چهارمین کنفرانس بین‌المللی دانشجویان
بهداشت و علوم سلامت ایران
th International Conference for
Iranian Hygienics and Health Sciences Students
www.health.cdsts.ir

بررسی ابعاد کیفی خواب بر اساس سطوح استرس ادراک‌شده در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت

سارینا قلی زاد[1] ، آسیه نمازی*[2] ، سبحانه کوچک زاده طالمی[3]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
sarina.gholizad@iau.ir

۲- نویسنده مسئول:گروه مامائی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران as.namazi@iau.ac.ir

۳- گروه پرستاری، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران skouchakzadeh@iau.ac.ir

خلاصه

زمینه و هدف: اختلالات خواب به‌عنوان یکی از معضلات مهم در جمعیت دانشجویی به‌ویژه در رشته‌های علوم پزشکی مطرح است که می‌تواند تأثیرات سویی بر سلامت عمومی و عملکرد تحصیلی آنان بر جای گذارد. در این میان، استرس ادراک‌شده به‌عنوان یک عامل روان‌شناختی کلیدی شناخته می‌شود که می‌تواند الگو و کیفیت خواب را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین سطوح استرس ادراک‌شده با پنج بعد انتخابی از کیفیت خواب و ارتباط آن با برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی دانشجویان انجام شد. **روش کار:** این مطالعه به شیوه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که در نیمسال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بر روی ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به روش غیراحتمالی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ(PSQI)[1]و مقیاس استرس ادراک‌شده کوهن(PSS-14) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون استنباطی کای‌دو در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** در مطالعه حاضر نمره کل استرس ادراک‌شده ۷/۹۱ ± ۲۸/۹۸ و نمره کل کیفیت خواب ۲/۹۰ ± ۶/۳۵ به دست آمد. تحلیل داده‌ها حاکی از وجود رابطه‌ای معکوس و معنادار بین سطح استرس با کیفیت ذهنی خواب (P=۰/۰۰۱)، میزان تأخیر در به خواب‌رفتن (P=۰/۰۴۳) و کارایی خواب (P=۰/۰۰۰۱) بود. به عبارت دیگر، با افزایش سطح استرس، ابعاد مذکور کیفیت خواب به‌طور محسوسی تضعیف شدند. در مقابل، مدت زمان خواب (P=۰/۳۵۱) و مصرف داروهای خواب‌آور (P= ۰/۶۳۳) ارتباط آماری معناداری با سطوح استرس نشان ندادند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش مؤید آن است که استرس ادراک‌شده پیش‌بین قوی برای اختلال در چندین بعد کیفی خواب در جامعه مورد مطالعه محسوب می‌شود. به‌طور مشخص، تأثیر استرس بر کاهش کارایی خواب و کیفیت ذهنی ادراک‌شده از خواب بارزتر از تأثیر آن بر کمیت فیزیکی خواب (مدت زمان) است. این امر نشان می‌دهد که مکانیسم تأثیر فشار روانی، بیشتر متوجه ساختار و بهره‌وری خواب است تا صرفاً طول مدت آن. همچنین، نقش تعدیل‌کننده عوامل اقتصادی (درآمد) در کیفیت خواب، لزوم توجه به مداخلات چندبعدی را خاطرنشان می‌سازد. بر این اساس، تلفیق برنامه‌های آموزشی مدیریت استرس با تدابیر حمایت اجتماعی-اقتصادی می‌تواند به عنوان یک راهبرد جامع در ارتقای بهداشت خواب این قشر مؤثر واقع شود.

کلمات کلیدی: استرس ادراک‌شده، کیفیت خواب، ابعاد خواب، دانشجویان علوم پزشکی، سلامت روان

[1] Pittsburgh Sleep Quality Index

۱. مقدمه

خواب باکیفیت برای دانشجویان علوم پزشکی صرفاً یک نیاز بیولوژیک نیست، بلکه موتور محرک یادگیری، تثبیت حافظه و حفظ پایداری هیجانی در مواجهه با فشارهای سنگین آموزشی است [۱]. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که این گروه از دانشجویان به دلیل ماهیت خطیر رشته تحصیلی و مسئولیت‌های بالینی، به شدت در معرض اختلالات خواب و پیامدهای مخرب آن بر سلامت روان هستند [۲]. ضرورت پرداختن به این موضوع زمانی دوچندان می‌شود که بدانیم خواب ناکافی نه تنها منجر به افت عملکرد تحصیلی می‌گردد، بلکه توانایی تصمیم‌گیری بالینی دانشجویان را در آینده به مخاطره می‌اندازد؛ از این رو، شناسایی دقیق پیش‌بین‌های کیفیت خواب برای حفظ سلامت عمومی و حرفه‌ای این قشر یک اولویت استراتژیک در نظام آموزش عالی محسوب می‌شود [۳و۴].

