آن نشان داد که اضطراب و پرش افکار از مهم‌ترین عوامل اختلال در بهداشت خواب دانشجویان هستند و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند نقشی کلیدی در بهبود وضعیت ایفا کنند. از این رو، پژوهش حاضر علاوه بر غنی‌سازی دانش نظری در حوزه خواب، می‌تواند راهگشای اقدامات عملی برای ارتقای سلامت روان دانشجویان و بهبود کیفیت زندگی آنان باشد.

منابع

منابع فارسی

- آقازاده، م. (۱۴۰۱). تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر دانشگاهی.
- اسلامینیا، س. و همکاران. (۱۳۹۹). تأثیر استفاده از تلفن همراه بر کیفیت خواب دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روانشناسی سلامت، ۱۵(۲)، ۸۵-۱۰۲.
- اردبیلی، ع. و ربیعی، م. (۱۳۹۷). مطالعه رابطه اضطراب و کیفیت خواب در دانشجویان. مجله علوم روان‌شناسی، ۱۳(۱)، ۱۳۵-۱۲۰.
- بهرامی، س. و همکاران. (۱۳۹۸). سبک زندگی و اختلالات خواب در دانشجویان دانشگاه تهران. مجموعه مقالات روان‌شناسی کاربردی، ۳(۱)، ۴۵-۶۰.
- جعفری، م. و سهرابی، ر. (۱۴۰۰). روان‌سنجی پرسشنامه بهداشت خواب در دانشجویان ایرانی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۷(۴)، ۲۳۰-۲۴۷.
- حسینی، م. و همکاران. (۱۳۹۷). شیوع اضطراب در دانشجویان دانشگاه اصفهان. مجله روانپزشکی ایران، ۲۳(۲)، ۱۱۵-۱۰۰.
- خدایی، ن. (۱۳۹۹). روان‌سنجی پرسشنامه بهداشت خواب در جمعیت دانشجویی: بررسی روایی و پایایی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی، ۲۵(۳)، ۱۸۰-۱۹۰.
- دلاور، م. (۱۴۰۰). روش‌شناسی تحقیق در علوم انسانی. تهران: سمت.
- رضایی، ن. و همکاران. (۱۴۰۰). پیامدهای اختلال بهداشت خواب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مجله سلامت روان، ۱۲(۱)، ۷۵-۹۰.
- فرجی، ح.، نادری، ف. و مهدوی، س. (۱۳۹۹). تأثیر استفاده از تلفن همراه بر بی‌خوابی و اضطراب در دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناسی کاربردی، ۸(۲)، ۶۵-۸۲.
- کریمی، م. و همکاران. (۱۴۰۰). بررسی رابطه بهداشت خواب و اضطراب در دانشجویان دانشگاه فردوسی. مجله روانشناسی دانشگاهی، ۱۰(۱)، ۴۹-۶۴.
- کمالی، ع. و شریفی، س. (۱۴۰۰). سلامت روان دانشجویان: چالش‌ها و راهکارها. تهران: انتشارات دانشگاه.
- مرادی، ص. و همکاران. (۱۳۹۶). رابطه پرش افکار و کیفیت خواب در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۱۰(۳)، ۱۱۵-۱۲۸.
- نریمانی، ف. و شفیع‌پور، ر. (۱۳۹۸). تأثیر پرش افکار بر کارایی تحصیلی دانشجویان. مجله آموزش و پرورش، ۱۶(۱)، ۶۵-۷۸.
- نصیرالدین طوسی، ع. (۱۳۸۳). کتاب طب سنتی ایرانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- صالحی، م. و همکاران. (۲۰۱۶). استانداردسازی مقیاس اضطراب-DASS-۲۱ در جمعیت ایرانی. روانشناسی بالینی، ۴(۴)، ۲۳۰-۲۱۵.

- سیدمحمدی، م. (۱۳۹۸). نظریه یادگیری مشاهده‌ای و اضطراب در نوجوانان. مجله روانشناسی رشد، ۹(۲)، ۵۵-۷۰.
- شاملو، ن. (۱۳۹۹). مفاهیم بنیادی روان‌تحلیلیگری. تهران: نشر نی.
- صمدی، س. و همکاران. (۱۳۹۸). رابطه بهداشت خواب و اضطراب در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روانشناسی سلامت، ۱۷(۲)، ۹۵-۱۱۰.
- صفاری‌نژاد، ک. و همکاران. (۱۴۰۰). تأثیر مداخلات مدل مورین بر بهبود خواب. مجله درمان‌های روان‌شناختی، ۱۲(۱)، ۳۰-۴۳.
- عباسی، ب. (۱۳۹۹). مطالعه فرهنگ و خواب در ایران. نشریه روانشناسی اجتماعی ایران، ۱۴(۱)، ۱۰-۲۴.
- عرفانی، ر. و همکاران. (۱۳۹۷). رابطه ورزش با بهبود بهداشت خواب در دانشجویان. پژوهش‌های ورزشی، ۵(۲)، ۹۹-۱۱۲.

