

## مقایسه تنظیم هیجان و افکار پارانوئید در افراد دارای مشکلات خواب با افراد عادی

سودابه محمدخانلو\*<sup>۱</sup>

## چکیده

**مقدمه:** هذیان های پارانوئیدی با بروز مشکلات خواب در ارتباط است و می تواند سبب بروز انواع مشکلات خواب گردد پژوهش حاضر با هدف مقایسه تنظیم هیجانی و افکار پارانوئید در افراد دارای مشکلات خواب صورت گرفت. طرح پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه ای بود.

**روش پژوهش:** جامعه پژوهش شامل افراد دارای مشکلات خواب بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به کلینیک های خواب شهر تهران مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۱۲۰ آزمودنی بود که ۶۰ نفر از آنها بدون مشکلات خواب بودند و به صورت در دسترس انتخاب شدند و ۶۰ نفر افراد با مشکلات خواب بودند که به شکل هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه تنظیم هیجانی، و پرسشنامه افکار پارانوئید گرین و همکاران بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس تک متغیری و t دو گروه مستقل استفاده شد.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد، افراد عادی در تنظیم هیجان مثبت نمرات بالاتری را در مقایسه به گروه بالینی کسب کردند و نمره تنظیم هیجان منفی در گروه بالینی به مراتب بالاتر از گروه عادی بود. همچنین، افراد دارای مشکلات خواب افکار پارانوئیدی در افراد دارای مشکلات خواب به مراتب بیشتر از گروه عادی است ( $p < 0/005$ ).

**نتیجه گیری:** بنابراین می توان گفت، افرادی که از تنظیم هیجانی کمتری برخوردارند و افکار پارانوئیدی بیشتری نیز دارند، بیشتر از سایرین دچار مشکلات خواب می شوند.

واژگان کلیدی: افکار پارانوئید، تنظیم هیجانی، مشکلات خواب.

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۰/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۶

**استناد:** محمدخانلو سودابه. مقایسه تنظیم هیجان و افکار پارانوئید در افراد دارای مشکلات خواب با افراد عادی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳):

۱۵۱-۱۶۲

<sup>۱</sup> - کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد زنجان، زنجان، ایران



**مقدمه:**

خواب یکی از عناصر مهم در چرخه شبانه روزی است که با تجدید قوای فیزیکی و روانی همراه است. انسان ها یک سوم زندگی خود را در خواب سپری می کنند. در این بین بنا بر پژوهش های صورت گرفته آشفتگی ها و مشکلات خواب یکی از شایع ترین مشکلات جمعیت عمومی است و ۱۲ درصد افراد از نوعی آشفتگی خواب رنج می برند، به بیان دیگر این افراد یک ساعت یا بیشتر تلاش می کنند تا به خواب بروند یا این مشکل دست کم در چهار مرتبه در ماه برایشان اتفاق می افتد (۱). مشکلات خواب در غالب الگوی آسیب پذیری - استرس تبیین می شوند. به بیان دیگر آسیب پذیری فرد را برای تجربه کردن آشفتگی خواب مستعد می کند و یک رویداد استرس زا ممکن است موجب آغاز مشکل خواب شود و عواملی خطر ساز نیز به آن تداوم بخشند (۲). عوامل روان شناختی نظیر واکنش ها و تنظیم هیجانی، روان رنجوری، کمال گرایی و افکار پارانوئید و نشخوار فکری از جمله مواردی هستند که می توانند با مشکلات خواب در ارتباط باشند. (۳). تنظیم هیجان را به عنوان مجموعه ای از فرایندهایی در نظر گرفته اند که یک شخص ممکن است از آن ها برای فراخوانی یک هیجان مثبت یا منفی، حفظ آن هیجان، کنترل آن، یا تغییر آن استفاده کند (۴). در سال های اخیر تنظیم هیجانی به عنوان فرایند هسته ای در درمان و تحقیقات مربوط به آسیب شناسی روانی مورد هدف قرار گرفته است و میزان قابل توجهی از پژوهش ها به منظور مشخص نمودن ارتباط بین استفاده از راهبردهای معین و اختلالاتی مثل افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات خواب و اختلالات خوردن انجام شده است. در این راستا، تصور می شود برخی راهبردهای تنظیم هیجانی تحت عنوان راهبردهای تنظیم هیجانی منفی یا ناکارآمد با آسیب شناسی روانی (و تداوم اختلالات بالینی ارتباط دارند (مثلا ناکارآمد) (۵). بشرپور، عطارد و عینی (۶) در تحقیق دیگری نشان دادند تنظیم هیجانی می تواند نقش میانجی گرانه ای در بروز افسردگی، مشکلات خواب و خوردن در میان دانشجویان داشته باشد. در تحقیق دیگری که توسط کرمی و همکاران (۷) روی گروهی از زنان باردار صورت گرفت، مشخص شد، یان کیفیت خواب، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد. به گونه ای که نشخوار فکری و فاجعه پنداری سبب افزایش اضطراب و افسردگی و به دنبال آن بروز مشکلات خواب در میان زنان باردار می شود. نوریان اقدم، علمردانی صومعه و کاظمی (۸) در پژوهشی مشکلات خواب را با تنظیم هیجانی منفی در دانشجویان داراری اختلال اعتیاد به اینترنت مرتبط دانستند. در پژوهش عبدی و همکاران (۹) نیز مشخص شد میان سبک های تنظیم هیجانی از جمله هیجان شناختی ناسازگان فاجعه انگاری و سرزنش دیگری با سلامت روان و زیرمجموعه های آن از جمله بروز مشکلات خواب رابطه معناداری وجود دارد. در پژوهشی که برگ، ویلیام و گروس (۱۰) بر روی تنظیم شناختی هیجان انجام داد به این نتیجه رسیدند که تنظیم شناختی هیجان یکی از مهمترین تکالیف برای سلامت جسمی و روانشناختی است. به گونه ای که مشکلات در تنظیم هیجان می تواند منجر به بروز مشکلات در خواب، تغذیه و سایر نشانه های بیماری های جسمانی می شود.

