مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۲، مهر ۱۴۰۲، ۷۰۶-۶۹۱

مقایسه مشکلات خواب و خودکارآمدی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی و بهنجار در سال ۱۴۰۱: یک مطالعه توصیفی

فاطمه حمزه‌پور معتوقی[۱]، آزاده طاولی[۲]، مریم سلمانیان[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۲/۰۶/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب اجتماعی و افسردگی اساسی از جمله اختلالاتی هستند که با میزان بالای همبودی مشخص می‌شوند. مشکلات خواب و خودکارآمدی از جمله علائم فراتشخیصی بین این دو اختلال هستند. هدف از مطالعه حاضر مقایسه مشکلات خواب و خودکارآمدی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی و جمعیت بهنجار است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به روش توصیفی انجام شده است و جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمام مراجعین ۱۸ تا ۶۰ ساله مراکز درمانی شهر بروجرد و تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که بر اساس نظر روان‌پزشک و روان‌شناس تشخیص اختلال افسردگی اساسی و اضطراب اجتماعی را دریافت کرده بودند. از بین شرکت‌کنندگان ۱۵۹ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. ابزار سنجش در این پژوهش مصاحبه تشخیصی ساختار یافته بر اساس DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) و پرسش‌نامه‌های اضطراب اجتماعی Connor، افسردگی Beck، پرسش‌نامه مشکلات خواب Pittsburgh و خودکارآمدی Sherer بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین افراد بهنجار با بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی از لحاظ مشکلات خواب و خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، بین افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی از لحاظ خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به مطالعه حاضر، مشکلات خواب جزء عوامل مشترک در اختلالات افسردگی و اضطراب اجتماعی بوده که به نظر می‌رسد در تداوم آن‌ها نقش دارد. این نتایج می‌تواند به درمان هم‌زمان این دو اختلال با توجه به پروتکل‌های فراتشخیصی کمک کند.

واژه‌های کلیدی: اضطراب اجتماعی، افسردگی اساسی، خودکارآمدی، مشکلات خواب

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
تلفن: ۸۵۶۹۲۸۵۳-۰۲۱، دورنگار: ۸۸۰۴۱۴۶۴-۰۲۱، پست الکترونیکی: a.tavoli@alzahra.ac.ir
۳- استادیار، گروه روانشناسی، روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder) در زمره اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلال همراه با اختلال افسردگی است. اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی اساسی با نرخ شیوع طول عمر ۲۰/۶ درصد و ۱۲/۱ درصد، جزء شایع‌ترین اختلالات روانی هستند. مشخصه اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس شدید و مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی (به عنوان مثال، صحبت با یک غریبه یا همسالان، رفتن به مهمانی) یا فعالیت‌های اجرایی (به عنوان مثال، سخنرانی) است که در آن فرد در ارتباط با افراد ناآشنا یا مورد توجه و موشکافی دیگران باشد. افسردگی نیز شایع‌ترین مشکل سلامت روانی در عموم مردم است که با غم، از دست دادن علاقه یا لذت، احساس گناه، اختلال در خواب یا اشتها، احساس خستگی و تمرکز ضعیف مشخص می‌شود [۱].

میزان بالای همبودی اختلالات افسردگی و اضطراب اجتماعی تصور این‌که چنین اختلالاتی تشخیص‌های مستقلی از هم هستند را به چالش می‌کشد. تشخیص ویژگی‌های مشترک، متمایز و هم‌چنین الگوهای ارتباطی بین این دو اختلال ممکن است درک ما را از ماهیت این شرایط و مکانیسم‌های هم‌ابتلایی افزایش دهد. بر اساس شواهد پژوهشی اضطراب اجتماعی و افسردگی دارای تعدادی عوامل مشترک هستند (مانند حساسیت به طرد بین فردی، کاهش خوش‌بینی، امید و حساسیت به پاداش و سطوح بالای توجه متمرکز بر خود) [۲]. مشکلات خواب نیز یکی دیگر از عواملی است که به طور مستقیم در افسردگی نقش دارد. اگرچه ممکن است در اختلال اضطراب اجتماعی به طور مستقیم نقش نداشته باشد [۳]، اما نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده که اضطراب اجتماعی ارتباط مستقیمی با کیفیت پایین خواب دارد [۴].

شواهد قابل توجهی حاکی از آن است که اختلال خواب حتی در غیاب یک اختلال روان‌پزشکی همبود نیز کیفیت زندگی را مختل می‌کند. عواقب منفی خواب بد، پیامدهای عملکردی قابل توجهی را موجب می‌شود و اختلالاتی را که افراد مبتلا به اختلال خواب همراه با یک اختلال روان‌پزشکی دارند، شدیدتر می‌کند [۵]. بنابراین، بررسی مشکلات خواب در این دو اختلال می‌تواند پیامدهای مهمی در تشخیص و درمان افسردگی و اضطراب اجتماعی داشته باشد. هم‌چنین، بررسی مفاهیم شناختی نیز می‌تواند اطلاعات بالینی مفیدی در اختیار بالین‌گران قرار دهد. به نظر می‌رسد خودکارآمدی از جمله مؤلفه‌هایی است که می‌تواند در اختلالات هیجانی نقش مشترک داشته باشد. مفهوم خودکارآمدی حول نظریه شناختی اجتماعی شکل گرفته است [۶].

طبق نظر Bandura خودکارآمدی در خودتنظیمی حالت‌های هیجانی نقش محوری دارد. ناتوانی درک شده در مؤثر بودن بر رویدادها و شرایط اجتماعی که به طور قابل توجهی بر زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، می‌تواند احساس بیهودگی و نا امیدی و هم‌چنین اضطراب را ایجاد کند. به طور خلاصه، هنگامی که افراد برای به دست آوردن نتایج بسیار ارزشمند خود را ناکارآمد می‌دانند، افسرده می‌شوند. در حالی که هنگامی که برای مقابله با حوادث احتمالی تهدیدآمیز خود را مجهز نمی‌بینند، مضطرب می‌شوند. خودکارآمدی، تفاوت‌هایی را در عملکرد اجتماعی، برآیند استرس، هیجانات و جهت‌گیری‌های آینده فرد ایجاد می‌کند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

باورهای خودکارآمدی به عنوان یک مکانیسم فراتشخیصی، برای درمان‌های روان‌شناختی پیشنهاد شده است و نقش مهمی را در رشد و درمان اختلالات از جمله اضطراب و افسردگی دارد [۷].