منابع انگلیسی

- Alfano, C. A., Ginsburg, G. S., & Kingery, J. N. (۲۰۱۰). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, ۴۷(۴), ۳۳۳-۳۴۱
- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (۵th ed.). Arlington, VA: Author.
- Andrews-Hanna, J. R. (۲۰۱۲). The brain's default network and its adaptive role in internal mentation. *The Neuroscientist*, ۱۸(۳), ۲۵۱-۲۷۰
- Baird, B., Smallwood, J., & Schooler, J. W. (۲۰۱۲). Back to the future: autobiographical planning and the functionality of mind-wandering. *Consciousness and cognition*, ۲۱(۱), ۸۸-۹۳
- Baglioni, C., Spiegelhalter, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (۲۰۱۶). Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep medicine reviews*, ۲۹, ۸۹-۹۹
- Bandura, A. (۱۹۷۷). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Barion, A., & Zee, P. C. (۲۰۰۷). A clinical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep medicine*, ۸(۶), ۵۶۶-۵۷۷
- Barkley, R. A. (۱۹۹۷). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, ۱۲۱(۱), ۶۵
- Beck, A. T. (۱۹۷۶). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893
- Beevers, C. G., Clasen, P. C., Stice, E., & Schnyer, D. M. (2010). Depression on the brain: toward a neural perspective of risk for mental disorder. *Psychological science in the public interest*, 11(3), 128-157
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2001). Hyperarousal and insomnia: state of the science. *Sleep medicine reviews*, 5(2), 97-108
- Borbely, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human neurobiology*, 1(3), 195-204
- Brown, F. C., Buboltz, W. C., & Soper, B. (2006). Development and evaluation of the Sleep Treatment and Education Program for Students (STEPS). *Journal of American college health*, 54(4), 231-237
- Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9-.17
- Cajochen, C., Zeitzer, J. M., Czeisler, C. A., & Dijk, D. J. (2011). Dose-response relationship for light intensity and ocular and electroencephalographic correlates of human alertness. *Behavioural brain research*, 167(2), 251-258
- Carskadon, M. A. (2011). Sleep in adolescents: the perfect storm. *Pediatric clinics*, 58(3), 637-647
- Carter, B., Rees, P., Hale, L., Bhattacharjee, D., & Paradkar, M. S. (2016). Association between portable screen-based media device access or use and sleep outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 170(12), 1202-1208
- Chang, A. M., Aeschbach, D., Duffy, J. F., & Czeisler, C. A. (2015). Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(4), 1232-1237
- Clark, I., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford press.
- Clark, I., & Landolt, H. P. (2017). Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 31, 70-78
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: the tailored design method*. John Wiley & Sons.
- Edinger, J. D., & Carney, C. E. (2014). *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach, therapist guide*. Oxford University Press.
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical psychology review, 20(5)*, 539-558
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American journal of orthopsychiatry, 77(4)*, 534-542
- Exelmans, L., & Van den Bulck, J. (2016). Bedtime mobile phone use and sleep in adults. *Social science & medicine, 148*, 93-101
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology, 5*, 363-389
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual review of psychology, 55*, 745-774
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms, and anxiety. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926): An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety and Other Works*, 15-175
- Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2017). Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. *Frontiers in psychiatry, 7*, 217
- Gallagher, R. P. (2014). *National survey of college counseling centers 2014*. The International Association of Counseling Services.
- Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2014). The role of sleep in emotional brain function. *Annual review of clinical psychology, 10*, 679-708
- Gravetter, F. J., & Forzano, L. B. (2021). *Research methods for the behavioral sciences*. Cengage Learning.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2017). *Statistics for the behavioral sciences*. Cengage learning.
- Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep medicine reviews, 21*, 50-58