محتوای و کیفیت تفکر افراد نیز از جمله متغیرهای دیگری هستند که می توانند بر رفتارهای روزانه افراد همچون خوابیدن اثر گذار باشند، یکی از این متغیرها، الگوهای تفکر ماست که افکار پارانویید می تواند از جمله این موارد باشد (۱۱). افراد با افکار پارانوئید شدیداً به دیگران مشکوک هستند، همیشه در حالت دفاعی قرار دارند و همواره گمان می کنند مورد سواستفاده دیگران قرار گرفته اند، همچنین قادر به پذیرش فعالیت های اشتباه خود نبوده و در عوض، سرزنش اعمال نامناسب خود را به دیگران فرافکنی می کنند (۱۲). افکار پارانوئید می توانند در افراد با انواع اختلالات روانشناختی برحسب موقعیت ها تا حدودی قابل مشاهده و بررسی باشند. در حقیقت افکار پارانوئید، شیوه ای از تفکر هستند که هر فرد در طول زندگی خود ممکن است آن را تجربه کند، ولی در افراد پارانوئید این شیوه تفکر گذرا نیست و به نوعی سبک تفکر غالب نسبت به دیگران می باشد. به گونه ای که بنا بر تحقیقات ۵ تا ۱۰

درصد مردم تفکرات پارانوئید را تجربه می‌کنند (۱۳). فریمان و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی ۳۰ نفر از افراد با فکار پارانوئیدی در مقایسه به جمعیت عادی دریافت، هذیان های پارانوئیدی با بروز مشکلات خواب در این افراد اثرگذار است و می‌تواند سبب بروز انواع مشکلات خواب گردد. با توجه به آنچه در خصوص تاثیر مشکلات خواب بر بروز انواع آسیب ها، بیماری ها و چالش ها در زندگی روزانه گفته شد، لزوم شناخت دقیق تر و جامع تر متغیرهای روانشناختی با بروز احتمالی مشکلات خواب امری است ضروری، که اهمیت انجام پژوهش حاضر از نگاه محقق با تاکید بر چگونگی تنظیم هیجانی و افکار پارانوئید در میان افراد با مشکلات خواب را توجیه می کند تا از طریق یافته های آن بتوان با شناخت دقیق تر مولفه های مرتبط، برنامه های مداخلاتی و پیشگیرانه ای را جهت جلوگیری یا بهبود مشکلات خواب در افراد طراحی و اجرا کرد. بنابراین در این پژوهش محقق بر آن است تا به سوال زیر پاسخ دهد که آیا بین تنظیم هیجان و افکار پارانوئید در افراد داری مشکلات خواب با افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش:

با توجه به هدف پژوهش که به دنبال مقایسه تنظیم هیجان و افکار پارانوئید در میان افراد با مشکلات عادی در مقایسه با گروه عادی است، طرح پژوهش از نوع علی - مقایسه ای یا گذشته نگر است.