با توجه به هم‌ابتلایی بالای اختلال افسردگی و اضطراب اجتماعی، شناخت عوامل زیربنایی مشترک این اختلال به بهبودی و درمان هم‌زمان این دو اختلال با توجه به پروتکل‌های فراتشخیصی کمک می‌کند [۸]. بنابراین، می‌توان از یافته‌های این پژوهش در بستر بالینی استفاده کرد و در درمان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی بر نقش مشکلات خواب و خودکارآمدی متمرکز شد. بر این اساس هدف مطالعه حاضر مقایسه مشکلات خواب و خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. شرکت کنندگان در پژوهش حاضر از بین مراجعین ۱۸ تا ۶۰ ساله مراکز درمانی شهر بروجرد و تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انتخاب شدند. از بین شرکت کنندگان ۵۳ نفر مبتلا به اضطراب اجتماعی، ۵۳ نفر مبتلا به اختلال افسردگی و ۵۳ نفر افراد بهنجار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سه گروه اضطراب اجتماعی، افسردگی و بهنجار را تشکیل دادند. تعداد آزمودنی‌ها در این مطالعه ۱۵۹ نفر از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های شهر تهران (درمانگاه سرپایی روزبه و کلینیک الزهراء) و بروجرد (کلینیک راز غریب) بودند که بر اساس نظر روان‌پزشک و روان‌شناس تشخیص اختلال افسردگی اساسی و اضطراب اجتماعی (۱۰۶ نفر در دو گروه افسردگی اساسی و اضطراب اجتماعی) را دریافت کرده‌اند. بنابراین با توجه به معیار ورود به مطالعه جزء شرکت-کنندگان این مطالعه قرار گرفتند. افراد گروه کنترل یا بهنجار (۵۳ نفر) از افرادی انتخاب شدند که بر اساس گزارش شخصی و سابقه مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس، مبتلا به نشانه‌های اختلال روان‌شناختی نبودند.

حجم نمونه در مطالعه حاضر با استفاده از نرم‌افزار G*Power به منظور برآورد حجم نمونه با اتکا به شاخص-های آلفا و بتا به کار رفت. بر اساس متون مرجع آماری مقدار بحرانی برای آلفا ۰/۰۵ و برای بتا ۰/۲۰ است که سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ را به دنبال دارد. اندازه اثر مبتنی بر کوهن F در مطالعات مبتنی بر مقایسه‌های بیش از دو گروهی لازم است برابر با ۰/۲۵ یا بالاتر باشد و البته مجذور اتا بالاتر از ۰/۶۰ که در این مطالعه میزان ۰/۲۵ معیار برآورد حجم نمونه قرار گرفت [۹]. بنابراین، حجم نمونه به میزان ۱۵۹ نفر برآورد گردید که به نسبت مساوی در سه گروه توزیع شد.

برای اجرای این پژوهش، ابتدا هدف از اجرای تحقیق برای افراد شرح داده شد و رضایت آن‌ها برای شرکت در ارزیابی‌ها جلب شد و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج شده و نام آن‌ها به‌صورت محرمانه می‌باشد. تشکیل سه گروه افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی و بهنجار بر اساس گزارش شخصی، سابقه مراجعه به روان‌پزشک و روان شناس در کلینیک‌های شهر تهران (درمانگاه سرپایی روزبه و کلینیک الزهراء) و بروجرد (کلینیک راز غریب) و مصاحبه تشخیصی ساختار یافته بر اساس DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

Mental Disorders; DSM-5) صورت گرفت. از شرکت کنندگان ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از قبیل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات جمع‌آوری شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلاء به اختلال افسردگی و اضطراب اجتماعی طبق معیارهای مصاحبه بالینی تشخیصی (Structured Clinical Interview for the DSM-5; SCID-5)، افراد مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب اجتماعی بدون همبودی دو اختلال مذکور، دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلاء هر نوع اختلال همبود سایکوتیک، اختلال‌های شناختی، اختلالات شخصیتی و سابقه مصرف مواد بود.

پس از جلب همکاری آزمودنی‌هایی که از قبل تشخیص اختلال افسردگی و اضطراب اجتماعی را توسط روان‌پزشک و روان‌شناس دریافت کرده بودند، پرسش‌نامه‌های کیفیت خواب Pittsburgh و خودکارآمدی عمومی Sherer جهت پر شدن به همه آزمودنی‌ها داده شد.

در کلیه مراحل انجام تحقیق، ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت شد. هم‌چنین، پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.TUMS.MEDICINE.REC.1401.256 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است.

مصاحبه تشخیصی ساختار یافته (SCID-5): مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 یک راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته برای ایجاد تشخیص‌های اصلی DSM-5 است. مصاحبه تشخیصی ساختار یافته اختلالات سلامت روان را همان‌طور که در DSM-5 مفهوم‌سازی شده است، ارزیابی می‌کند. مصاحبه تشخیصی ساختار یافته یکی از پرکاربردترین و معتبرترین ابزارهای تشخیصی است و تشخیص‌های مشتق شده از SCID معمولاً استانداردی هستند که ارزیابی‌های دیگر با آن مقایسه می‌شوند. مصاحبه SCID-5 معمولاً ۱ تا ۲ ساعت طول می‌کشد و به یک مصاحبه کننده آموزش دیده نیاز دارد [۱۰]. در این مطالعه، از SCID برای تعیین این‌که آیا شرکت کنندگان بالقوه معیارهای ورود به تشخیص فوبیای اجتماعی را دارند و آیا اختلالات همراه مانند افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر و مصرف مواد را نشان می‌دهند یا خیر، استفاده شد. در مطالعه حاضر از نسخه بالینی SCID استفاده شد.