- Hamilton, J. P., Farmer, M., Fogelman, P., & Gotlib, I. H. (۲۰۱۵). Depressive rumination, the default-mode network, and the dark matter of clinical neuroscience. *Biological psychiatry*, ۷۸(۴), ۲۲۴-۲۳۰.
- Harvey, A. G. (۲۰۰۲). A cognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*, ۴۰(۸), ۸۶۹-۸۹۳
- Harvey, A. G. (۲۰۰۵). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, ۴۰, ۸۶۹-۸۹۳
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (۲۰۰۱). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American journal of psychiatry*, ۱۵۸(۱۰), ۱۵۶۸-۱۵۷۸
- Hirano, A., Szabó, A., Tang, H., & Shen, Y. (۲۰۱۶). PER and CLOCK gene variants and their association with sleep disorder phenotypes. *Sleep medicine clinics*, ۱۱(۲), ۱۸۷-۱۹۸
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (۲۰۱۲). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, ۳۶(۵), ۴۲۷-۴۴۰
- Iber, C., Ancoli-Israel, S., Chesson, A., & Quan, S. (۲۰۰۷). The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications. American Academy of Sleep Medicine.
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (۲۰۱۵). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep medicine reviews*, ۲۲, ۲۳-۳۶
- Kawashima, M., Imai, R., Sumi, A., & Kadota, K. (۲۰۱۹). Mind wandering and academic performance in university students: A correlational study. *Journal of Cognitive Enhancement*, ۳, ۲۷۷-۲۸۵
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (۲۰۰۵). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, ۶۲(۶), ۵۹۳-۶۰۲
- Killgore, W. D. (۲۰۱۰). Effects of sleep deprivation on cognition. *Progress in brain research*, ۱۸۵, ۱۰۵-۱۲۹

- Kredlow, M. A., Capozzoli, M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W., & Otto, M. W. (۲۰۱۵). The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, ۳۸(۳), ۴۲۷-۴۴۹
- LeDoux, J. (۲۰۰۰). Emotion circuits in the brain. *Annual review of neuroscience*, ۲۳(۱), ۱۵۵-۱۸۴
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (۲۰۱۷). Psychodynamic psychotherapies: A review of progress. *World Psychiatry*, ۱۶(۳), ۲۸۷-۲۹۵
- Leone, M. J., & Sigman, M. (۲۰۲۰). Sleep and circadian health in the ۲۱st century. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, ۳۳, ۸۰-۸۶
- Lindseth, G., Helland, B., & Lindseth, P. (۲۰۱۳). The effects of diet and exercise on mental well-being. *Journal of Nursing and Health Science*, ۲(۵), ۲۸-۳۲
- Liu, Y., Guo, A., & Kong, C. (۲۰۲۱). Sleep problems and interventions in Asian cultures: A review. *Sleep Health*, ۷(۲), ۱۲۵-۱۳۲
- Lo, J. C., Ong, J. L., Leong, R. L., Gooley, J. J., & Chee, M. W. (۲۰۱۶). Cognitive performance, sleepiness, and mood in partially sleep deprived adolescents: the need for sleep study. *Sleep*, ۳۹(۳), ۶۸۷-۶۹۸
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (۱۹۹۵). *Manual for the depression anxiety stress scales (DASS)*. Psychology Foundation of Australia.
- Lowe, C. J., Safati, A., & Hall, P. A. (۲۰۱۷). The neurocognitive consequences of sleep restriction: a meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, ۸۰, ۵۸۶-۶۰۴
- Mason, M. F., Norton, M. I., Van Horn, J. D., Wegner, D. M., Grafton, S. T., & Macrae, C. N. (۲۰۰۷). Wandering minds: the default network and stimulus-independent thought. *Science*, ۳۱۵(۵۸۱۰), ۳۹۳-۳۹۵
- Malkovsky, E., Smallwood, J., Ruby, F. J., & Schooler, J. W. (۲۰۱۲). Mind-wandering during personally meaningful music. *Consciousness and cognition*, ۲۱(۳), ۱۴۹۷-۱۵۰۴
- Mastin, D. F., Bryson, J., & Corwyn, R. (۲۰۰۶). Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. *Journal of behavioral medicine*, ۲۹(۳), ۲۲۳-۲۲۷
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (۲۰۱۱). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, ۴۵(۸), ۱۰۲۷-۱۰۳۵