جامعه پژوهش شامل افراد عادی بدون مشکلات خواب و افراد داری مشکلات خواب مراجعه کننده به کلینیک های خواب شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بودند. با توجه به طرح پژوهش که از نوع علی - مقایسه ای است و با در نظر گرفتن این موضوع که حداقل حجم نمونه برای منطبق شدن توزیع نظری با توزیع تجربی در این قبیل طرح ها ۱۲۰ نفر است (کامکاری، ۱۳۸۹)، تعداد ۶۰ نفر افراد بدون مشکلات خواب به صورت دردسترس و ۶۰ نفر با مشکلات خواب به صورت هدفمند انتخاب شده و مورد آزمون قرار گرفتند. ملاک های ورود آزمودنی ها به پژوهش بدین شرح بود؛ فرد حداقل ۶ ماه دارای مشکلات خواب باشد، آزمودنی ها در محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشته باشند، آزمودنی ها سابقه بیماری جسمانی، ریوی یا قلبی نداشته باشند، دلیل مشکلات خواب آزمودنی ها سایر اختلالات روانشناختی نباشد و آزمودنی در جلسات مشاوره و روان درمانی شرکت نداشته باشد. ابزار پژوهش عبارتند از:

**پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپین هاون<sup>۱</sup>:** مقیاسی را تحت عنوان "پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان" تهیه کرده اند. این پرسشنامه خود گزارشی از ۳۶ گویه تشکیل شده است که در یک طیف پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. تعداد نه راهبرد تنظیم هیجانی ادراکی از طریق اصول تحلیل مولفه تشخیص داده شده اند. جهت بررسی ساختار عاملی مقیاس تنظیم شناختی هیجان، به منظور کاربرد در فرهنگ ایرانی، تحلیل عامل، توسط گارنفسکی و سامانی (۱۴) صورت گرفت. شاخص KMO برای تحلیل عامل ۰/۸۹ و مقدار مجذور کای در آزمون کرویت بارتلت برای ماتریس همبستگی آیتم های تنظیم شناختی هیجان معنادار بود. با توجه به این دو شاخص، تحلیل عامل و چرخش واریماکس جهت استخراج عامل ها صورت گرفت، نتایج تحلیل عامل از میان ۳۶ آیتم پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان، دو عامل اصلی مشتمل بر تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی را مشخص کرد. این عوامل بر روی هم ۵۰٪ از واریانس متغیر تنظیم شناختی هیجان را تبیین می نمود. همچنین جهت بررسی پایایی عوامل از آلفای کرونباخ استفاده شد، ضریب آلفا برای تنظیم هیجان مثبت ۰/۸۶ و تنظیم هیجان منفی ۰/۷۳ به دست آمد. ضریب بازآزمایی در طول یک هفته نیز محاسبه گردید که این ضریب به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۸ بدست آمد. در تحلیل عامل مرتبه ی

دوم بر روی عوامل اولیه پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان، دو عامل کلی به نام های استراتژی های شناختی مثبت در تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت/ برنامه ریزی) و استراتژی های شناختی منفی (مقصر دانستن دیگران، مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، فاجعه آمیز کردن و پذیرش در تنظیم هیجان) حاصل گردید (۱۴). لازم به ذکر است، پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر، با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ اندازه گیری شد.