مکانیسم اثرگذاری استرس ادراک شده بر الگوی خواب فراتر از یک بی‌خوابی ساده است؛ فشار روانی از طریق فعال‌سازی بیش از حد محورهای عصبی-هورمونی، ذهن را در وضعیت برانگیختگی مداوم قرار داده و ریزساختارهای خواب را تخریب می‌کند [۵]. یافته‌های جدید تأکید می‌کنند که استرس لزوماً کل زمان خواب را کوتاه نمی‌کند، بلکه ابعادی نظیر کارایی خواب و تأخیر در شروع خواب را هدف قرار می‌دهد و از این طریق منجر به تجربه خواب غیرترمیمی می‌شود [۶ و۷]. این پیوند دوسویه میان ذهن و جسم باعث می‌شود که دانشجویان در یک چرخه معیوب گرفتار شوند؛ جایی که استرس روزانه مانع خواب عمیق شده و کم‌خوابی ناشی از آن، آستانه تحمل فرد را در برابر تنش‌های روز بعد کاهش می‌دهد [۸ و۹].

در تشریح متغیرهای دموگرافیک، دیدگاه‌های نوینی پیرامون نقش وضعیت تأهل و ثبات اقتصادی در پیش‌بینی سلامت خواب شکل گرفته است. نابرابری‌های مالی و درآمد پایین خانوار به عنوان محرک‌های مزمن استرس، مستقیماً با افت کیفیت خواب در دانشجویان همبستگی دارند [۱۰]. از سوی دیگر، وضعیت تأهل در دانشجویان علوم پزشکی یک شمشیر دو لبه است؛ در حالی که می‌تواند منبعی برای حمایت عاطفی باشد، تداخل مسئولیت‌های خانوادگی با الزامات سخت‌گیرانه تحصیلی اغلب منجر به "اضافه بار نقش" و اختلال در ریتم استراحت فرد می‌گردد [۱۱و۱۲]. این تلاطم‌های محیطی در نهایت از طریق تخریب کیفیت خواب، باور فرد به توانمندی‌های تحصیلی یا همان خودکارآمدی را سست می‌کنند [۱۳و۱۴].

علیرغم کثرت مطالعات در حوزه خواب، اکثر پژوهش‌های پیشین صرفاً به بررسی نمره کلی کیفیت خواب بسنده کرده‌اند و از تحلیل دقیق ریزساختارهای خواب در مواجهه با استرس غافل مانده‌اند. شناسایی دقیق اینکه استرس دقیقاً کدام بُعد از خواب (مانند کارایی، تأخیر یا مصرف دارو) را هدف قرار می‌دهد، برای طراحی پروتکل‌های درمانی هدفمند در مراکز مشاوره دانشگاهی حیاتی است [۹و۱۵]. این خلأ پژوهشی به‌ویژه در محیط‌های آکادمیک در حال تحول ایران که با چالش‌های اقتصادی و تغییرات آموزشی دست‌وپنج نرم می‌کنند، نیاز به داده‌های بومی و تفکیک‌شده را دوچندان می‌سازد تا مداخلات بر اساس نیازهای واقعی طراحی شوند [۸ و۱۴].

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط پنج بعد کیفی خواب بر اساس سطوح استرس ادراک شده در میان دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت طراحی شده است. هدف فرعی این پژوهش، تعیین ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک مثل میانگین درآمد خانوار و وضعیت تأهل با کیفیت خواب می‌باشد. آنچه این پژوهش را از سوابق قبلی متمایز می‌سازد، تنها تأیید یک رابطه عمومی نیست، بلکه کشف جزئیات عمیق این ارتباط در یک محیط آکادمیک در حال تحول است. نوآوری اصلی از لحاظ فنی، در شیوه سنجش متغیرها نهفته است؛ به‌جای بسنده کردن به نمره کلی کیفیت خواب، ما به ارزیابی تأثیر استرس