پرسش‌نامه کیفیت خواب Pittsburgh (Pittsburgh sleep quality index; PSQI): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط Buysse و همکارانش برای ارزیابی کیفیت خواب یک ماه گذشته ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۹ گویه است که هفت مؤلفه کیفیت خواب را تشکیل می‌دهند: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، بازده معمول خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه (یا اختلالات عملکردی روزانه). حداقل و حداکثر نمره‌ای که برای هر مؤلفه در نظر گرفته شده است از ۰ (نبودن مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار جدی) می‌باشد. نمره‌های ۰، ۱، ۲ و ۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشند. مؤلفه‌ها برای به دست آوردن نمره خواب کلی، با هم جمع می‌شوند. نمره کل در محدوده ۰ تا ۲۱ است. نمره کلی ۶ یا بیشتر به معنای نامناسب بودن کیفیت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

خواب می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که نمره ۵ یا بالاتر، یک نقطه برش قابل اعتمادی برای تشخیص کیفیت خواب ضعیف است. در پژوهش Buysse و همکاران همسانی درونی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳، پایایی آن با آزمون مجدد ۰/۸۵ و اعتبار تشخیصی آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ درصد در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل، در سطح مناسب گزارش شده است [۱۱]. در نسخه ایرانی این پرسش‌نامه روایی ۸۶ درصد و پایایی ۸۹ درصد به دست آمد. نسخه فارسی این پرسش-نامه در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است [۱۲]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی Sherer: این مقیاس توسط Sherer و Adams ساخته شده و دارای ۱۷ ماده می باشد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. برای سنجش باورهای خودکارآمدی نمونه مورد نظر، از پرسش‌نامه باورهای خودکارآمدی Sherer و همکاران استفاده شد. این پرسش‌نامه به منظور به دست آوردن نمره خودکارآمدی عمومی فرد ساخته شده است که دارای ۱۷ گویه می‌باشد. این پرسش‌نامه سه مؤلفه رفتاری یعنی «میل به شروع رفتار»، «میل به افزایش تلاش برای کامل کردن تکلیف»، «مقاومت در مقابله با موانع» را می‌سنجد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی شده است که عبارت‌اند از ۵ (کاملاً مخالف) تا ۱ (کاملاً موافق). به همین دلیل به هر سؤال ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. برای سؤالات شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ نمرات به صورت معکوس می‌باشد یعنی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق). حد پایین نمره ۱۷، حد متوسط نمرات ۵۱ و حد بالای نمرات ۸۵ است. در صورتی که نمرات پرسش‌نامه ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی در این جامعه ضعیف، در صورتی که نمرات پرسش‌نامه ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی در سطح متوسط و در صورتی که نمرات بالای ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی بسیار بالا می‌باشد. نمره بالا نشان‌دهنده، خودکارآمدی قوی‌تر و نمره پایین خودکارآمدی ضعیف را نشان می‌دهد [۱۳]. پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی به روش آلفای کرونباخ در پژوهش Sherer و همکاران ۰/۸۶ گزارش شده است. Barati Bakhtiari به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی از روش دو نیمه کردن استفاده کرد. ضریب پایایی از طریق Spearman-Brown با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش نیمه کردن Guttma، برابر ۰/۷۵ محاسبه شد. هم‌چنین، همسانی درونی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد [۱۴]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس اضطراب اجتماعی (The Social Phobia Inventory; SPIN): پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی نخستین بار توسط Connor و همکاران به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه شده است. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی است که ۱۷ گویه دارد و دارای سه خرده مقیاس است که شامل: ترس از موقعیت اجتماعی (۶ گویه)، اجتناب از موقعیت اجتماعی (۷ گویه) و نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب (۴ گویه) می‌باشد. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شوند. نمره کمتر از ۱۹ وضعیت بدون اضطراب اجتماعی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

و نمره ۱۹ تا ۳۰ وضعیت بالینی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ با وضعیت بالینی شدید برای اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۸۹-۰/۷۸، آلفای کرونباخ کل در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس های ترس، اجتناب و نشانه‌های فیزیولوژیک به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش شده است [۱۵]. یافته‌ها نشان داده‌اند که مقیاس اضطراب اجتماعی ابزاری پایا است که از ثبات درونی خوبی برخوردار است. در ایران Saffarinia و Shahandeh، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۶۹ گزارش داده‌اند [۱۶]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسش‌نامه افسردگی Beck ویرایش دوم (The Beck Depression Inventory–II; BDI-II): پرسش‌نامه افسردگی BDI-II که توسط Beck در سال ۱۹۹۶ ساخته شد، از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسش‌نامه از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که شدت علامت افسردگی خودش را نشان می‌دهد، برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای از صفر تا سه می‌گیرد و کل پرسش‌نامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. نمره کوچک‌تر از ۱۳ می‌تواند بدون یا با حداقل افسردگی، نمره مساوی و بالاتر از ۱۳ می‌تواند به افسردگی خفیف / متوسط / شدید طبقه‌بندی شود. ضریب پایایی این آزمون ۰/۹۳ برآورد شده است [۱۷]. این پرسش‌نامه توسط Rajabi و Karju-kasmai در ایران هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند [۱۸]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