**پرسشنامه سنجش افکار پارانوئید:** این ابزار جهت اندازه گیری افکار، صفات و رگه های پارانوئید توسط گرین و همکاران (۲۰۰۸) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال است که وجود افکار گزند و آسیب را در یک ماه گذشته بررسی می کند. هر کدام از سوالات روی یک مقیاس ۵ درجه ای از هرگز تا خیلی زیاد درجه بندی شده است. این پرسشنامه در جمعیت بالینی و غیر بالینی ارزیابی شده و ضریب اعتبار همسانی درونی آن ۰/۷۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است. عبدالحمیدی و همکاران (۶) همسانی درونی ابزار را ۰/۷۱ و ضریب اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۱ گزارش داده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر، با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ اندازه گیری شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد. براین اساس، در سطح آمار توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع محاسبه شده و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس تک متغیری و t دو گروه مستقل استفاده می شود.

#### یافته ها:

در این بخش ابتدا به بررسی پیش فرض های مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیره پرداخته شده و پس از آن از آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه تنظیم هیجان و t دو گروه مستقل جهت مقایسه افکار پارانوئید در گروه ها استفاده شد. در این راستا، با توجه نتایج به دست آمده در جدول ۱ مشاهده می شود که سطح معناداری برای آزمون نرمال بودن داده ها در کلیه متغیرهای مورد پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می شود. از اینرو، توزیع نمرات آزمودنی ها فاقد کجی و کشیدگی بوده و نمره پرت یا نامتعرفی وجود ندارد.

#### جدول شماره ۱. آزمون نرمال بودن توزیع داده های پژوهش اسمیرنوف - کولمگروف در متغیرهای پژوهش

متغیر	Sig	فرض برابری واریانس ها
هیجان مثبت	۰/۳۱	تایید می شود
هیجان منفی	۰/۵۰	تایید می شود
افکار پارانوئید	۰/۴۲	تایید می شود

با توجه به جدول ۲، میزان لیون به دست آمده در متغیرها در سطح ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار نیست. لذا می توان گفت، مفروضه ی همگن بودن واریانس ها رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل واریانس و t دو گروه مستقل وجود دارد.

#### جدول ۲. بررسی آزمون لوین در تنظیم هیجانی افکار پارانوئید

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
هیجان مثبت	۲/۴۷	۱	۲۸	۰/۲۷

هیجان منفی	۰/۰۱	۱	۲۸	۰/۹۰
افکار پارانوئید	۰/۶۱	۱	۲۸	۰/۱۲

با توجه به جدول ۳ و از آنجا که میزان  $F=1/87$  می باشد، می توان گفت در سطح آماري  $0/05$  مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت شده است. به عبارتی ماتریس واریانس کوواریانس جامعه و نمونه در این مورد بر هم منطبق هستند.

### جدول ۳. بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

Sig	F	M BOX
۰/۴۴	۱/۸۷	۲۲/۲۵

با توجه به جدول فوق نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش آزمون و میزان  $F=4/26$  برای آماره لامبدای ویلکز و  $F=4/26$  برای اثر پیلای و  $T$  هاتلینگ  $F=4/26$  که در سطح معناداری  $0/05$  معنادار هستند. می توان گفت میان مقدار متغیرهای وابسته حداقل در گروه ها تفاوت معنادار وجود دارد.

### جدول ۴. خلاصه آزمون های چند متغیری در تنظیم هیجانی

شاخص آماری	F	سطح معناداری
اثر پیلای	۴/۲۶	۰/۰۰
لامبدای ویلکز	۴/۲۶	۰/۰۰
$T$ هاتلینگ	۴/۲۶	۰/۰۰

در جدول ۵ به تحلیل واریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش پرداخته شده است. با توجه به  $F=11/40$  در تنظیم هیجانی مثبت می توان گفت، تفاوت مشاهده شده میان دو گروه در سطح  $0/05$  معنادار بوده و گروه عادی نمرات بالاتری در تنظیم مثبت یا کارآمد داشته اند. همچنین، از آنجاییکه  $F=8/37$  در متغیر رضایت زناشویی نیز از نظر آماری معنادار است، در این زمینه نیز فرض پژوهش تایید شده و فرض خلاف رد می شود، لذا در سطح  $0/05$  فرضیه پژوهش در خصوص تنظیم منفی نیز تایید شده و می توان گفت میان دو گروه در این زمینه نیز اختلاف معناداری وجود دارد.

