

مقاله اصلی

مدل‌یابی روابط ساختاری کمال‌گرایی و کیفیت خواب: نقش واسطه‌ای اضطراب

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱

خلاصه

مقدمه

هدف پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری کمال‌گرایی و کیفیت خواب با نقش واسطه‌ای اضطراب است.

روش کار

روش پژوهش حاضر با توجه ماهیت آن از نوع توصیفی - همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری است. تعداد ۳۱۸ دانشجوی از جامعه آماری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹)، کمال‌گرایی بشارت (۱۳۸۶) و اضطراب بک، اپستین، براون و استین (۱۹۸۸) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Amos نسخه ۲۴ و روش همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد.

نتایج

یافته‌ها نشان داد مسیر مستقیم کمال‌گرایی به کیفیت خواب (۰/۱۵) مثبت و معنادار است. مسیر مستقیم کمال‌گرایی به اضطراب (۰/۲۷) مثبت و معنادار است. و بر اساس شکل یک، همچنین، مسیر اضطراب به کیفیت خواب (۰/۵۴) مثبت و معنادار است.

نتیجه‌گیری: بنابراین، به نظر می‌رسد کمال‌گرایی با اثرگذاری بر افزایش میزان اضطراب در افراد کمال‌گرا می‌تواند روی کیفیت خواب آن‌ها تأثیر گذار باشد.

کلمات کلیدی

کمال‌گرایی، کیفیت خواب، اختلال خواب، اضطراب، دانشجویان

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سید موسی طباطبایی^۱

فرشته پاکروان^۲

حکیمه آقایی^۳

^۱استادیار گروه علوم شناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان (نویسنده مسئول)

^۲دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۳گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود،

ایران

Email: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

مقدمه

خواب یک سوم زندگی انسان را تشکیل می‌دهد و یکی از مهم‌ترین سیکل‌های شبانه‌روزی می‌باشد. کیفیت و کمیت خواب شبانه تأثیر بسزایی بر عملکرد شناختی و میزان تمرکز افراد در انجام امور روزانه دارد (۱). اختلالات خواب می‌تواند موجب از هم گسیختگی بنیاد جسمی و روانی فرد شده و اثراتی نظیر اختلالات گوارشی، مشکلات قلبی، خستگی‌های عصبی، عدم تمرکز حواس، ناسازگاری عاطفی، پرخاشگری و ... را در پی داشته باشد (۲). یک سوم افراد بالغ به اختلالات خواب و اختلال در سیکل خواب و بیداری مبتلا هستند. شیوع اختلال خواب در جمعیت عمومی بین ۱۵ تا ۴۲ درصد گزارش شده است (۳). نوجوانان و جوانان بویژه دانشجویان از این قاعده مستثنا نیستند. دانشجویان نسبت به جمعیت عمومی به میزان زیادی در معرض ابتلا به اختلالات خواب قرار دارند. در واقع مشکل در عادات خواب دانشجویان یک موضوع جهانی بوده و نگرانی‌های بسیاری را در پی داشته است (۴).

اختلال خواب به نارضایتی از کیفیت مقدار خواب انرژی بخش گفته می‌شود که دارای ویژگی‌های اشکال در به خواب رفتن، اشکال در خواب ماندن، بیداری مکرر و ناکافی بودن زمان خواب است که به ضعف کارکرد روزانه منجر میشود (۵). بر اساس کتابچه تشخیصی و کدگذاری منتشر شده از انجمن اختلال خواب آمریکا (۲۰۰۵) اختلال خواب، به ۴ دسته تقسیم می‌شود که شامل کژخوابی، بدخوابی، اختلالات خواب مرتبط با اختلالات روانی-طبی و اختلال خواب برنامه‌ریزی شده است؛ همچنین اختلال خواب به مواردی اطلاق می‌شود که بیمار از یک یا چند مشکل مانند بی‌خوابی، بیدار شدن مکرر در طول شب، افزایش خواب‌آلودگی در طول روز و یا

حالات و احساسات غیرعادی در طول خواب شکایت داشته باشد (۶). خستگی و خواب‌آلودگی روزانه، مشکلات حافظه، کاهش توجه و تمرکز، ناتوانی در لذت بردن از ارتباط با دیگران، غیبت از کار، تأثیرات منفی بر سلامتی و کیفیت زندگی (۷)، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی به‌ویژه افسردگی از جمله پیامدهایی است که در مبتلایان به بی‌خوابی گزارش شده است (۸).

پژوهش‌ها نشان داده است که کمال‌گرایی می‌تواند موجب پایین آمدن کیفیت خواب شود. کمال‌گرایی سازه‌ای پیچیده و چندبعدی است که پیامد آن با رفتارهای سازگار و ناسازگار رابطه دارد. پژوهش‌ها نشان داده است که کمال‌گرایی با آشفتگی‌های مربوط به خواب رابطه دارد (۹). به‌طور مثال تعدادی از پژوهشگران دریافتند که کمال‌گرایی ناسازگار با کیفیت پایین خواب در نوجوانان رابطه مثبت دارد. باین‌حال، کمال‌گرایی انطباقی با کیفیت خواب نوجوان ارتباط معناداری نداشت و این رابطه با نشخوار شکسته شد (۱۰).