در این مطالعه از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. به منظور تحلیل توصیفی داده‌ها از میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد استفاده شد. آزمون مجذور کای به منظور مقایسه بین شرکت کنندگان در سه گروه افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی، و بهنجار در رابطه با اطلاعات جمعیت شناختی (جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل) استفاده شد. در بخش استنباطی برای آزمودن فرضیه‌ها و پاسخ به سؤالات از تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. مقایسه گروه‌ها در هر یک از متغیرهای مشکلات خواب و خودکارآمدی و استخراج شاخص‌های F، اثرات بین گروهی و ضریب تعیین است، برآورد گردید. برای تعیین این‌که کدام یک از گروه‌های مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی، و بهنجار در متغیرهای مشکلات خواب و خودکارآمدی تفاوت دارند، از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد. سطح معنی داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه از مجموع ۱۵۹ شرکت کننده که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، ۹۱ نفر (۵۷/۲ درصد) زن و ۶۸ نفر (۴۲/۸ درصد) مرد بودند. هم‌چنین، بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۱۷ نفر (۷۳/۶ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و افراد دارای تحصیلات ابتدایی ۴ نفر (۲/۵ درصد) کمترین فراوانی را در بین شرکت کنندگان در پژوهش داشتند. از نظر وضعیت اشتغال نیز ۵۵ نفر (۳۴/۶ درصد) از تعداد شرکت‌کنندگان شاغل بوده، ۴ نفر (۲/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان بازنشسته، ۲۸ نفر (۱۷/۶

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

درصد) از شرکت کنندگان خانه‌دار و ۵۰ نفر (۳۱/۴ درصد) دانشجو بودند. همچنین، بیشتر افراد شرکت کننده در پژوهش ۸۹ نفر (۵۶/۰ درصد) مجرد بودند و افراد متأهل ۶۶ نفر (۴۱/۵ درصد)، افراد جدا شده ۳ نفر (۱/۹ درصد) و ۱ نفر (۰/۶ درصد) که همسرش فوت کرده بود، در رده‌های بعدی از نظر فراوانی قرار داشتند. در نهایت، بیشتر شرکت کنندگان در پژوهش ۸۰ نفر (۵۰/۳ درصد) هیچ‌گونه خدمات درمانی مستمر دریافت نکرده بودند و کمترین تعداد شرکت کنندگان در پژوهش (۱ نفر) ۳ تا ۴ سال تحت خدمات درمانی قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها ۳۱/۱۴±۵/۴۲ سال بود. در مجموع، مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی (جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل) تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد مطالعه وجود ندارد.

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی و بهنجار مورد مطالعه در بروجرد و تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

متغیرها		بهنجار (n=۵۳) (درصد) تعداد	افسرده (n=۵۳) (درصد) تعداد	اضطراب اجتماعی (n=۵۳) (درصد) تعداد	مقدار P
جنسیت	زن	۲۵ (۴۷/۲)	۳۲ (۶۰/۴)	۳۴ (۶۴/۲)	۰/۴۷۹*
	مرد	۲۸ (۵۲/۸)	۲۱ (۳۹/۶)	۱۹ (۳۵/۸)	
میزان تحصیلات	ابتدایی	۰	۴ (۷/۵)	۰	۰/۰۵۳**
	راهنمایی	۱ (۱/۹)	۲ (۳/۸)	۲ (۳/۸)	
	دیپلم	۱۰ (۱۸/۹)	۱۵ (۲۸/۳)	۸ (۱۵/۱)	
	دانشگاهی	۴۲ (۷۹/۲)	۳۲ (۶۰/۴)	۴۳ (۸۱/۱)	
وضعیت اشتغال	فاقد شغل	۲۳ (۴۳/۴)	۳۵ (۶۶/۰۳)	۴۲ (۷۹/۲)	۰/۰۲۸**
	شاغل	۲۷ (۹۴/۵۰)	۱۷ (۳۲/۰۷)	۱۱ (۲۰/۸)	
	بازنشسته	۳ (۵/۷)	۱ (۱/۹)	۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۰ (۳۷/۷)	۲۶ (۴۹/۱)	۴۳ (۸۱/۱)	۰/۳۱۷**
	متأهل	۳۱ (۵۸/۵)	۲۵ (۴۷/۲)	۱۰ (۱۸/۹)	
	همسر فوت شده	۱ (۱/۹)	۰	۰	
	جدا شده	۱ (۱/۹)	۲ (۳/۸)	۰	
طول مدت درمان	عدم دریافت درمان	۵۳ (۱۰۰)	۴ (۷/۵)	۲۳ (۴۳/۴)	۰/۵۶۴**
	کمتر از یک سال	۰	۳۲ (۶۰/۴)	۲۰ (۳۷/۷)	
	۱ تا ۲ سال	۰	۱۱ (۲۰/۸)	۶ (۱۱/۳)	
	۲سال و یک ماه تا ۳ سال	۰	۰	۲ (۳/۸)	
	۳ سال و یک ماه تا ۴ سال	۰	۱ (۱/۹)	۰	
	بیشتر از ۴ سال	۰	۵ (۹/۴)	۲ (۳/۸)	

**** آزمون مجذور کای، ** آزمون دقیق فیشر، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار***

برای انجام تجزیه و تحلیل‌های واریانس چندمتغیره در ابتدا مفروضات آمار پارامتریک (به عنوان مثال نرمال بودن، خطی بودن، چند خطی بودن، همگنی واریانس‌ها و آزمون Box's M) مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون Levene استفاده شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

نتایج نشان داد که مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیستند (P>۰/۰۵). برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار F محاسبه شده برای آزمون Box's M (F=۳/۰۶) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. بنابراین، این پیش‌فرض محقق نشده است و هنگام گزارش نهایی به جای آزمون لامبدای ویلکز از آزمون اثر پیلایی (η^2=۰/۲۲) استفاده شد. برای بررسی پیش‌فرض همبستگی متعارف بین متغیرهای وابسته از آزمون Bartlett استفاده شد که نتایج نشان داد که شاخص Bartlett محاسبه شده (χ^2=۱۹۱/۳۱) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. نتایج بررسی مفروضه‌ها نشان داد که می‌توان از تحلیل‌های واریانس چند متغیره استفاده کرد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (جدول ۲) نشان داد که مشکلات خواب در بین افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود دارد (F(۲،۱۵۷)=۱۷/۹۷ ،P<۰/۰۰۱ ،η^2=۰/۱۹). از طرفی با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، تفاوت گروه‌ها قادر است ۱۹ درصد از واریانس مشکلات خواب را تبیین نماید. هم‌چنین، خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود دارد (η^2=۰/۳۳، P<۰/۰۰۱ ،F(۲،۱۵۷)=۳۸/۱۹). از طرفی با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، تفاوت گروه‌ها قادر است ۳۳ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین نماید.