### جدول ۵. تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در گروه ها

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
هیجان مثبت	۴۱۴/۳۱	۱	۴۱۴/۳۱	۱۱/۴۰	۰/۰۰

هیجان منفی	۵۸/۳۲	۱	۵۸/۳۲	۸/۳۷	۰/۰۰
------------	-------	---	-------	------	------

جدول شماره ۶ نشان می دهد که مقدار  $t$  مشاهده شده برابر با ۵/۱۶ می باشد که نشان می دهد، تفاوت میانگین گروه ها در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار می باشد. بنابراین، اختلاف معناداری میان افکار پارانوئید در میان افراد دارای مشکلات خواب و بدون مشکلات خواب وجود دارد. لذا، فرض صفر در این زمینه رد شده و فرض پژوهش پذیرفته می شود.

جدول ۶. مقایسه میانگین افکار پارانوئید

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	Df	t	Sig
افراد با مشکلات خواب	۶۰	۶۱/۵۴	۲/۱۵	۱۱۸	۵/۱۶	۰/۰۰
عادی	۶۰	۵۴/۱۳	۳/۰۱			

#### بحث و نتیجه گیری:

عوامل متعددی نظیر سن، جنس، بیماری های جسمانی، مشکلات عاطفی - هیجانی، اشتغالات فکری و سایر متغیرهای محیطی و شغلی در بروز مشکلات خواب دخیل شناخته شده اند (۱۵). خواب یکی از عناصر مهم در چرخه شبانه روزی است که با تجدید قوای فیزیکی و روانی همراه است. انسان ها یک سوم زندگی خود را در خواب سپری می کنند و بنا بر پژوهش های صورت گرفته آشفتگی ها و مشکلات خواب یکی از شایع ترین مشکلات جمعیت عمومی است و ۱۲ درصد افراد از نوعی آشفتگی خواب رنج می برند، به بیان دیگر این افراد یک ساعت یا بیشتر تلاش می کنند تا به خواب بروند یا این مشکل دست کم در چهار مرتبه در ماه برایشان اتفاق می افتد. در این بین نمی توان نقش عوامل روانشناختی همچون تنظیم هیجانی و افکار منفی را در بروز مشکلات خواب نادیده گرفت. در همین راستا، یافته های حاصل از تحلیل واریانس نشان داد، افراد عادی در تنظیم هیجان مثبت نمرات بالاتری را در مقایسه به گروه بالینی کسب کردند. همچنین، اختلاف مشاهده شده میان دو گروه در تنظیم هیجان منفی نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار بود، به عبارتی نمره تنظیم هیجان منفی در گروه افراد دارای مشکلات خواب به مراتب بالاتر از گروه عادی بود. در این زمینه با سایر یافته ها همخوانی دارد (۶، ۸ و ۱۱). در تبیین این یافته توجه به چند نکته ضروری است. راهبردهای تنظیم هیجان، مجموعه ای از روش ها یا نگرش هایی هستند که افراد از طریق آنها هیجانات خود را هوشیارانه و ناهوشیارانه تعدیل می کنند و به افراد کمک می کنند تا بتوانند به نحو شایسته ای به مقتضیات محیطی، روابط اجتماعی و نیازهای درونی خود پاسخ دهند (۱۶).

اهمیت این راهبردها در آن است که افراد برای کنترل و مدیریت هیجان ها و یا محرک های هیجانی از تنظیم هیجان استفاده می کنند و می توانند از طریق تنظیم هیجان بر واکنش های هیجانی نظارت و ارزیابی داشته باشند و در صورت نیاز آنها را تعدیل کنند. در مواقعی این راهبردها سبب مدیریت هیجان و نهایتاً ابقا و تقویت فرد در برابر برانگیختگی هیجانی منفی شوند و در مواقع دیگر باعث می شوند تا افراد بتوانند نه تنها به مدیریت احساسات و هیجانات خود کمک کنند، بلکه با نمایش درست آنها دیگران را در جریان احساسات و نیازهای عاطفی خود قرار دهند (۱۷). اشکال در تنظیم هیجان با انواع اختلالات روانی همراه است و با چندین مدل آسیب شناسی روانی ارتباط دارد. لذا، می توان استفاده مناسب از آنها را از جمله شاخص های سلامت روانی، اجتماعی و هیجانی