کمال‌گرایی به عنوان سازه‌ای که در دو دهه اخیر توجه زیادی به آن شده است نقش مهمی در آسیب‌شناسی، سبب‌شناسی و ماندگاری اختلال‌های روانی ایفا می‌کند (۱۱). کمال‌گرایی تلاش برای بی‌نقص بودن و داشتن استانداردهای بالا برای عملکرد به همراه ارزیابی منتقدانه رفتار است (۱۲). افراد کمال‌گرا همیشه به دنبال کامل‌ترین راه‌حل بوده و هر چیزی را در حد اعلا و کامل می‌خواهند، در غیر این صورت خود را شکست خورده کامل می‌دانند (۱۳). انسان کمال‌گرا همیشه خود را در معرض اضطراب می‌بیند و می‌ترسد کارش مطلوب واقع نشود به همین جهت همیشه دچار تکرار و دوباره‌کاری می‌شود مانند فردی که از ترس این کاری را درست انجام دهد، مرتب فرایند کار را چک می‌کند و این عمل را بارها تکرار می‌کند (۱۴).

¹ International Classification of Sleep Disorders

بنابراین اضطراب رابطه نزدیکی با فرایند ترس دارد؛ همچنین منعکس‌کننده اجتناب از افکار و هیجان‌های پریشان‌کننده ناشی از آسیب‌های گذشته، مشکلات مربوط به روابط بین فردی اولیه (مثل تجربه‌های منفی دل‌بستگی) و فعلی (مثل مهارت‌های بین فردی ضعیف) است (۱۵).

اضطراب از یک سو به صورت افکار مداوم و تکراری در مورد دلواپسی‌های شخصی و از سوی دیگر به مشکل در پایان دادن به این زنجیره افکار اشاره دارد. به بیان دیگر نگرانی موجب ادامه یافتن نگرانی است، با شک و تردید همراه است هنگامی اضطراب جنبه آسیب‌شناختی به خود می‌گیرد، که مزمن، افراطی و کنترل‌ناپذیر باشد و به از بین رفتن لذت زندگی فرد منجر شود (۲۱).

اضطراب به عنوان یکی از عوامل شناختی مهم مرتبط با بی‌خوابی بالینی شناخته شده است. در الگوی شناختی بی‌خوابی اضطراب موجب شکل‌گیری و تداوم بی‌خوابی می‌باشد. از سوی دیگر، یکی از متغیرهای مرتبط با بی‌خوابی و اضطراب، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی می‌باشد که نقش کلیدی در ایجاد و تداوم اضطراب بیش‌ازحد ایفا می‌کند (۲۲). تعدادی از پژوهشگران دریافته‌اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب حتی نسبت به مبتلایان به اختلال هراس یا اختلال وسواس اجباری نمره بالاتری در کمال‌گرایی دارند. برای مبتلایان به اضطراب نگاه دیگران مهم هست و انتقاد را نشانه ضعف خود می‌دانند لذا سعی می‌کنند با عملکرد کامل در محیط‌های اجتماعی از خجالت و طرد شدن جلوگیری کنند یا بخاطر ترس از برآورده نشدن انتظارات دیگران غالباً از موقعیت‌هایی که احتمال شکست وجود دارد، اجتناب می‌کنند و بنابراین تنهایی را بر مشارکت اجتماعی ترجیح می‌دهند (۲۳). این نشخوار افکار منفی در شب، می‌تواند به یک چرخه فکر منفی متشکل از نگرانی، نشخوار فکری و انتظارات منفی / باورهای ناکارآمد در مورد خواب تبدیل شود. که در نهایت منجر به ایجاد اختلال خواب و ایجاد مشکل در خواب می‌شود (۲۴). شناخت‌های ناکارآمد مربوط به خواب شامل