میانگین و انحراف معیار و نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۲ قابل مشاهده است. بر اساس نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بین مشکلات خواب (η^2=۰/۱۹، P<۰/۰۰۱ ،F(۲،۱۵۸)=۱۷/۹۷)، و خودکارآمدی (η^2=۰/۳۳، P<۰/۰۰۱ ،F(۲،۱۵۸)=۳۸/۱۹)، افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در نتیجه سه گروه افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار از لحاظ آماری تفاوت معناداری در مشکلات خواب و خودکارآمدی نشان دادند (جدول ۲).

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه میانگین برحسب گروه‌های مورد مطالعه در بروجرد و تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

متغیرها	بهنجار (n=۵۳)	افسرده (n=۵۳)	اضطراب اجتماعی (n=۵۳)						
نمره	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	η^2
مشکلات خواب	۵/۳۸ ± ۳/۲۳	۹/۰۶ ± ۴/۵۰	۹/۴۲ ± ۳/۵۹	۵۲۹/۴۵	۲	۲۶۴/۷۲	۱۷/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۹
خودکارآمدی	۶۶/۸۹ ± ۹/۰۴	۵۶/۱۹ ± ۱۳/۸۲	۴۷/۲۸ ± ۱۱/۳۳	۱۰۲/۵۴	۲	۵۱۰۶/۲۷	۳۸/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۳

برای تعیین این‌که کدام یک از گروه‌های افسردگی، اضطراب اجتماعی و بهنجار در متغیرهای مشکلات خواب و خودکارآمدی تفاوت دارند، از آزمون تعقیبی Bonferroni به شرح جدول ۳ استفاده شد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

بین افراد بهنجار و بیماران مبتلا به افسردگی از نظر مشکلات خواب تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، به‌طوری‌که میانگین نمرات بیماران مبتلا به افسردگی در مشکلات خواب بیشتر از میانگین نمرات افراد بهنجار است. بین افراد بهنجار و بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی از نظر مشکلات خواب تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، به‌طوری‌که میانگین نمرات بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مشکلات خواب بیشتر از میانگین نمرات افراد بهنجار است. بین بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی از نظر مشکلات خواب تفاوت معنادار مشاهده نشد (P=۰/۶۳۱).

هم‌چنین، بین افراد بهنجار و بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی از نظر خودکارآمدی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، به‌طوری‌که میانگین نمرات افراد بهنجار در خودکارآمدی بیشتر از میانگین نمرات بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی است. علاوه بر این، بین بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی نیز از نظر خودکارآمدی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، به‌طوری‌که میانگین نمرات بیماران مبتلا به افسردگی در خودکارآمدی بیشتر از میانگین نمرات بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی است.

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای وابسته برحسب گروه‌های مورد مطالعه (۵۳ نفر در هر گروه) بروجرد و تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	مقدار P
مشکلات خواب	بهنجار	افسرده	-۳/۶۸	۰/۷۵	< ۰/۰۰۱
		اضطراب اجتماعی	-۴/۰۴	۰/۷۵	< ۰/۰۰۱
	افسرده	اضطراب اجتماعی	-۰/۳۶	۰/۷۵	۰/۶۳۱
خودکارآمدی	بهنجار	افسرده	۱۰/۷۰	۲/۲۵	< ۰/۰۰۱
		اضطراب اجتماعی	۱۹/۶۰	۲/۲۵	< ۰/۰۰۱
	افسرده	اضطراب اجتماعی	۸/۹۱	۲/۲۵	< ۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین مشکلات خواب و خودکارآمدی در افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین افراد بهنجار با بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی از لحاظ مشکلات خواب و خودکارآمدی و هم‌چنین بین بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی از لحاظ خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های [۳، ۲۲-۱۹] همسو است که در پژوهش‌های خود مشکلات خواب را به عنوان یک عامل فراتشخیصی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی در نظر گرفته‌اند. با این حال این یافته با نتایج پژوهش Jafari و همکاران که در پژوهش خود رابطه بین مشکلات خواب با اضطراب را معنادار و رابطه بین مشکلات خواب با افسردگی را غیر معنادار گزارش کردند [۲۳]، ناهمسو است.

در تبیین عدم همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Jafari و همکاران می‌توان به تفاوت روش شناختی و تفاوت در نمونه انتخابی برای شرکت در پژوهش اشاره کرد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

به طوری که در پژوهش Jafari و همکاران از طرح‌های همبستگی برای سنجش میزان ارتباط مشکلات خواب با اضطراب و افسردگی استفاده شده بود، در حالی که در این پژوهش با استفاده از طرح علی مقایسه‌ای به مقایسه مشکلات خواب در بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار پرداخته شده است [۲۳]. در تبیین مشکلات خواب در افراد مبتلا به افسردگی می‌توان مطرح کرد که کاهش کیفیت خواب مطلوب باعث مختل شدن فعالیت روزانه و ایجاد اثرات سوء بروی حیطه‌های مختلف زندگی فرد از جمله ارتباط با دیگران، شغل، وضعیت سلامتی، کاهش خلق و خو، اعتماد به نفس پایین و خستگی زیاد در طول روز و هم‌چنین سبب افزایش خشکی صبحگاهی عضلات می‌شود که این موارد انعکاس دهنده یک عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی هستند؛ به همین جهت افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین و برجسته‌ترین متغیرهای مرتبط با بی‌خوابی در نظر گرفته شده است [۲۴].