افراد دانست که در ادامه می تواند منجر به ارتقا بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد شود. بویژه آنکه، از جمله نکات مهم آن است که بنا بر تحقیقات اخیر بی نظمی هیجانی ویژگی اصلی در ۷۵ درصد از اختلال های روانی از جمله مشکلات اضطرابی، خلقی و خواب است. لذا، نظم بخشی هیجانی یکی از متغیرهای است که در صورت ساز و کار مناسب و مطلوب فرد به او این امکان را می دهد تا با شناخت هیجانات بدون اجتناب از آنها در زمان و مکان مناسب به شیوه درستی به آنها پاسخ دهد و اجزای اختلال در کارکردهای زندگی فردی و اجتماعی را نداشته باشد (۱۸).

در واقع، عملکرد انسان در ابعاد مختلف روانی، شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری به تنظیم هیجان وابسته است. تنظیم هیجان مطلوب سبب تنظیم ارزشیابی ها و واکنش های ذهنی می شود که نتیجه آن واکنش های مناسب در ابعاد مختلف زندگی است (۱۹). در زمینه مشکلات خواب نیز به نظر می رسد، زمانیکه فرد قادر به مدیریت واکنش های ذهنی و عاطفی خود که متأثر از هیجانات هستند یا آنها را در زمان های مربوطه بروز نداده و سرکوب کند، سبب می شود تا در مواقعی که افراد به دنبال آرامش و کاهش تنش های روزمره هستند از جمله هنگام خواب با این هیجانات روبرو شوند و در به خواب رفتن مشکل پیدا کنند. حتی این حالت هیجانی و تنش زا، می توانند در محتوای رویاهای فرد نیز اثرگذار باشند و با ایجاد مشکلاتی همچون کابوس، اختلال در تداوم خواب مشکلات خواب فرد را تشدید کنند.

از سوی دیگر، یافته پژوهش حاضر نشان داد، افکار پارانوئیدی در افراد دارای مشکلات خواب به مراتب بیشتر از گروه عادی است. لذا، در این زمینه نیز فرض صفر رد شده و فرض پژوهش تایید می شود. نتایج پژوهش حاضر در این مورد با یافته ها هماهنگی دارد (۵)، (۱۰ و ۱۴). افراد با افکار پارانوئید به دیگران و رویدادهای محیطی ولو ساده به شدت مشکوک هستند همیشه در حالت دفاعی قرار داشته و همواره گمان می کنند مورد سوءاستفاده قرار گرفته اند؛ همچنین قادر به پذیرش فعالیت های اشتباه خود نبوده و در عوض، سرزنش اعمال نامناسب خود را به دیگران فراقنی می کنند. آنها الگویی از بی اعتمادی و سوءظن فراگیر نسبت به دیگران را نشان می دهند، به طوری که انگیزه های دیگران از سوی فرد به عنوان انگیزه های پلید و مغرضانه تفسیر می شود. پژوهش ها نشان می دهد، ۵ تا ۱۰ درصد از مردم تفکرات پارانوئیدی را تجربه می کنند و این تفکرات هرچند می توانند لزوماً اختلال تلقی نشوند، ولی به عنوان یک شیوه فکری در طول زندگی فرد مشاهده شده و سبک غالب تفکر فرد شوند. در این حال، مشغولیت های ذهنی با محتوای سوظن و بدبینی در فرد شکل می گیرد و باعث اختلال در تفکر و به دنبال آن تصمیم گیری و رفتار فرد خواهد شد. چنانچه افراد نتوانند از طریق ساز و کارهای شناختی و پردازش اطلاعات کارآمد این افکار را مدیریت یا منحرف سازند، دچار مشکلات فکری خواهند شد که همانطور که ولز نیز پیش از اینها گفته بود، مکانسیم های فیزیولوژیکی سمپاتیک را در بدن فرد راه اندازی کرده و با ترشح انتقال دهنده های عصبی برانگیزنده استرس همچون کورتیزول و سایر مواردی که در برانگیختگی ذهنی و جسمی افراد دخیل اند همچون آدرنالین، اجازه نمی دهد افراد از شرایط مناسبی پیش از به خواب رفتن یا در حین خواب برخوردار شوند و از این طریق مشکلات خواب در آنها تشدید یافته و تکرار می شود. با توجه به یافته های پژوهش توصیه می شود، دوره های آموزشی مناسبی جهت ارتقا مهارت های تنظیم هیجانی و کنترل افکار منفی بویژه افکار پارانوئید در میان افرادی که دارای مشکلات خواب هستند، برگزار شود تا از این طریق بتوان با افزایش کیفیت خواب آنها، بستر مناسبی جهت ارتقا سلامت روان آنها نیز فراهم ساخت. همچنین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به بررسی سایر متغیرها و عوامل مرتبط با بروز مشکلات خواب پرداخته شود.