کمال‌گرایی با پریشانی روان‌شناختی، خودکشی، آشفتگی، افسردگی، اضطراب و اختلالات سایکوسوماتیک رابطه دارد (۱۵). کمال‌گرایی می‌تواند به وسیله افکار خودآیند منفی و تکرار این افکار بر میزان کیفیت خواب تأثیر بگذارد (۱۰). تفکر منفی تکراری، یکی از عوامل مهم تداوم بروز اختلال خواب است (۱۶). تفکر منفی تکراری به فرایند تفکر با توجه، به صورت مکرر در مورد خود و جهان اشاره دارد (۱۷). اشکال معمول تفکر منفی تکراری شامل نگرانی و نشخوار فکری است. که هر دو به عنوان دلایل اصلی بالقوه اختلال خواب محسوب می‌شود (۱۸). نگرانی و نشخوار فکری باعث تحریک فشار فیزیکی و پریشانی عاطفی می‌شود، که منجر به مشکلات خواب و کمبود خواب واقعی می‌شود. علاوه بر این، نقش واسطه‌ای تفکر منفی تکراری نیز ممکن است از مدل شناختی-رفتاری کمال‌گرایی توضیح داده شود. این مربوط به تأثیر رفتار مرتبط با عملکرد و سوگیری شناختی در حفظ چرخه کمال‌گرایی و آسیب‌شناسی روانی است که پیشنهاد می‌کند کمال‌گرایان به طور انتخابی با هر جنبه منفی عملکرد خود هماهنگ شوند، مهم نیست که نقص درک شده چقدر باشد. آنها دائماً در مورد خود آگاهی خود نظارت و تکرار می‌کنند (۱۹). بنابراین، می‌توان گفت که تفکر منفی تکراری می‌تواند واسطه‌ای در رابطه بین کمال‌گرایی و آسیب‌شناسی روانی باشد.

اضطراب، نوعی از افکار منفی تکرارشونده و شامل زنجیره‌ای از افکار و تصورات منفی و کنترل‌ناشدنی است که با افزایش هیجان‌های منفی، تداخل در کارکرد شناختی و بازداری فرایندهای فیزیولوژیکی درگیر در خاموشی پاسخ‌های ترس، همراه است (۲۰). عده‌ای از پژوهشگران اضطراب را زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایه عاطفی منفی نسبتاً کنترل‌ناشدنی تعریف کرده‌اند که بر تلاش برای اشتغال به مسئله‌گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دلالت دارد. پیامدهای آن نامعلوم است اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود،

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت خواب

پرسشنامه پیتزبورگ (۱۹۸۹) دارای ۷ مقیاس می‌باشد که کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب (نسبت طول مدت خواب مفید از زمان سپری‌شده در بستر)، اختلالات خواب (بیدار شدن شبانه)، میزان مصرف داروی خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه (مشکلات ناشی از بی‌خوابی در طی روز) را موردسنجش قرار می‌دهد. نمره هر مقیاس بین ۰ تا ۳ بوده و نمره بالاتر در هر مقیاس نشانگر اختلال خواب بیشتر منفی می‌باشد. پایایی و روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید گردیده است ذوقس، آجیل‌چی، گم‌سایبی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۰، پایایی آن ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش کردند.

پرسشنامه کمال‌گرایی

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس‌های قبلی توسط بشارت (۱۳۸۶) به فارسی ساخته شده است. این پرسشنامه از سه خرده‌مقیاس ۱۰ گویه‌ای تشکیل شده است که کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگر مدار و کمال‌گرایی جامعه مدار را اندازه می‌گیرد. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده کمال‌گرایی بیشتر است و حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور در نمونه‌ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت بافاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی باز آزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر

انتظارات غلط در مورد نیازهای خواب، باورهای اغراق آمیز در مورد پیامدهای روزانه خواب آشفته، نگرانی و درماندگی مربوط به خواب و اعتقادات نادرست مربوط به داروی خواب و انتساب بیولوژیکی خواب آشفته است (۲۵). که نقش اساسی در بی‌خوابی دارند (۲۴).

حال با توجه به مطالب بیان‌شده، پژوهشگر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا اضطراب در رابطه بین کمال‌گرایی و کیفیت خواب نقش میانجی‌گرایانه دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی و از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود که تعداد ۳۵۰ نفر از این جامعه آماری به شیوه تصادفی انتخاب شدند. بعد از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش تعداد ۳۱۸ پرسشنامه وارد SPSS شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند. روش اجرا به این صورت بود که پس از مراجعه به بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تعداد ۳۵۰ نفر از دانشجویان مراجعه‌کننده به بخش‌های مختلف بیمارستان به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و سپس پرسشنامه‌های کمال‌گرایی بشارت (۱۳۸۶)، کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹)، افسردگی بک (۱۹۷۱) و اضطراب بک، اپستین، براون و استین (۱۹۸۸) به صورت آنلاین برای آنان ارسال گردید و آن را تکمیل نمودند. ضمناً جهت حفظ موازین اخلاقی به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محفوظ خواهد بود.

این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شاهرود بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.066 مصوب گردید. نسخه آنلاین مصوبه در آدرس زیر موجود و در معرض دید عموم است:

<https://ethics.research.ac.ir/>
IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.066

اضطراب همیلتون ۱۹۸۷ برابر با ۰/۵۱، و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون ۱۹۶۰ برابر با ۰/۲۵ به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش کاپویانی و موسوی (۱۳۸۷) نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۹۰ به دست آمده آمد.