روزمره بر پنج بُعد تشکیل‌دهنده خواب پرداختیم. این ریزبینی امکان می‌دهد تا مشخص شود فشارهای روزمره دانشجویان (اعم از تحصیلی یا شخصی) دقیقاً کدام جنبه از الگوی خواب آن‌ها را بیشتر دچار آسیب می‌کند. دستیابی به این جزئیات، راه را برای طراحی مداخلات آموزشی و درمانی فوق‌العاده هدفمند و مؤثر هموار می‌سازد. علاوه بر این، ارزش این تحقیق با توجه به تحولات اخیر دانشکده علوم پزشکی دوچندان می‌شود. از آنجا که رشته روانشناسی سلامت به تازگی به مجموعه دانشکده‌های مامایی و پرستاری اضافه شده است، نیاز حیاتی به داده‌های پایه و بومی در خصوص وضعیت روانی دانشجویان این رشته‌ها وجود دارد. این پژوهش، نخستین مطالعه‌ای خواهد بود که این داده‌های معتبر و کمی را از محیط داخلی دانشکده جمع‌آوری می‌کند. در نتیجه، نتایج حاصل مستقیماً به ابزاری کاربردی در دست متخصصان جدید روانشناسی سلامت تبدیل می‌شود تا بتوانند برنامه‌های پیشگیرانه و حمایتی که شامل کارگاه‌های مدیریت استرس و بهداشت خواب می‌باشند را متناسب با نیازها و چالش‌های خاص این دانشجویان تدوین نمایند. این ترکیب منحصربه‌فرد از تحلیل دقیق و کاربرد سازمانی بومی، برجستگی و ضرورت این پژوهش را تضمین می‌کند.

۲. روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی با طرح مقطعی بود که با هدف توصیف وضعیت و تحلیل همبستگی بین استرس روزمره و کیفیت خواب دانشجویان دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در رشته‌های مامایی، پرستاری(مقطعکارشناسی) و روانشناسی سلامت(مقطع کارشناسی ارشد) در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت بود. حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی مورگان ۲۰۰ نفر تعیین شد که این تعدا از دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. این معیارها عبارت بودند از: دانشجوی شاغل به تحصیل در یکی از رشته‌های فوق در محدوده زمانی پژوهش، و ارائه رضایت آگاهانه کتبی. معیار خروج نیز شامل مصرف داروهای اعصاب و روان، داروهای خواب‌آور، یا داروهایی که به طور مشخص بر الگوهای خواب و سیستم عصبی تأثیر مستقیم می‌گذارند (مانند داروهای ضدتشنج یا برخی داروهای قلبی) و هم چنین سابقه از دست دادن یکی از بستگان درجه یک در شش ماه اخیر بود. گردآوری اطلاعات به شیوه خودگزارش‌دهی و با استفاده از سه ابزار صورت گرفت: ابتدا پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک تکمیل شد. سپس پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS) که توسط کوهن و همکاران در سال (۱۹۸۳) تهیه شد و برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود، مورد استفاده قرار گرفت [۱۶]. این ابزار دارای نسخه‌های ۴، ۱۰ و ۱۴ سؤالی است و در پژوهش حاضر از نسخه ۱۴ سؤالی آن استفاده شد. نحوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز=۰ تا بسیاری از اوقات=۴ بوده و نمره کل آن بین ۰ تا ۵۶ متغیر خواهد بود (با نمره‌گذاری معکوس عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰و ۱۳)؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس بیشتر می باشد. در مطالعه ی کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیر پرسشنامه‌ها و نمره ی کلی با روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بین۰/۸۴تا ۰/۸۶ به دست آمد [۱۷و۱۶]. برای محاسبه روایی این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه های نشانه شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده اند. در پژوهش بهروزی، شهنی ییلاق و پورسعید (۱۳۹۱) برای محاسبه پایایی استرس ادراک شده از ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب مقادیر ۰/۷۳ و ۰/۷۴ به دست آمد [۱۸]. ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۸۴) این پرسشنامه را در

ایران ترجمه و هنجاریابی کردند که اعتبار و پایایی آن مناسب ارزیابی شده است [۱۹]. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه شد که نشان دهنده پایایی بسیار خوب است. ابزار سوم، شاخص کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI) است که در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکاران تدوین شد[۲۰]. این پرسشنامه دارای ۹ سؤال است که خواب را در هفت مقیاس شامل: کیفیت ذهنی خواب ، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب ، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب ، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه بررسی خواهد کرد. در نمره گذاری PSQI باید ۷ مولفه مورد بررسی قرار گیرند. حداقل و حداکثر نمره‌ای که برای هر مولفه در نظر گرفته شده است از ۰ (نبودن مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار جدی) می‌باشد. در انتها نمره‌های هر مولفه با هم جمع شده و به یک نمره کلی تبدیل می‌شود (۰ تا ۲۱). نمره بالا در هر مولفه یا در نمره کلی نشان‌دهنده کیفیت خواب نامناسب است. نمره‌های ۳-۲-۱-۰ به هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشند. جمع نمره‌های مقیاس هفت‌گانه نمره کلی را تشکیل می‌دهد که از صفر تا ۲۱ است. نمره ۰ تا ۵: کیفیت خواب خوب، نمره ۶ تا ۱۰: کیفیت خواب متوسط، نمره ۱۱ تا ۲۱: کیفیت خواب ضعیف را نشان می دهد. نمره کلی ۶ یا بیشتر به معنای نامناسب بودن کیفیت خواب می‌باشد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۰]. ضریب آلفای کرونباخ بر اساس مؤلفه‌های هفت‌گانه این ابزار ۰/۷۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب و استاندارد است. روایی محتوایی پرسشنامه کیفیت خواب توسط کاکویی و همکاران تأیید شده است [۲۱]. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون استنباطی کای‌دو در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۳. یافته ها