وجود مشکلات خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را نیز می‌توان بر اساس مدل شناختی بی خوابی Harvey تبیین کرد. طبق مدل شناختی بی‌خوابی، نگرانی و نشخوارگری افراطی در زمینه میزان خواب، سبب بروز برانگیختگی و آشفتگی‌های هیجان شده، سوءگیری توجه و ادراک نادرست در زمینه عملکرد خواب و مدت زمان آن را به دنبال داشته و موجب شکل‌گیری و تداوم آشفتگی-های خواب می‌شود [۲۷]. هم‌چنین، محققان بر نقش احتمالی تغییرات ساختاری به عنوان یک عامل مرتبط با اختلالات بلند مدت خواب و تنظیم احساسات تأکید کرده‌اند. از آن‌جا که برانگیختگی فیزیولوژیکی و شروع و حفظ خواب ذاتاً فرایندهایی ناسازگار هستند، جای تعجب نیست که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مقاومت خواب، مشکلات به خواب رفتن و بیداری‌های شبانه بیشتری را نشان دهند [۲۳]. در تبیین عدم تفاوت معنادار بین افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی در مشکلات خواب می‌توان گفت مشکلات خواب به مثابه یک عامل فراتشخیصی در نظر گرفته می‌شود که اضطراب و افسردگی را به طور همزمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این راستا Harvey و همکاران اذعان داشتند که مشکلات خواب به عنوان یک عامل فراتشخیصی به صورت ارتباط دو سویه مشکلات خواب با تنظیم هیجان و از طریق ژن‌های مهمی که در تولید و تنظیم چرخه شبانه روزی خواب نقش دارند می‌توانند در آسیب شناسی اختلالات اضطرابی و افسردگی نقش داشته باشند [۲۷].

یافته‌ها نشان داد که بین خودکارآمدی بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های [۳۲-۲۹]، مبنی بر ارتباط خودکارآمدی پایین با افسردگی و هم‌چنین مبنی بر ارتباط خودکارآمدی پایین با اضطراب اجتماعی همسو است. با این حال این یافته با نتایج پژوهش Rabbani و همکاران که در پژوهش خود به تفاوت معناداری در خودکارآمدی دانشجویان افسرده و اضطرابی دست نیافتند [۳۳]، ناهمسو است. در تبیین عدم همسویی یافته‌های پژوش حاضر با نتایج پژوهش Rabbani و همکاران [۳۳]، می‌توان به تفاوت ابزارهای اندازه‌گیری خودکارآمدی و معیارهای تشخیصی متفاوت برای ارزیابی اختلالات اضطرابی اشاره کرد، به نحوی که در پژوهش Rabbani و همکاران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب و بر اساس معیارهای DSM-IV برای مطالعه انتخاب شده بودند، در حالی که در پژوهش حاضر معیار ورود بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص روان‌شناس یا روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 بود و از پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی Connor نیز برای اطمینان از تشخیص استفاده شده بود.

ارتباط خودکارآمدی با افسردگی را می‌توان بر اساس نظریه ایجاد استرس افسردگی Hofmann و همکاران [۳۴] و نظریه اجتماعی-شناختی Bandura [۳۵] تبیین کرد. در نظریه ایجاد استرس افسردگیHofmann و همکاران [۳۴] توضیح داده شده است که افرادی که علائم افسردگی را تجربه می‌کنند، در مقایسه با افراد بهنجار، استرس‌های بین فردی بیشتری تولید می‌کنند و دارای سطوح پایین‌تری از خودکارآمدی عاطفی و اجتماعی هستند که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش علائم افسردگی شود. در واقع هم ویژگی‌های فردی و هم محیط‌های منفی به استرس بین فردی کمک می‌کنند. هنگامی که افراد با عوامل استرس‌زای بین فردی مواجه می‌شوند، احساس می‌کنند که توانایی مقابله با عوامل استرس‌زا و حل مشکلات بین فردی را ندارند و این احساس ناتوانی ناشی از خودکارآمدی پایین به نوبه خود می‌تواند علائم افسردگی را تشدید کند [۳۶].

در مقابل، نظریه شناختی اجتماعی استدلال می‌کند که فقدان خودکارآمدی ممکن است از طریق اختلاف در آرزوها و مهارت‌های درک شده منجر به احساس افسردگی شود. در واقع افراد افسرده معیارهای غیرواقع بینانه تعیین می‌کنند و زمانی که احساس می‌کنند توانایی دست‌یابی به این معیارها را ندارند، اما در عین حال تمایل دارند برای رسیدن به اهداف خود کاری انجام دهند، افسردگی را تجربه می‌کنند. در این راستا آن‌ها کمتر اقدام به انجام عملی می‌کنند که می‌تواند از طریق خودگویی منفی بر خودکارآمدی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد که این نیز به نوبه خود می‌تواند باعث افزایش سطح افسردگی شود [۳۴].

در تبیین ارتباط خودکارآمدی با اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان به یافته‌های Bandura [۳۵] استناد کرد که خودکارآمدی پایین باعث اختلال اضطراب اجتماعی می شود. بدین طریق که وقتی افراد با موقعیتی مواجه می‌شوند که باید استانداردهای بسیار ارزشمند را برآورده کنند، در این حالت احساس خودکارآمدی پایین ممکن است اضطراب اجتماعی ایجاد کند. احساس خودکارآمدی پایین ممکن است از شکل گیری روابط اجتماعی مثبت جلوگیری کند، این در حالی است که چنان‌چه روابط بین فردی رضایت خاطر را برای افراد مضطرب اجتماعی فراهم ننماید، آنان را در تسلط بر تجربیات استرس‌زا قادر نمی‌سازد و از این طریق اضطراب آن‌ها تشدید می‌یابد. علاوه براین، خودکارآمدی پایین نسبت به کنترل بر افکار منفی ممکن است اضطراب اجتماعی را افزایش دهد [۳۶]. ارزیابی فرد در مورد توانایی‌هایش در یک موقعیت بر تصمیم فرد در مورد عمل کردن یا اجتناب کردن از آن موقعیت مؤثر است و از آن‌جا که ترس از قضاوت و ارزیابی منفی در افراد مضطرب اجتماعی مانع بروز توان‌مندی‌هایشان می‌شود، فرد به سمت اجتناب، منفعل بودن و در نهایت ناتوانی در انجام فعالیت های عملکردی کشانده می‌شود [۳۵].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