نتایج

برای تحلیل داده‌های پژوهش از مدل‌یابی روابط ساختاری بوسیله نرم افزار ایموس (AMOS) استفاده شد. مفروضه نرمالیتی با آزمون کولموگروف - اسمیروف بررسی شد و نرمالیتی توزیع نمرات متغیرها برقرار بود ($P > .01$). در جدول یک، ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ محاسبه شد (۲۶). دامنه ضرایب آلفا برای کمال‌گرایی چندبعدی توسط هویت و فلت (۱۹۹۱) بین ۰/۷۴ و ۰/۸۹ گزارش شده است و خرده مقیاس‌ها با سازه‌هایی همبستگی داشته‌اند که از لحاظ نظری مشابه بوده‌اند و تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ قرار نگرفته‌اند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ بود.

پرسشنامه اضطراب بک

این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای توسط بک، اپستین، براون و استین (۱۹۸۸) ساخته شده است و اضطراب را در طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای از اصلاً = ۰ تا شدید = ۴ می‌سنجد. بک و همکاران (۱۹۸۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی آن را با مقیاس تجدیدنظر شده درجه‌بندی

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

شاخص	میانگین	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
کمال‌گرایی خودمدار	۱۲/۷۷	۱										
کمال‌گرایی دیگرمدار	۰/۷۴۳	۰/۸۴**	۱									
کمال‌گرایی جامعه مدار	۱/۷۶	۰/۷۶**	۰/۷۶**	۱								
کیفیت ذهنی خواب	۱/۱۶	۰/۰۹*	۰/۱۶**	۰/۲**	۱							
تأخیر در به خواب رفتن	۰/۷۳	۰/۱۱*	۰/۲۲**	۰/۱۸**	۰/۴۱**	۱						
طول مدت خواب	۱/۲۷	۰/۱۴*	۰/۱۹**	۰/۲۰**	۰/۲۹**	۰/۴۷**	۱					
مفید												
اختلال خواب	۰/۵۳	۰/۱۹**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۴۶**	۰/۷۴**	۰/۵۶**	۱				
میزان مصرف داروی خواب‌آور	۰/۷۳	۰/۲۲**	۰/۲۶**	۰/۲۰**	۰/۲۴**	۰/۴۳**	۰/۴۵**	۰/۷۲**	۱			
اختلال در عملکرد روزانه	۰/۹۱	۰/۱۳*	۰/۲۱**	۰/۱۷**	۰/۴۳**	۰/۵۴**	۰/۴۴**	۰/۷۰**	۰/۵۶**	۱		
کارآمدی خواب	۱/۲۳	۰/۱۵**	۰/۱۲*	۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۷۳**	۰/۳۵**	۰/۳۵**	۰/۳۲**	۱	
اضطراب	۲۳/۲۱	۰/۲**	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۰/۳۴**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۶۰**	۰/۴۷**	۰/۵۲**	۰/۲۱**	۱

همچنین بین کمال‌گرایی با اضطراب و بین اضطراب با کیفیت خواب رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

جدول یک، نشان می‌دهد بین کمال‌گرایی با کیفیت خواب رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

روابط ساختاری بین متغیرهای پژوهش

بعد از اطمینان از وجود همبستگی صفر مرتبه بین متغیرهای پژوهش، روابط ساختاری متغیرهای پژوهش با استفاده از نرم افزار ایموس بررسی شد. نقش کمال‌گرایی بر کیفیت خواب با نقش میانجی اضطراب به عنوان مدل اصلی بررسی شد. ابتدا مدل میانجی، سپس مدل اثر کل و در نهایت مدل اثرات غیر مستقیم آزمون شده‌اند و شاخص‌های برازش برای هر سه مدل آورده شده است. شکل یک،

روابط ساختاری بین متغیرهای کمال‌گرایی و کیفیت خواب را با نقش میانجی اضطراب نشان می‌دهد. در این مدل، متغیر کمال‌گرایی یک تأثیر مستقیم و یک تأثیر غیرمستقیم از طریق متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر کیفیت خواب دارد. همچنین، متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر کیفیت خواب تأثیر دارد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش

شاخص‌های مطلق (برازندگی مدل)										شاخص‌های نسبی		
نوع شاخص	CMIN	df	P	CMIN/df	RMSEA	GFI	NFI	TLI	IFI	RFI	PCFI	PNFI
مقدار مطلوب	<۳	<۰/۰۵	<۰/۰۸	>۰/۹۰	۱	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰
مقدار مشاهده شده	۱۲۳/۹۲۵	۸۲	۰/۰۰۱	۱/۵۱	۰/۰۴۰	۰/۹۵۲	۰/۹۵۷	۰/۹۸۱	۰/۹۸۵	۰/۹۵۷	۰/۷۶۹	۰/۷۴۸