تحلیل یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی دانشجویان شرکت کننده ۲۵/۲۴ سال با انحراف معیار ۷/۲۱۳ بود. میانگین و انحراف معیار نمره استرس ادراک شده و نمره کل کیفیت خواب در جدول ۱ آورده شده است. در بخش توصیفی، بررسی شاخص های گرایش به مرکز برای ابعاد پنج گانه کیفیت خواب مشخص کرد که نمرات دانشجویان در مؤلفه های کیفیت ذهنی خواب[۲]، تأخیر در به خواب رفتن[۳]، مدت زمان خواب[۴] ، کارایی خواب[۵] و استفاده از داروهای خواب آور[۶] دارای پراکندگی متفاوتی است که جزئیات توصیفی آن در جدول ۱ مستند شده است. در مرحله تحلیل استنباطی، نتایج آزمون خی دو حاکی از وجود رابطه آماری معنادار بین استرس ادراک شده و تمامی مؤلفه های پنج گانه خواب بود؛ به طوری که مقادیر خی دو به دست آمده در سطح خطای کوچکتر از ۵ درصد،نشان داد که با افزایش فشارهای روانی، تخریب ساختاری در ابعاد مختلف خواب دانشجویان واحد رشت تشدید می گردد که طبق نتایج آزمون خی دو در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس یافته ها، سه مؤلفه کارایی خواب (P=۰/۰۰۰۱)، کیفیت ذهنی خواب (P=۰/۰۰۱) و تأخیر در خواب رفتن (P=۰/۰۴۳) دارای سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ هستند. این بدان معناست که افزایش تنش های روانی مستقیماً باعث می شود دانشجویان زمان بیشتری را برای به خواب رفتن

[2] Subjective Sleep Quality
[3] Sleep Latency
[4] Sleep Duration
[5] Sleep Efficiency
[6] Use of Sleeping Medication

صرف کنند، بازدهی مفید خواب آن ها کاهش یابد و در نهایت احساس نارضایتی ذهنی از کیفیت استراحت خود داشته باشند. در نقطه مقابل، عدم معناداری استرس با مدت زمان خواب (P=۰/۳۵۱) و مصرف دارو (P=۰/۶۳۳) یافته بسیار مهمی است. این نتایج گویای آن است که استرس دانشجویان علوم پزشکی لزوماً باعث «کم‌خوابی» از نظر زمانی یا پناه بردن به «داروهای خواب‌آور» نشده است، بلکه با تخریب ساختار درونی خواب، باعث شده تا دانشجو با وجود گذراندن زمان کافی در تخت‌خواب، نتواند به راحتی به خواب برود و از خواب خود لذت ببرد. در واقع استرس، «شروع خواب» و «عمق خواب» را هدف قرار داده است، اما بر «کمیت زمان» آن تأثیری نداشته است. تحلیل توزیع فراوانی مؤلفه‌های معنادارخواب (جدول۳) نشان می‌دهد که با افزایش سطح استرس، وضعیت کیفی خواب دانشجویان به شکل معناداری تحلیل رفته است. در مؤلفه «کارایی خواب»، اکثریت مطلق دانشجویان با استرس بسیار بالا (۸۱ نفر) در وضعیت «ضعیف» قرار دارند، در حالی که وضعیت «طبیعی» تنها در سطوح استرس پایین تا بالا مشاهده شده و در سطح بسیار بالا به (۹ نفر) رسیده است. در بعد «کیفیت ذهنی خواب»، با تشدید استرس، گرایش پاسخ‌ها از «خیلی خوب» به سمت «بد و خیلی بد» تغییر یافته است؛ به طوری که در سطح استرس بسیار بالا، هیچ دانشجویی کیفیت خواب خود را «خیلی خوب» ارزیابی نکرده و بیشترین فراوانی مربوط به کیفیت «خوب و بد» (۸۹ نفر) است. همچنین در بخش «تأخیر در خواب»، وضعیت «ضعیف» با افزایش تراز استرس روند صعودی داشته و از ۲ نفر در استرس پایین به ۴۵ نفر در استرس بسیار بالا رسیده است. این نتایج در مجموع تأیید می‌کنند که استرس‌های شدید، بیشترین فراوانی اختلال را در «کارایی فیزیکی» و «سرعت به خواب رفتن» دانشجویان ایجاد کرده‌اند. بر اساس یافته های مندرج در جدول۴، بین وضعیت تأهل با کیفیت خواب (P=۰/۹۸۷) و هم چنین با سطح استرس ادراک شده (P=۰/۸۰۷) رابطه آماری معناداری مشاهده نشد؛ این بدان معناست که در جامعه مورد مطالعه، مجرد یا متأهل بودن به تنهایی عامل تعیین کننده ای در تغییر تراز استرس یا کیفیت خواب نبوده است. در مقابل، میانگین درآمد خانوار در ماه نقشی کلیدی و معنادار ایفا می کند. نتایج نشان داد که سطح درآمد هم با کیفیت خواب (P=۰/۰۱۸) و هم و با سطح استرس ادراک شده (P=۰/۰۰۴) رابطه کاملاً معناداری دارد. با توجه به مقادیرخی دو محاسبه شده برای استرس ادراک شده (χ^2=۲۴/۰۰۱) و کیفیت خواب (χ^2=۱۵/۳۶۳)، می توان نتیجه گرفت که نوسانات درآمدی و وضعیت معیشتی خانوار، محرک اصلی ایجاد استرس و به تبع آن افت کیفیت خواب در دانشجویان است.