**محدودیت‌های پژوهش:** این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود همچون عدم دسترسی به نمونه وسیع‌تر با مشکلات خواب که صداقت و همکاری لازم در جهت پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها داشته باشند، این مساله از روایی و پایایی پژوهش می‌کاهد.

### References

1. Saddichha S. Diagnosis and treatment of chronic insomnia. *Ann Indian Acad Neurol*, 2019; 19; 13(2): 94-102.
2. Carney CE, Harris AL, Moss T, Edinger JD. Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behavioral Research Therapy*. 2013; 48: 640- 546.
3. Topper M, Emmelkamp PMG, Ehring T. Improving prevention of depression and anxiety disorders: Repetitive negative thinking as a promising target. *Applied Preventive Psychology*. 2010; 14: 57– 71.
4. Thielsch C, Ehring T, Nestler S, Wolters J, Kopei I. Metacognitions, worry and sleep in everyday life: Studying bidirectional pathways using Ecological Momentary Assessment in GAD patients. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018; 33(9): 53-61.
5. Papageorgiou C, Wells A. A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2017; 2(2): 123-131.
6. Basharpour S, Atarod N, Eini S. Dimensions of Nature / Character and Depression: The Mediating Role of Cognitive Regulation of Emotion, Thought and Behavior. 2018; 11(43): 38-27.
7. Karami J, Momeni Kh, Alimoradi F. Predicting sleep quality based on stress, depression and anxiety with the mediating role of emotion regulation strategies in pregnant women. 2017; 19 (9): 10-1.
8. Nourian Aghdam J, Alamardani Soomeh S, Kazemi R. Comparison of sleep disorders, social isolation and emotion regulation in students with Internet and normal addiction disorders in Ardabil in 2014, *Scientific Journal*. 2017; 14(4): 8-17.
9. Abdi S, Babapour J, Fathi H. The Relationship between Emotional Cognitive Regulation Styles and Students' General Health, *Journal of the Army University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran*. 2015; 8(4): 264-258.
10. Bargh JA, Williams LE, Gross J. The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*. 2017; 2(2): 429-45.
11. Asghari M Ahmadi A. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on paranoid thoughts and sleep problems in depressed patients. Pabannameh Master's Degree Azad University Ahar Branch, 2020
12. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishin; 2014.
13. Freeman D, Pugh K, Green C, Valmaggia L, Dunn G, Garety P. A measure of state persecutory ideation for experimental studies. *JNervMentDis*. 2019; 167(9): 781-4.



14. Gratz K.L. Gunderson J.G. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*, 2008; (37): 25-35.
15. Friedman EM. Sleep quality, social well-being, gender, and inflammation: An integrative analysis in a national sample. *Ann N Y Acad Sci*. 2019; 1231: 23-34.
16. Stewart CA, Auger R, Enders FT, Felmlee-Devine D, Smith GE. The effects of poor sleep quality on cognitive function of patients with cirrhosis. *J Clin Sleep Med*. 2014; 10(1):21-26.
17. Abdolmohammadi K, Mohammadzadeh A, Ahmadi E, Ghadiri Sourman F. Validation of the paranoid thoughts scale in Iranian population. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(8):47-53.
18. Leen S, Tessai W. (2013). Pathological gambling in eating disorders, and psychoactive substance use disorders. *Journal of Comorbidity of Addictive and Psychiatric Disorders*, 2013; 25(6):89-102.
19. Bostien CH, Vallieres A, Morin CMT. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Journal of Sleep Medicine*. 2010; 2(4):297-307.