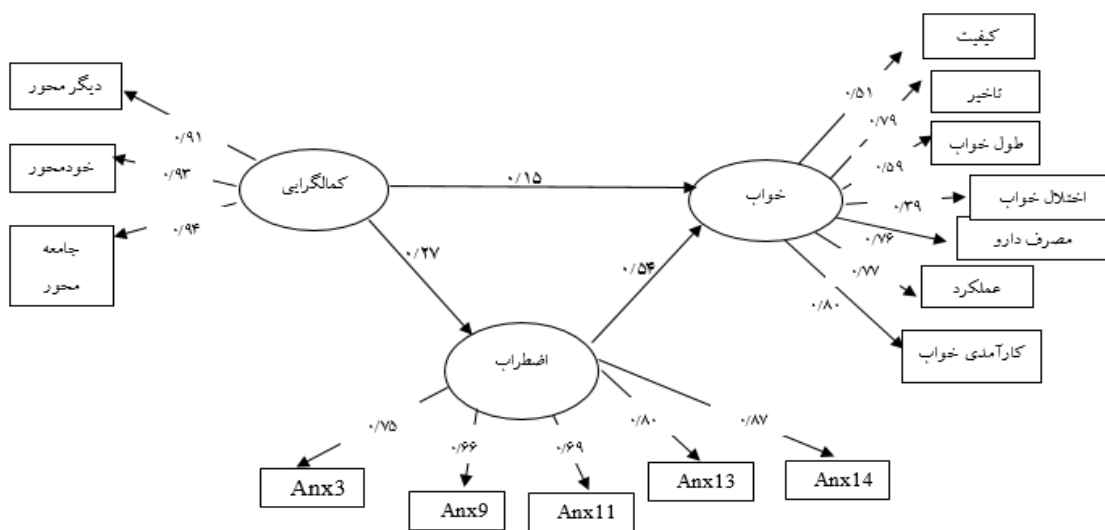
در جدول دو، شاخص‌های برازش مدل (مدل میانجی، مدل اثرات کل و مدل اثرات غیر مستقیم) آمده است و نشان می‌دهد همه شاخص‌های برازش در محدوده قابل قبول است. معمولاً از بین شاخص‌های بالا، دو شاخص کای اسکوئر نسبی (CMIN/df) و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) بیشتر به عنوان ملاک قضاوت بکار می‌رود که در جدول شماره سه، هر دو تا در محدوده مطلوب قرار دارند و لذا، مدل روابط ساختاری بین

متغیرهای پژوهش (شکل یک) از برازش مطلوبی برخوردار است و می‌توان به معناداری ضرایب مسیر پرداخت.

بر اساس شکل یک، مسیر مستقیم کمال‌گرایی به کیفیت خواب (۰/۱۳۳) مثبت و معنادار است. مسیر مستقیم کمال‌گرایی به اضطراب (۰/۲۶۹) مثبت و معنادار است. و بر اساس شکل یک، همچنین، مسیر اضطراب به کیفیت خواب (۰/۵۴۰) مثبت و معنادار است.

جدول ۳. ضرایب مسیر

مسیر	ضریب استاندارد نشده	ضریب استاندارد شده	خطای استاندارد	T	P
کمال‌گرایی ← کیفیت خواب	۰/۰۲۱	۰/۱۴۷	۰/۰۰۸	۲/۶۹۱	۰/۰۰۷
کمال‌گرایی ← اضطراب	۰/۰۶۲	۰/۲۶۵	۰/۰۱۴	۴/۳۵۳	۰/۰۰۱
اضطراب ← کیفیت خواب	۰/۳۲۸	۰/۵۴۰	۰/۰۴۷	۶/۹۹۲	۰/۰۰۱



شکل ۱. روابط ساختاری بین کمال‌گرایی و کیفیت خواب: نقش میانجی اضطراب

اثر کل

مستقیم کمال‌گرایی به کیفیت خواب محاسبه شد که در جدول چهار آمده است.

برای محاسبه اثرات کل، مسیرهای غیر مستقیم (یعنی مسیرهای کمال‌گرایی به اضطراب و اضطراب به کیفیت خواب) صفر شده‌اند (یعنی حذف شدند) و فقط مسیر

جدول ۴. ضرایب مسیر اثرات کل

مسیر	ضریب استاندارد	ضریب استاندارد نشده	خطای استاندارد	T	P
کمال‌گرایی ← کیفیت خواب	۰/۰۴۱	۰/۲۹۰	۰/۰۰۹	۴/۴۳۰	۰/۰۰۱

اثرات غیر مستقیم

معنادار است. یعنی متغیر کمال‌گرایی بر اضطراب اثر مستقیم دارد و هر چه مقدار کمال‌گرایی بالاتر برود، اضطراب بیشتر می‌شود و با توجه به معنادار بودن مسیر اضطراب به کیفیت خواب، هر چقدر اضطراب بالاتر رود، کیفیت خواب هم کمتر می‌شود.