به عبارت دیگر، دانشجویانی که در دهک های درآمدی پایین تر قرار دارند، فشار های روانی بیشتری را تجربه کرده و سطوح ضعیف تری از کیفیت خواب را گزارش کرده اند.

جدول۱- شاخص های توصیفی(میانگین و انحراف معیار) متغیرهای کمی پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن(سال)	۲۵/۲۴	۷/۲۱۳
استرس ادراک شده	۲۸/۹۸۵	۷/۹۱۳
کیفیت خواب کل	۶/۳۵	۲/۹۰۵
کیفیت ذهنی خواب	۱/۲۳	۰/۶۶۶
تأخیر در به خواب رفتن	۲/۹۳	۱/۵۷۷
مدت زمان خواب	۶/۵۱	۱/۶۹۸

کارایی خواب	۲/۴۹	۱/۰۴
استفاده از داروهای خواب آور	۰/۲۴۵	۰/۷۴۶

جدول۲- تحلیل رابطه استرس با مؤلفه های پنج گانه خواب(آزمون خی دو)

مؤلفه های خواب	مقدار خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت ذهنی خواب	۲۷/۰۶۳	۹	۰/۰۰۱
تأخیر در به خواب رفتن	۲۵/۵۱۴	۱۵	۰/۰۴۳
مدت زمان خواب	۲۶/۰۴۵	۲۴	۰/۳۵۱
کارایی خواب	۳۵/۴۵۳	۹	۰/۰۰۰۱
استفاده از داروهای خواب آور	۷/۰۳۶	۹	۰/۶۳۳

جدول۳- توزیع فراوانی مؤلفه های معنادار خواب بر اساس سطوح ادراک شده

مؤلفه های خواب	سطوح مؤلفه	استرس پایین	استرس متوسط	استرس بالا	استرس بسیار بالا
کارایی خواب	وضعیت طبیعی	۰	۶	۱۲	۹
	مشکل خفیف	۱	۰	۰	۲
	مشکل متوسط	۰	۲	۱۲	۱
	وضعیت ضعیف	۳	۱۲	۵۹	۸۱
		۲۰۰			
کیفیت ذهنی خواب	خیلی خوب	۱	۳	۱۴	۰
	خوب	۳	۱۶	۴۹	۵۸
	بد	۰	۰	۱۷	۳۱
	خیلی بد	۰	۱	۳	۴
		۲۰۰			
تأخیر در خواب	مشکل خفیف	۱	۹	۲۲	۱۲
	مشکل متوسط	۱	۸	۲۶	۳۶
	وضعیت ضعیف	۲	۳	۳۵	۴۵
		۲۰۰			