- McVay, J. C., & Kane, M. J. (۲۰۱۰). Does mind wandering reflect executive function or executive failure? Comment on Smallwood and Schooler (۲۰۰۶) and Watkins (۲۰۰۸). *Psychological bulletin*, ۱۳۶(۲), ۱۸۸
- Minges, K. E., & Redeker, N. S. (۲۰۱۶). Delayed sleep phase disorder: a review of diagnosis and treatment. *Sleep medicine clinics*, ۱۱(۲), ۱۷۹-۱۸۵
- Monk, T. H., Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Kupfer, D. J., & Howarth, S. H. (۲۰۰۰). Circadian rhythms in human performance and mood under constant conditions. *Journal of Sleep Research*, ۹(۳), ۲۶۹-۲۷۹
- Morin, C. M. (۱۹۹۳). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.
- Morin, C. M., Rodrigue, S., & Ivers, H. (۲۰۰۳). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic medicine*, ۶۵(۲), ۲۵۹-۲۶۷
- Moscovitch, D. A., Olatunji, B. O., & Dolan, R. J. (۲۰۱۱). The role of systematic avoidance in maintaining anxiety and its disorders. *Journal of psychopharmacology*, ۲۵(۱۱), ۱۵۱۸-۱۵۲۴
- Mrazek, M. D., Phillips, D. T., Franklin, M. S., Broadway, J. M., & Schooler, J. W. (۲۰۱۳). Young and restless: validation of the Mind-Wandering Questionnaire (MWQ) reveals disruptive impact of mind-wandering for youth. *Frontiers in psychology*, ۴, ۵۶۰
- Nolen-Hoeksema, S. (۲۰۰۱). Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, ۱۰(۵), ۱۷۳-۱۷۶
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (۲۰۰۸). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, ۳(۵), ۴۰۰-۴۲۴
- Nutt, D. (۲۰۰۱). Neurobiology of anxiety disorders. *Handbook of experimental pharmacology*, ۱۵۶, ۲۳۵-۲۶۱
- Nutt, D., & Malizia, A. L. (۲۰۰۴). New insights into the role of the GABA A-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. *British journal of psychiatry*, ۱۷۹(۵), ۳۹۰-۳۹۶
- Okamoto-Mizuno, K., & Mizuno, K. (۲۰۱۲). Effects of thermal environment on sleep and circadian rhythm. *Journal of physiological anthropology*, ۳۱(۱), ۱۴

- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2014). Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: a naturalistic 12-month follow-up. *Explore*, 6(1), 30–36.
- Pail, G., Huf, W., Pjrek, E., Winkler, D., Willeit, M., Praschak-Rieder, N., & Kasper, S. (2011). Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. *Neuropsychobiology*, 64(3), 152–162.
- Partinen, M., Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Langinvainio, H. (2007). Genetic and environmental factors in sleep disorders. *Sleep medicine clinics*, 2(3), 379–383.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of applied psychology*, 88(Δ), 879.
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(2), 676–682.
- Reichow, B., Volkmar, F. R., & Cicchetti, D. V. (2008). Autism in adults and older adults: A critical review of literature. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(6), 708–715.
- Robinson, M. D., Watkins, E. R., & Harmon-Jones, E. (2020). Affective instability and psychological well-being: integrating recent findings from prospective and experimental research. *Emotion*, 20(2), 341.
- Roehrs, T., & Roth, T. (2001). Sleep, sleepiness, sleep disorders and alcohol use and abuse. *Sleep medicine reviews*, 5(4), 287–297.
- Rosen, L. D., Lim, A. F., Carrier, L. M., & Cheever, N. A. (2013). An empirical examination of the educational impact of text message-induced task switching in the classroom: Educational implications and strategies to enhance learning. *Journal of Educational Computing Research*, 50(2), 205–230.
- Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2018). Behavioral rating inventory of executive function—adult version (BRIEF-A). *Psychological Assessment Resources*.
- Sayette, M. A., Smallwood, J., Reichle, E. D., & Schooler, J. W. (2009). Escaping the present: The neurobiology of mind wandering. *Neuroscientist*, 15(6), 462–472.