برای محاسبه اثرات غیر مستقیم، مسیر مستقیم (یعنی مسیر کمال‌گرایی به کیفیت خواب) صفر شده‌اند (یعنی حذف شدند) و مسیرهای غیر مستقیم کمال‌گرایی به اضطراب و اضطراب به کیفیت خواب محاسبه شد. بعد از حذف مسیر مستقیم یعنی اثر کل کمال‌گرایی بر کیفیت خواب، ضریب استاندارد مسیر مستقیم کمال‌گرایی به اضطراب برابر با ۰/۲۸ و اضطراب به کیفیت خواب ۰/۵۸ است که براساس جدول پنج این مقادیر

جدول ۵. ضرایب مسیر

مسیر	ضریب	ضریب خطای	T	P
------	------	-----------	---	---

احساس "خوب بودن" نمی‌کردند (۳۰). این احساسات ممکن است باعث ایجاد پاسخ‌های روانی (عمدتاً نشخوار فکری و نگرانی) و فیزیولوژیکی شوند (۱۹) و به نوبه خود مهار طبیعی بر اثر خواب را مهار کرده و منجر به اختلالات گذرا در خواب می‌شوند (۳۲).

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان داد کمال‌گرایی بر اضطراب نیز تأثیر می‌گذارد. افرادی که نمرات بالایی در کمال‌گرایی به دست می‌آورند، به دلیل واکنش منفی به ناکامل بودن از طریق تضعیف حرمت خود و اعتماد به خود احساس شایستگی و کفایت شخصی را کم می‌کنند و در نتیجه از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های خود استفاده نمی‌کنند. این وضعیت نامطلوب و تهدیدکننده، اضطراب را افزایش و اعتماد به خود را کاهش می‌دهد (۳۳).

همچنین کمال‌گرایی به دلیل ویژگی‌های نابهنجار و سازش نایافته‌ای که دارد، نگرانی‌های فرد از عدم تحقق معیارهای کمال‌گرایانه را پیوسته افزایش می‌دهد و از طریق تضعیف عزت‌نفس، اعتماد به نفس، احساس شایستگی و کفایت شخصی باعث می‌شود نتواند از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های خود به خوبی استفاده کند (۳۴). همچنین افراد دارای کمال‌گرایی منفی (نابهنجار) یا روان رنجور برعکس افراد دارای کمال‌گرایی مثبت، بیشتر در فکر آنند که مبادا اشتباهی از آن‌ها سر بزنند. علیرغم کارایی خوب بجای احساس خود را سرزنش می‌کنند و مدام در این زنجیره بی‌انتهای گرفتارند و همیشه با خودشان درگیرند؛ و در نتیجه دچار انواع افسردگی، اضطراب و روان رنجور خوبی می‌شوند (۳۳).

از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده است اضطراب بر کیفیت خواب تأثیر می‌گذارد. در نتیجه‌ی تولید هورمون‌های تنش‌زا در بدن دچار استرس و اضطراب می‌شود. تولید این هورمون‌ها باعث می‌شود که فرد به سختی به خواب رود، در نتیجه چرخه معیوبی از خواب ناکافی و استرس در بدنش برقرار می‌گردد (۳۵). مبارزه با خستگی و خواب‌آلودگی استرس به همراه می‌آورد. استرس به جسم و روح آسیب می‌رساند (۳۶). خواب به بدن فرصت می‌دهد آسیب‌های

کمال‌گرایی	استاندارد		استاندارد	
	د	د	د	د
اضطراب	۰/۰۶۵	۰/۲۷۸	۰/۰۱۴	۰/۵۷۲
اضطراب	۰/۳۵۵	۰/۵۸۴	۰/۰۴۸	۰/۳۳۸

بحث

هدف از پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری کمال‌گرایی و کیفیت خواب با نقش واسطه‌ای اضطراب بود. نتایج نشان داد که کمال‌گرایی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم از طریق اضطراب بر اختلال خواب تأثیر دارد.

نتایج پژوهش با نتایج پژوهشگران مختلفی همسو است (۲۳، ۲۷، ۲۸). به طور مثال تعدادی از پژوهشگران نشان دادند بین کمال‌گرایی و باورهای فراشناختی با اضطراب در افراد مبتلا به افسردگی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین عده‌ای دیگر از پژوهشگران نشان دادند اضطراب و افسردگی از جمله دلایل اختلالات خواب می‌باشد.

کمال‌گرایی در افراد باعث توسط تقویت منفی و ترس از شکست می‌شود (۲۹). افراد کمال‌گرا تمایل دارند از خود انتقاد کنند. آن‌ها خود و محیط پیرامون را برای رسیدن به استانداردهای بالای خود کافی نمی‌دانند (۳۰). بنابراین هنگام خواب، آن‌ها ممکن است نسبت به رفتارهای مربوط به دانشگاه، محل کار و روابط بین فردی توجه بیشتری داشته و از آن انتقاد کنند، که این امر بر کیفیت خواب آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین، کمال‌گرایی ناسازگار با افزایش پریشانی و برانگیختگی ارتباط دارد (۱۹)، که این افزایش پریشانی منجر به شروع تأخیر نهفته در خواب و کاهش زمان خواب کلی می‌شود (۳۱).