جدول۴- بررسی رابطه متغیرهای زمینه ای با کیفیت خواب و استرس ادراک شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	سطوح متغیر	مقدار خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
وضعیت تأهل	کیفیت خواب	مجرد متأهل	۰/۰۲۵	۲	۰/۹۸۷
درآمد خانوار	کیفیت خواب	خوب متوسط ضعیف	۱۵/۳۶۳	۶	۰/۰۱۸
وضعیت تأهل	سطح استرس	پایین متوسط بالا بسیار بالا	۰/۹۷۷	۳	۰/۸۰۷
درآمد خانوار	سطح استرس	کمتر از ۱۵ میلیون بین ۱۵ تا ۳۰ میلیون بین ۳۰ تا ۵۰ میلیون بیش از ۵۰ میلیون	۲۴/۰۰۱	۹	۰/۰۰۴

۴. بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که استرس ادراک شده تأثیر عمیقی بر ابعاد کیفی خواب دارد؛ به طوری که بین استرس با کارایی خواب، کیفیت ذهنی خواب و تأخیر در به خواب رفتن رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد. این نتایج با یافته‌های هراواتی و گایاتری (۲۰۱۹)[۷][۲۲] و ویدوویچ و همکاران (۲۰۲۵)[۸][۲]، که بر نقش استرس در تخریب ساختار خواب تأکید داشتند، هم‌سو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت استرس از طریق بیش‌فعالی سیستم‌های عصبی-هورمونی، منجر به افزایش برانگیختگی ذهنی می‌شود؛ وضعیتی که مغز را در حالت گوش‌به‌زنگی قرار داده و فرآیند انتقال از بیداری به خواب را دشوار می‌سازد و با ایجاد بیداری‌های ناخواسته، کارایی مفید خواب را کاهش می‌دهد[۲۳]، در مقابل، عدم معناداری رابطه استرس با مدت زمان خواب و مصرف دارو در این مطالعه، یافته‌ای درخور توجه است که با برخی نتایج پژوهش‌های پیشین که کاهش کمّی ساعات خواب در اثر استرس را گزارش کرده بودند[۳]، در ابعادی متفاوت قرار می‌گیرد. این تضاد نشان‌دهنده پدیده «حفظ کمیت علیرغم افت کیفیت» در دانشجویان واحد رشت است؛ به این معنا که دانشجویان به دلیل الزامات آموزشی، ساعات حضور در تخت را ثابت نگه می‌دارند، اما استرس مانع از ورود آن‌ها به مراحل عمیق خواب می‌گردد. همچنین عدم پناه بردن به داروهای خواب‌آور می‌تواند نشان‌دهنده تاب‌آوری یا عدم تمایل به رویکردهای دارویی در این جامعه آماری باشد که با یافته‌های پژوهشی در سال ۲۰۲۰[۲۴]،

[7] Herawati and Gayatri
[8] Vidović et al

در جوامع دانشجویی مشابه هم‌خوانی دارد. در واکاوی متغیرهای زمینه‌ای، یافته‌های ما مبنی بر عدم رابطه معنادار بین وضعیت تأهل با کیفیت خواب و استرس، نشان داد که در محیط‌های آموزشی بالینی، فشارهای ناشی از مسئولیت‌های درسی بر نقش‌های خانوادگی غلبه کرده و تفاوت معناداری بین افراد مجرد و متأهل ایجاد نمی‌کند؛ این یافته با نتایج ترانگ و همکاران (۲۰۲۵)[۹][۴]، هم‌سو است. با این حال، رابطه معنادار میانگین درآمد خانوار با استرس و کیفیت خواب، با نتایج پژوهشی در سال۲۰۲۲[۲۵] کاملاً هم‌سو است. این امر تأیید می‌کند که دغدغه‌های اقتصادی به عنوان یک استرسور محیطی مزمن، با ایجاد ناامنی روانی، تأثیری بسیار مخرب‌تر از وضعیت تأهل بر الگوی خواب دانشجویان دارد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ از جمله مقطعی بودن مطالعه که مانع از استنتاج دقیق روابط علی در طول زمان می‌شود. همچنین استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی PSQI که ممکن است با سوگیری یادآوری همراه باشد. با توجه به محدودیت‌های ابزارهای خودگزارش‌دهی در تخمین دقیق زمان خواب، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از روش‌های سنجش عینی نظیر اکتی‌گرافی[۱۰]استفاده شود؛ این روش غیرتهاجمی با بهره‌گیری از حسگرهای شتاب‌سنج مچی، داده‌های دقیقی از پارامترهای بیداری و بستر خواب (مانند زمان واقعی شروع خواب و نظم چرخه شبانه‌روزی) فراهم کرده و نسبت به پرسشنامه، کمتر تحت تأثیر سوگیری حافظه قرار می‌گیرد. همچنین برای واکاوی عمیق‌تر تأثیر استرس بر ریزساختارهای مغزی، بهره‌گیری از پلی‌سومنوگرافی[۱۱] به عنوان استاندارد طلایی تشخیص بالینی توصیه می‌شود؛ چراکه این ابزار با ثبت همزمان امواج مغزی (EEG)[۱۲] و حرکات چشم، امکان بررسی دقیق مراحل خواب عمیق و مرحله REM را فراهم آورده و تبیین دقیق‌تری از تخریب کیفیت خواب تحت فشار روانی ارائه می‌دهد.