در مجموع، وجود خودکارآمدی پایین‌تر بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با بیماران مبتلا به افسردگی را می‌توان بر اساس یافته‌های Aldao و همکارش و Carver و Connor-Smith [۳۸-۳۷] تبیین نمود. بر اساس یافته‌های Aldao و همکارش افرادی که از علائم افسردگی رنج می‌برند اغلب از راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثرتری در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده می‌کنند [۳۷]. در مقابل Carver و Connor-Smith معتقدند افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر گرایش به استفاده از راهبردهایی نظیر اجتناب، نشخوار فکری و سرکوب دارند که این راهبردها منجر به سطوح پایین‌تری از خودکارآمدی عاطفی می‌شود [۳۸].

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که در آن برای گردآوری داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته از پرسش‌نامه استفاده شد که امکان سوءگیری در پاسخ را به وجود می‌آورد. محدودیت دیگر، انجام پژوهش به صورت مقطعی است که بر اساس آن نمی‌توان روابط علت و معلولی را نتیجه‌گیری کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت کسب اطلاعات دقیق‌تر و کاهش خطای اندازه‌گیری از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود. در تحقیقات آتی نمونه مورد نظر به روش تصادفی انتخاب شود و به رابطه علت و معلولی متغیرهای پژوهش در قالب طرح‌های آزمایشی توجه شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی مشکلات خواب را تجربه می‌کنند و خودکارآمدی در سه گروه افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب اجتماعی و بهنجار متفاوت بود. بنابراین، دانش در مورد این عامل‌های مشترک بین اختلال افسردگی و اضطراب اجتماعی می‌تواند پیامدهای بالینی مهمی دربرداشته باشد و به نظر می‌رسد که می‌تواند به بهبودی و درمان هم‌زمان این دو اختلال با توجه به پروتکل‌های فراتشخیصی کمک کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که جهت همکاری برای جمع‌آوری داده ها ما را یاری نمودند و از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و سپاس به عمل می‌آید.

.

References

[1] American Psychiatric Association A, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association 2013; p: 591-643.

[2] Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C, Aflakseir A. Emotion regulation therapy for Social Anxiety Disorder comorbid with Major Depressive Disorder: A case study. *Intern J of Behav Sci* 2019; 13(2): 68-72.

[3] Armstead EA, Votta CM, Deldin PJ. Examining rumination and sleep: A transdiagnostic approach to depression and social anxiety. *Neurology, Psyc and Brain Res* 2019; 1(32): 99-103.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

[4] Lima RA, de Barros MV, Dos Santos MA, Machado L, Bezerra J, Soares FC. The synergic relationship between social anxiety, depressive symptoms, poor sleep quality and body fatness in adolescents. *J of affective disorders* 2020; 260(1): 200-5.

[5] Horenstein A, Morrison AS, Goldin P, Ten Brink M, Gross JJ, Heimberg RG. Sleep quality and treatment of social anxiety disorder. *Anxi, Stree, & Coping* 2019; 32(4): 387-98.

[6] Cumming MM, O'Brien KM, Brunsting NC, Bettini E. Special educators' working conditions, self-efficacy, and practices use with students with emotional/behavioral disorders. *Remedial and Special Education* 2021; 42(4): 220-34.

[7] Bandura A, Walters RH. Social learning theory. Vol. 1. Prentice Hall: Englewood cliffs; 1977. P. 1-46.

[8] Langer JK, Tonge NA, Piccirillo M, Rodebaugh TL, Thompson RJ, Gotlib IH. Symptoms of social anxiety disorder and major depressive disorder: A network perspective. *J of affective disorders* 2019; 243: 531-8.

[9] Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007; 39(2): 175-91.

[10] First MB, Williams JB, Benjamin LS, Spitzer RL. User's guide for the SCID-5-PD (structured clinical interview for DSM-5 personality disorder). Arlington: *American Psychiatric Association* 2015; 2.

[11] Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research* 1989; 28(2): 193-213.

[12] Heydari A, Ehtshamzadeh P, Marashi M. The relationship between insomnia severity, sleep quality, sleepiness and mental health disorder with academic performance in girls. *Women and culture scientific-research quarterly* 2010; 1(4): 25-36. [Farsi]

[13] Sherer M, Adams CH. Construct validation of the self-efficacy scale. *Psych rep* 1983; 53(3): 899-902.

[14] Barati Bakhtiari, Siamak. Investigating the simple and multiple relationship of self-efficacy, self-esteem and self-discovery variables with academic performance in the third year students of the new high school system in Ahvaz city. (1997). Master's thesis in Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz. p: 30-5. [Farsi]

[15] Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *Br J Psychiatry Suppl* 2000; 176(4): 379-86.

[16] Saffarinia M, Shahandeh M. Reliability and Validity Assessment of Social Phobia Inventory among Ahvaz Universities' Students. *Iran J Psych Clin Psycho* 2014; 20(2). [Farsi]

[17] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. *Psychol Assess*1996; 1(82): 10-37.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

[18] Rajabi Gh, Karju-kasmai S. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety* 2005; 21(4): 185-92. [Farsi]

[19] Freeman D, Sheaves B, Waite F, Harvey AG, Harrison PJ. Sleep disturbance and psychiatric disorders. *The Lan Psych* 2020; 7(7): 628-37.