تأثیرات واسطه‌ای نگرانی و نشخوار فکری نیز در رابطه بین کمال‌گرایی و کیفیت پایین خواب در پژوهش تعدادی از پژوهشگران نشان داده شده است. افرادی که دارای سطح بالاتری از کمال‌گرایی ناسازگار هستند بیش از حد در رسیدن به اهداف غیرواقعی نگران بودند و هرگز در این کار

معنادار آن با استرس و اضطراب، و با توجه به اینکه دانشجویان یک قشر حساس برای هر جامعه‌ای می‌باشند و به عنوان آینده‌سازان هر ملتی محسوب می‌شوند؛ بنابراین باید یک برنامه‌ریزی صحیح در جهت بهبود وضعیت خواب دانشجویان و همچنین برنامه‌ریزی جهت رفع استرس، اضطراب و افسردگی این قشر از جامعه و همچنین اجرای مداخلات روان‌شناختی با هدف ارتقای سلامت روان دانشجویان که در نهایت می‌تواند منجر به بهبود کیفیت خواب آنان شود، از سوی مسئولین دانشگاه‌ها لازم به نظر می‌رسد.

ناشی از استرس، پرتوهای فرابنفش و بسیاری از رخدادهای خطرناک دیگر را تعمیر کند (۳۷).

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت مقطعی بودن، احتمال سوگیری انتخاب به دلیل عدم همکاری برخی از دانشجویان و امکان پاسخ‌های غیرواقعی به دلیل استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی اشاره کرد. با توجه به محدودیت‌های کرونا پیشنهاد می‌شود به دلیل محدود بودن مطالعات روی دانشجویان، مطالعات مشابه در شهرهای دیگر به صورت طولی یا به روش کیفی انجام شوند. همچنین، با توجه به درصد بالا کیفیت نامطلوب خواب در بین دانشجویان و ارتباط

References

1. Khodapnahi, M. *Neuropsychology and Psychophysiology*. Tehran: Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books, 2019. (persian).
2. Tsui YY, Wing YK. A study on the sleep patterns and problems of university business students in Hong Kong. *Journal of American college health*. 2009 Sep 30;58(2):167-76.
3. Schlarb AA, Claßen M, Grünwald J, Vögele C. Sleep disturbances and mental strain in university students: results from an online survey in Luxembourg and Germany. *International journal of mental health systems*. 2017 Dec;11(1):1-0.
4. Dağ B, Kutlu FY. The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. *Turkish journal of medical sciences*. 2017 Jun 12;47(3):721-7.
5. Grewal RG, Doghramji K. Epidemiology of insomnia. In *Clinical handbook of insomnia 2017* (pp. 13-25). Springer, Cham.
6. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*. 2002 May 1;6(2):97-111.
7. Johann AF, Hertenstein E, Kyle SD, Baglioni C, Feige B, Nissen C, Riemann D, Spiegelhalter K. Perfectionism and polysomnography-determined markers of poor sleep. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2017 Nov 15;13(11):1319-26.
8. Khazaei, H and Rezaei, L. Explaining the Consequences of Chronic Insomnia: A Qualitative Study, *Scientific Journal of Kurdistan University*, 2015. 20 (45), 112-124. (persian).
9. Pourmohseni, F. The effect of mental rumination and anxiety on sleep disturbances, *Daneshvar Pezeshki*, 2020. 21 (108): 1-12. (persian).
10. Lin RM, Xie SS, Yan YW, Chen YH, Yan WJ. Perfectionism and adolescent sleep quality: The mediating role of repetitive negative thinking. *Journal of Health Psychology*. 2019 Oct;24(12):1626-36.
11. Bernert RA, Timpano KR, Peterson CB, Crow SJ, Bardone-Cone AM, Le Grange D, Klein M, Crosby RD, Mitchell JE, Wonderlich SA, Joiner TE. Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. *Personality and individual differences*. 2013 Jan 1;54(2):231-5.
12. Flett GL, Hewitt PL. Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior modification*. 2006 Jul;30(4):472-95.
13. Rice KG, Richardson CM. Classification challenges in perfectionism. *Journal of Counseling Psychology*. 2014 Oct;61(4):641.
14. Curran T, Hill AP. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological bulletin*. 2019 Apr;145(4):410.
15. Khodabakhsh, M., Kiani, F. The role of Perfectionism and Daily stresses on predicting the Depression symptoms among students of Allameh Tabataba'ani University in 2014. *Community Health Journal*, 2017; 8(1): 35-44. (persian).
16. Pillai V, Drake CL. Sleep and repetitive thought: the role of rumination and worry in sleep disturbance. *Sleep and affect*. 2015 Jan 1:201-25.

17. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*. 2008 Mar;134(2):163.
18. Carney CE, Harris AL, Moss TG, Edinger JD. Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behaviour research and therapy*. 2010 Jun 1;48(6):540-6.
19. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*. 2011 Mar 1;31(2):203-12.
20. Tapper K, Baker L, Jiga-Boy G, Haddock G, Maio GR. Sensitivity to reward and punishment: Associations with diet, alcohol consumption, and smoking. *Personality and Individual Differences*. 2015 Jan 1;72:79-84.
21. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJ. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of anxiety disorders*. 2008 Jan 1;22(1):108-16.
22. Mansuri, A, Keroozhde, N. The Effectiveness of the Acceptance and Commitment Therapy on the Intolerance of Uncertainty, Worry and Insomnia in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *RBS*. 2017; 15 (3) :347-353. (persian).
23. Lessin DS, Pardo NT. The impact of perfectionism on anxiety and depression. *Journal of psychology and cognition*. 2017;2(1):78-82.
24. Akram U, Gardani M, Riemann D, Akram A, Allen SF, Lazuras L, Johann AF. Dysfunctional sleep-related cognition and anxiety mediate the relationship between multidimensional perfectionism and insomnia symptoms. *Cognitive processing*. 2020 Feb;21(1):141-8.
25. Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*. 2007 Nov 1;30(11):1547-54.
26. Besharat, M., Bagheri, S. Meditating Role of Rumination and Worry on the Relationship between Locus of control with Depression and Anxiety. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2013; 7(28): 41-63. (persian).
27. Abdolpour G, Hashemi T, Shairi M R, Alizadeh F. The relationship of the Intolerance of uncertainty and worry and metacognitive beliefs in people with depressive symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018; 5 (2) :15-26. (persian).
28. Mehrabian T, Rahmani F. Prediction of Insomnia Severity Based on Cognitive and Emotional Variables and Personality Traits Presented by DSM-5 in Students of Kurdistan University in 2016. *JRUMS*. 2018; 16 (11) :1025-1040. (persian).
29. Slade PD, Owens RG. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior modification*. 1998 Jul;22(3):372-90.
30. Rice KG, Stuart J. Differentiating adaptive and maladaptive perfectionism on the MMPI-2 and MIPS Revised. *Journal of personality assessment*. 2010 Feb 16;92(2):158-67.
31. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*. 2002 Aug 1;40(8):869-93.
32. Harvey CJ, Gehrman P, Espie CA. Who is predisposed to insomnia: a review of familial aggregation, stress-reactivity, personality and coping style. *Sleep medicine reviews*. 2014 Jun 1;18(3):237-47.
33. Moltafet, G., Firozabadi, S. The relationship between multidimensional perfectionism and creativity among high school students in Shiraz city. *Research in School and Virtual Learning*, 2014; 1(3): 71-78. (persian).
34. Stoeber J, Eismann U. Perfectionism in young musicians: Relations with motivation, effort, achievement, and distress. *Personality and Individual Differences*. 2007 Dec 1;43(8):2182-92.
35. Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and anxiety*. 2006;23(4):250-6.
36. White AG, Buboltz W, Igou F. Mobile phone use and sleep quality and length in college students. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2011 Dec;1(18):51-8.
37. Rasouli A, Rahedeh S. Predicting sleep quality based on stress, anxiety and depression variables in students of Kermanshah University of Medical Sciences. *Rooyesh*. 2019; 8 (9) :77-84. (persian).

Original Article

Modeling the Structural Relationships between Perfectionism and Sleep Quality: The Mediating Role of Anxiety

Received: 21/11/2021 - Accepted: 01/01/2022

Seyed Mosa Tabatabaee^{1*}
Fereshteh Pakravan²
Hakimeh Aghaei³

¹ Assistant Professor Of Cognitive Sciences
Department, Faculty Of Psychology And
Educational Sciences, Semnan University,
Semnan, Iran.

² Mashhad University Of Medical Sciences

³ Department Of Psychology, Shahrood
Branch, Islamic Azad
University&Amp;Sbquo; Shahroud, Iran

Email: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to present a structural model of perfectionism and sleep quality with a mediating role of anxiety.

Materials and Methods: Due to its nature, the method of the present study is descriptive-correlation and structural equation modeling. A total of 318 students were selected from the statistical population of students of Mashhad University of Medical Sciences in the academic year 2016-2017. The Pittsburgh (1989) Sleep Quality Scale, the Gospel Perfectionism (2007) and the Beck, Epstein, Brown and Austin (1988) Anxiety Scales were used to collect data. Amos software version 24 and Pearson correlation method and structural equation model (SEM) were used to analyze the data.

Results: The results showed that the direct path of perfectionism to sleep quality (0.15) is positive and significant. The direct path of perfectionism to anxiety (0.27) is positive and significant. And according to Figure 1, also, the path of anxiety to sleep quality (0.540) is positive and significant.

Conclusion: herefore, it seems that perfectionism can affect the quality of sleep of perfectionists by increasing their anxiety.

Key words: Perfectionism, Sleep quality, sleep disorder, Anxiety, students

Acknowledgement: There is no conflict of interest.