نتیجه‌گیری نهایی

با نگاهی جامع به یافته‌های این پژوهش، می‌توان دریافت که رابطه‌ی میان فشارهای روانی و سلامت جسمانی دانشجویان، فراتر از یک همبستگی ساده است. نتایج ما به شکلی تأمل‌برانگیز نشان داد که استرس در زیستِ دانشجویی، نه به عنوان یک عامل حذف‌کننده «زمان»، بلکه به عنوان یک نیروی «فرساینده کیفیت» عمل می‌کند. نکته کلیدی اینجاست که استرس لزوماً باعث نمی‌شود دانشجویان ساعت‌های کمتری را در تخت‌خواب سپری کنند، بلکه با افزایش بیداری‌های ناخواسته و طولانی کردن زمانِ به خواب رفتن، «کارایی و عمق خواب» را از آن‌ها سلب می‌کند. در واقع، دانشجو ممکن است از نظر زمانی به مقدار کافی در تخت‌خواب باشد، اما ذهنِ برانگیخته و منقبض او، اجازه ورود به مراحل بازسازی‌کننده و عمیق خواب را نمی‌دهد. از سوی دیگر، این مطالعه دریچه‌ای تازه به سوی نقش عوامل ساختاری گشود. برخلاف باورهای سنتی که تاهل را به عنوان یک لنگرگاه ثبات و آرامش در نظر می‌گیرند، یافته‌های ما نشان داد که در بافت دانشگاهی امروز، وضعیت تأهل به تنهایی قدرت تعدیلِ استرس یا بهبود کیفیت خواب را ندارد. در مقابل، «ثبات اقتصادی» و میانگین درآمد خانوار به عنوان تعیین‌کننده‌ترین متغیر شناسایی شد. این یعنی ریشه اصلی بدخوابی و تنش‌های روانی در دانشجویان، بیش از آنکه به مسائل فردی و خانوادگی مربوط باشد، در

[9] Truong et al
[10] Actigraphy
[11] Polysomnography
[12] Electroencephalography

دغدغه‌های معیشتی و ناامنی‌های مالی نهفته است. فقر یا ضعف مالی به عنوان یک استرسورِ مزمن و مداوم، سیستم عصبی فرد را در حالت «گوش‌به‌زنگی» دائم قرار می‌دهد؛ وضعیتی که با ماهیتِ رهاشدگی و آرامشِ لازم برای یک خواب باکیفیت، در تضادی آشکار است. در نهایت، این پژوهش حامل پیام مهمی برای متولیان سلامت و آموزش است: بهبود عملکرد تحصیلی و سلامت روان دانشجویان، تنها با توصیه‌های بهداشتی میسر نمی‌شود. تا زمانی که بسترهای حمایتی اقتصادی تقویت نشود و دانشجویان در برابر فشارهای معیشتی احساس امنیت نکنند، چرخه‌ی معیوب «استرس–بدخوابی» تداوم خواهد یافت. ارتقای کیفیت زندگی این قشر، مستلزم نگاهی جامع است که در آن امنیت مالی، مدیریت تنش‌های روانی و بهداشت جسمانی به عنوان زنجیره‌هایی متصل به هم دیده شوند.

۵. تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویان گرامی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت که با صرف وقت و حوصله، در تکمیل پرسشنامه‌ها ما را همراهی کردند، کمال تشکر را داریم.

۶. مراجع

1. Vasava PI, Jasani PK, Sochaliya KM, et al. “Assessing Sleep Quality and Influencing Factors Among Medical Undergraduates: A Cross-Sectional Study”. **Cureus**. 2025;**17**(2):e78919.
2. Vidović S, Rakić N, Kraštek S, et al. “Sleep quality and mental health among medical students: A cross-sectional study”. **Journal of Clinical Medicine**. 2025;**14**(7):2274.
3. Ghafoor A, Abaid M, Ali A, et al. “Impact of academic stress on sleep patterns among medical students of Army Medical College, Rawalpindi, Pakistan”. **Pakistan Armed Forces Medical Journal**. 2025;**75**(2):394–398.
4. Truong N, Nguyen H, Pham T, et al. “Sleep quality by clinical training status among medical students and its associated factors: A cross-sectional study in Da Nang, Vietnam”. **Scientific Reports**. 2025;**15**(1):33671.
5. Bacaro V, Miletic K, Crocetti E. “A meta-analysis of longitudinal studies on the interplay between sleep, mental health, and positive well-being in adolescents”. **International Journal of Clinical and Health Psychology**. 2024;**24**(1):100424.
6. Yap Y, Slavish DC, Taylor DJ, et al. “Bi-directional relations between stress and self-reported and actigraphy-assessed sleep: A daily intensive longitudinal study”. **Sleep**. 2020;**43**(3):zsz250.
7. Huang W, Wen X, Li Y, Luo C. “Association of perceived stress and sleep quality among medical students: The mediating role of anxiety and depression symptoms”. **Frontiers in Psychiatry**. 2024;**15**:1272486.