[20] Laskemoen JF, Simonsen C, Büchmann C, Barrett EA, Bjella T, Lagerberg TV, et al. Sleep disturbances in schizophrenia spectrum and bipolar disorders–a transdiagnostic perspective. *Compreh Psych* 2019; 8(91): 6-12.

[21] Fairholme CP, Nosen EL, Nillni YI, Schumacher JA, Tull MT, Coffey SF. Sleep disturbance and emotion dysregulation as transdiagnostic processes in a comorbid sample. *Beh Research and Therapy* 2013; 51(9): 540-6.

[22] Harvey AG, Murray G, Chandler RA, Soehner A. Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clin Psych Revi* 2011; 31(2): 225-35.

[23] Jafari A, Heidari-soureshjani R, Zarea K. Investigation of relationship between sleep quality and stress, anxiety and depression among students in the Shoushtar Faculty of Medical Sciences. *Educational Development of Judishapur* 2018; 9(3): 197-205. [Farsi]

[24] Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: a review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J of cell and mol med* 2019; 23(4): 2324-32.

[25] Kelly WE. Worry and sleep length revisited: Worry, sleep length, and sleep disturbance ascribed to worry. *The J of Gen Psych* 2002; 163(3): 296-304.

[26] Danielsson NS, Harvey AG, MacDonald S, Jansson-Fröjmark M, Linton SJ. Sleep disturbance and depressive symptoms in adolescence: the role of catastrophic worry. *J of Yout and Adole* 2013; 42: 1223-33.

[27] Harvey AG, Murray G, Chandler RA, Soehner A. Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clan Psych Revi* 2011; 31(2): 225-35.

[28] Soysa CK, Wilcomb CJ. Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness* 2015; 6 (3): 217-26.

[29] Chen J, Liu TQ, Zheng MJ, Chen C. Relationships between self-esteem, self-efficacy, self-concept, and depression. *Chi J of Clin Psych* 2010; 18(6): 799-801.

[30] Raeisi Sarteshneizy Z, Lotfi M, Pirmoradi M, Asghar Nejad Farid A. Reductive role of self-efficacy in emotional regulation and cognitive flexibility on reducing emotional distress in university students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2020; 30(189): 164-9. [Farsi]

[31] Jazaieri H, Goldin PR, Gross JJ. Treating social anxiety disorder with CBT: Impact on emotion

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

[35] Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J of manag* 2012; 38(1): 9-44.

[36] Paterson M, Green JM, Basson CJ, Ross F. Probability of assertive behaviour, interpersonal anxiety and self-efficacy of South African registered dietitians. *J of Human Nutrit and Dietet* 2002; 15(1): 9-17.

[37] Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behav Rese and Therapy* 2010; 48(10): 974-83.

[38] Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Revie of Psych* 2010; 2(61): 679-704.

regulation and satisfaction with life. *Cognitive Therapy and Research* 2017; 41(2): 406-16. [Farsi]

[32] Thomasson P, Psouni E. Social anxiety and related social impairment are linked to self-efficacy and dysfunctional coping. *Scand J of Psyc* 2010; 51(2): 171-8.

[33] Rabbani B, Mezhgan B, Massoud R, Bavojdan M. Comparison of general self-efficacy beliefs of depressed or anxious students with normal students. *J of Psych Rese* 2011; 15(1); 29-36. [Farsi]

[34] Hofmann SG, Moscovitch DA, Kim HJ. Autonomic correlates of social anxiety and embarrassment in shy and non-shy individuals. *Intern J of Psych* 2006; 61(2): 134-42.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]

Comparison of Sleep Problems and Self-Efficacy in Individuals with Symptoms of Major Depressive and Social Anxiety and Normal Individuals in 2022: A Descriptive Study

Fatemeh Hamzepour Matoughy[۱], Azadeh Tavoli[۲], Maryam Salmanian[۳]

Received: 11/06/23 Sent for Revision:11/07/23 Received Revised Manuscript:12/09/23 Accepted: 25/09/23

Background and Objectives: Social anxiety disorder (SAD) and major depressive disorder (MDD) are among the disorders characterized by a high rate of comorbidity and the transdiagnostic symptoms of which include sleep problems and self-efficacy. The present study aimed to compare sleep problems and self-efficacy in individuals with symptoms of SAD and MDD and normal individuals.

Materials and Methods: The present study was descriptive. The statistical population included all patients, 18 to 60 years old, in the health centers of Borujerd and Tehran in 2022 who were diagnosed with SAD and MDD by psychiatrists and psychologists. Among the participants, 159 were selected via purposive sampling method and completed the study questionnaires. The measurement tools included Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Social Phobia Inventory by Connor, Beck's Depression Inventory, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and Self- Efficacy Scale by Sherer and Adams. Data analysis was performed using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The results showed that there is a significant difference between normal individuals and those with SAD and MDD in terms of sleep problems and self-efficacy ($p<0.001$). Also, there is a significant difference between individuals with SAD and MDD in terms of self-efficacy ($p<0.001$).

Conclusion: Considering the present study, it can be stated that sleep problems are common in social anxiety and major depressive disorders, which leads to their emergence and persistence. These results can have important clinical consequences and aid in the simultaneous treatment of these two disorders with regards to transdiagnostic protocols.

Key words: Social anxiety disorder, Major depressive, Self-efficacy, Sleep problems

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tehran University of Medical Sciences approved the study (IR.TUMS.MEDICINE.REC.1401.256).

How to cite this article: Hamzepour Matoughy Fatemeh, Tavoli Azadeh, Salmanian Maryam. Comparison of Sleep Problems and Self-Efficacy in Individuals with Symptoms of Major Depressive and Social Anxiety and Normal Individuals in 2022: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 22 (7): 691-706. [Farsi]

1- MSc in Clinical Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran ORCID:000-0002-3636-7096

(Corresponding Author) Tel: (021) 85692853, Fax: (021) 88041464, E-mail: a.tavoli@alzahra.ac.ir

3- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Psychiatry Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.61186/jrums.22.7.691]