- Seli, P., Risko, E. F., & Smilek, D. (۲۰۱۶). On the necessity of distinguishing between unintentional and intentional mind wandering. *Psychological science*, ۲۷(۵), ۶۸۵-۶۹۱
- Seli, P., Smallwood, J., Cheyne, J. A., & Smilek, D. (۲۰۱۸). Mind-wandering with and without intention. *Trends in cognitive sciences*, ۲۰(۸), ۶۰۵-۶۱۷
- Smallwood, J., & Schooler, J. W. (۲۰۱۵). The science of mind wandering: empirically navigating the stream of consciousness. *Annual review of psychology*, ۶۶, ۴۸۷-۵۱۸
- Spielberger, C. D. (۱۹۸۳). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press.
- Stawarczyk, D., Majerus, S., Maj, M., Van der Linden, M., & D'Argembeau, A. (۲۰۱۳). Mind-wandering: phenomenology and function as assessed with a novel experience sampling method. *Acta psychologica*, ۱۴۴(۱), ۱۲۳-۱۳۱
- Stallman, H. M. (۲۰۱۰). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian psychologist*, ۴۵(۴), ۲۴۹-۲۵۷
- Storfer-Isser, A., & Brooks-Gunn, J. (۲۰۰۸). Sleep hygiene and excessive daytime sleepiness in adolescents. *Pediatrics*, ۱۲۱(۶), e۱۴۱۹-e.۱۴۲۵
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunnington, D. (۲۰۱۵). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, ۱۶۳(۳), ۱۹۱-۲۰۴
- Walker, M. P. (۲۰۱۷). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. Scribner.
- Wang, J., Li, D., Zhao, J., & Liu, L. (۲۰۱۹). The impact of smartphone use on anxiety among college students in mainland China: The mediating role of interpersonal relationships. *Health psychology open*, ۶(۲), ۲۰۵۵۱۰۲۹۱۹۸۷۸۷۰۷
- Whitfield-Gabrieli, S., & Ford, J. M. (۲۰۱۲). Default mode network activity and connectivity in psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, ۸, ۴۹-۷۶
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (۲۰۰۵). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic books.

پیوست ۱ پرسشنامه بهداشت خواب

همیشه	اغلب	گاهی	به ندرت	هرگز	گویه
					۱. قبل از خواب قهوه، چای یا نوشابه حاوی کافئین مصرف میکنم.
					۲. در رختخواب غذا یا تنقلات میخورم.
					۳. از تلفن همراه یا لپتاپ در رختخواب استفاده میکنم.
					۴. به ساعت خواب منظمی پایبند نیستم.
					۵. قبل از خواب فعالیت بدنی شدید انجام میدهم.
					۶. در طول روز چرت‌های طولانی میزنم.
					۷. در فضایی با نور یا صدای زیاد میخوابم.
					۸. تا دیروقت بیدار میمانم حتی اگر صبح زود باید بیدار شوم.
					۹. در هنگام شب برای بیدار ماندن از مواد محرک استفاده میکنم.
					۱۰. قبل از خواب دچار استرس یا نگرانی هستم.
					۱۱. هنگام خواب به طور مکرر بیدار میشوم.
					۱۲. در رختخواب زمان زیادی به کارهای دیگر (مثل مطالعه یا شبکه‌های اجتماعی) میپردازم.
					۱۳. با احساس خستگی بیدار میشوم.

پیوست ۲ پرسشنامه اضطراب

شدید	متوسط	کم	اصلا	گویه
				۱. احساس بی‌قراری
				۲. ضربان قلب سریع
				۳. احساس ترس بی‌دلیل
				۴. مشکل در تنفس
				۵. احساس فلج یا کمر ختی در اندام
				۶. سرگیجه
				۷. احساس تنگی در قفسه سینه
				۸. احساس غرق شدن
				۹. بی‌خوابی
				۱۰. مشکلات گوارشی
				۱۱. لرزش دست
				۱۲. احساس تهوع
				۱۳. احساس ضعف
				۱۴. احساس عدم تهوع
				۱۵. مشکلات خوابیدن
				۱۶. عدم تمرکز
				۱۷. احساس آزار یا ترس
				۱۸. احساس عصبانیت
				۱۹. حالت تهوع یا استفراغ
				۲۰. احساس سفتی در بدن
				۲۱. سرگیجه یا از دست دادن تعادل

پیوست ۳ پرسشنامه پرش افکار

همیشه	بیشتر اوقات	اغلب	گاهی	خیلی کم	هرگز	گویه
						۱. هنگام مطالعه، ذهنم به چیز دیگری مشغول میشود.
						۲. وقتی با کسی صحبت میکنم، گاهی حواسم پرت میشود.
						۳. در کلاس یا جلسه، ذهنم سرگردان است.
						۴. هنگام انجام کار، افکار نامربوط به ذهنم میآید.
						۵. بدون آنکه بخواهم، ذهنم بین موضوعات مختلف حرکت میکند.