8. Mashaikhi-Rad F, Sarkeshikiyan SM. “Mediating role of sleep quality and perceived stress in the relationship between negative emotional states and health-related quality of life among Iranian medical students”. **Qom University of Medical Sciences Journal. 2025**;**19**:3197.
9. Huang Y, Yang L, Liu Y, Zhang S. “Effects of perceived stress on college students’ sleep quality: A moderated chain mediation model”. **BMC Psychology**. 2024;**12**:476.
10. Papadopoulos D, Etindele Sosso FA. “Socioeconomic status and sleep health: a narrative synthesis of 3 decades of empirical research”. **Journal of Clinical Sleep Medicine**. 2023;**19**(3):605-620.
11. Muhammad T, Pai M, Ahire K, Sharma M. “Demographic, socioeconomic, and health correlates of sleep quality and sleep duration among community-dwelling older adults in India”. **BMC Psychiatry**. 2024;**24**(1):665.
12. Lee S, et al. “Association of household income and marital status with sleep duration and quality: a nationwide population-based study”. **Scientific Reports**. 2024;**14**(1):1125.
13. Gudić B. “Sleep quality and Academic Self-Efficacy of University Students” [Thesis]. **University of Split**; 2025.
14. Dorosti AM, Omrani HR, Seyednazari MAH. “Sleep Quality and Academic Self-Efficacy among Nursing Students at Zanjan University of Medical Sciences: A Short Report”. **Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences**. 2025;**24**(5):481-489.
15. Pattanaik S, Fastring D, Bateman RC Jr. “A longitudinal pilot study of stress and sleep in first-year osteopathic medical students”. **Cureus**. 2023;**15**(5):e38965.
16. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. “A global measure of perceived stress”. **Journal of Health and Social Behavior**. 1983;**24**(4):385-96.
17. Mahmoudpour A, Barzegar Dehaj A, Salimi Bajestani H, et al. “Predicting perceived stress based on emotion regulation, experiential avoidance and anxiety sensitivity in substance-dependent individuals”. **Journal of Clinical Psychology Studies**. 2018;**8**(30):189-206.
18. Behroozi N, Shehni Yailagh M, Pourseyyed SM. “The relationship between perfectionism, perceived stress and social support with academic burnout”. **Strategy for Culture**. 2013;**5**(20):83-102.
19. Narimani M, Abolghasemi A. “Psychological Tests”. Urmia: **Bagh Rezvan Publications**; 2005.
20. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. “The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice”. **Psychiatry Research**. 1989;**28**(2):193-213.
21. Kakoui H, Zare S, Akhlaghi A, Panahi D. “Assessing the sleep quality of professional drivers in terminals Intercity (Case study: Tehran)”. **Quarterly Journal of Traffic Management Studies**. 2010;**5**(16):1-10.
22. Herawati, K., & Gayatri, D. (2019). "The correlation between sleep quality and levels of stress among students in Universitas Indonesia". **Enfermería Clínica**, **29**(Suppl. 2), 329–333.
23. Safhi, M. A., Alafif, R. A., Alamoudi, N. M., Alamoudi, M. M., Alghamdi, W. A., Albishri, S. F., & Rizk, H. (2020). "The association of stress with sleep quality among medical students

at King Abdulaziz University". **Journal of Family Medicine and Primary Care**, **9**(3), 1662–1667.
24. Alotaibi, A. D., Alosaimi, F. M., Alajlan, A. A., & Bin Abdulrahman, K. A. (2020). "The relationship between sleep quality, stress, and academic performance among medical students". **Journal of Family and Community Medicine**, **27**(1), 23–28.
25. Alhusseini, N. K., Ramadan, M., Almasry, Y., Atout, M., Hamsho, K., Mahmoud, M., Alnasser, S., & Shakir, I. (2022). "Effects of sleep quality on academic performance and psychological distress among medical students in Saudi Arabia". **Health Scope**, **11**(4), e123801.