

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب در دانشجویان

هدی دوس علی وند^(۱)، دکتر بنفشه غزایی^(۲)، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید^(۳)، شیرین رضوانی^(۴)

چکیده

هدف: مطالعه کنونی بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه کوتاه مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب در دانشجویان بود. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و محل اجرای پژوهش، دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. ۴۰۰ دانشجو (۲۳۴ زن؛ ۱۶۶ مرد؛ با میانگین سنی $22/18 \pm 4/06$) با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای ارزیابی، مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس (DASS-21)، مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب (DBAS-10) و شاخص کیفیت خواب پیتربورگ (PSQI) بود. جهت تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون استفاده شد. اعتبار سازه مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی ارزیابی شد. **یافته‌ها:** یافته‌های آماری نشان داد که DBAS-10 از همسانی درونی (آلفای کرونباخ = $0/84$) و پایایی آزمون-بازآزمون ($r = 0/83$) قابل قبولی برخوردار است. نمرات کلی DBAS-10 همبستگی معناداری با PSQI ($r = 0/45$) و خرده‌مقیاس‌های افسردگی ($r = 0/25$)، اضطراب ($r = 0/35$) و استرس ($r = 0/25$) DASS-21 داشت. تحلیل عاملی، دو زیرمقیاس معنادار را برای DBAS-10 شناسایی کرد. **نتیجه‌گیری:** DBAS-10 از پایایی و اعتبار مطلوبی در جمعیت دانشجویی برخوردار است.

کلیدواژه: بی‌خوابی؛ باورها؛ تحلیل عاملی؛ پایایی؛ اعتبار

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۰]

مقدمه

خواهند برد (۳).

اساس زیربنای بی‌خوابی به عناصر فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری نسبت داده شده است. گرچه احتمال دارد که تمامی این سه عنصر، در شروع و تداوم بی‌خوابی نقش داشته باشد، در سال‌های اخیر، مدل‌های شناختی حمایت‌روافزونی کسب کرده‌اند. اکثر مطالعاتی که به بررسی نقش فرآیندهای شناختی در بی‌خوابی پرداخته‌اند، بر تأثیر شناخت‌های پیش از خواب یا شناخت‌های شبانه مربوط به خواب تمرکز کرده‌اند. مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به بی‌خوابی، افکار منفی بیشتری را در طول بیداری‌های شبانه نسبت به افراد دارای

بی‌خوابی به مشکل در شروع خواب، تداوم خواب، بیدار شدن زود هنگام از خواب و/یا خوابی که انرژی‌بخش نیست اطلاق می‌شود که با پیامدهای روزانه مرتبط است (۱). حدود یک سوم جمعیت عمومی حداقل یکی از علائم بی‌خوابی را نشان می‌دهند و هنگامی که علائم بی‌خوابی همراه با پیامدهای روزانه بی‌خوابی در نظر گرفته شود، شیوع بی‌خوابی بین ۱۵ تا ۱۵ درصد است (۲). مطالعات جمعیت‌شناختی نشان داده‌اند که بی‌خوابی شدید به طور متوسط چهار سال طول می‌کشد و ۴۴٪ این افراد تا ۱۰ سال پس از آن نیز از بی‌خوابی رنج

^(۱) دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران - دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۲) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران - دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، کوچه شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان. دورنگار: ۰۲۱-۶۶۵۰۶۸۵۳ (نویسنده مسئول) E-mail: Gharraee.b@iums.ac.ir؛ ^(۳) دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران - دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان؛ ^(۴) کارشناس ارشد روانسنجی، دانشگاه علامه طباطبائی.

ماده‌ای (۲۱) نیز توسط پژوهشگران طراحی شد. فرم اصلی این مقیاس که شامل ۳۰ ماده است، از پنج خرده‌مقیاس تشکیل شده و فرض بر این است که (۱) سوء تعبیرهایی درباره علل بی‌خوابی؛ (۲) اسنادهای نادرست یا بزرگنمایی پیامدهای بی‌خوابی؛ (۳) انتظارات غیرواقع‌نگر؛ (۴) کنترل و پیش‌بینی‌پذیری خواب و (۵) باورهای اشتباه درباره تمرین‌های بهبود دهنده خواب را اندازه می‌گیرد (۱۰). همسانی درونی این مقیاس در ۷۵ بیمار بالینی ۰/۸۰ و میانگین همبستگی ماده-کل ۰/۳۷ بود (۲۲). اسپای^۱ و همکاران (۲۳) نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۲ را برای کل مقیاس در ۱۷۸ بزرگسال دارای مشکلات خواب یافتند. در این مطالعه تنها دو خرده‌مقیاس بزرگنمایی پیامدهای خواب (۰/۷۷) و ادراک کاهش کنترل و پیش‌بینی‌پذیری خواب (۰/۴۱) همسانی درونی رضایت‌بخشی داشتند. پایایی آزمون-بازآزمون نسخه فرانسوی مقیاس، در فاصله دو هفته‌ای مطلوب گزارش شده است (۲۴).

نسخه تجدیدنظر شده این مقیاس شامل ۲۸ ماده است که جمله‌بندی بعضی از ماده‌ها در آن تغییر یافته است. دو ماده ۷ و ۲۶ نسخه اصلی در این نسخه حذف شده‌اند (۱۹). هرچند هیچ تبیینی برای حذف این ماده‌ها مطرح نشد ولی به نظر می‌رسد که این ماده‌ها پیامدهای رفتاری خواب ضعیف تا افکار ناکارآمد را نشان می‌دهند (۲۵). این نسخه، «مقیاس باورها و نگرش‌های شخصی خواب»^۱ نامیده شد. آلفای کرونباخ فرم ۲۸ ماده‌ای برای افراد با مشکلات خواب و افراد با خواب بهنجار به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۰ گزارش شد. ضرایب پایایی برای کل نمونه در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب: ۱- پیامدها (۰/۷۷)، ۲- کنترل/پیش‌بینی‌پذیری (۰/۶۸)، ۳- انتظارات (۰/۰۹-)، ۴- اسنادهای علی (۰/۳۱) و ۵- تمرین‌های خواب (۰/۵۶) بود (۱۹). علی‌رغم این یافته‌ها، مورین^{۱۱} و همکاران (۱۹) پایایی خرده‌مقیاس‌های انتظارات و اسنادهای علی DBAS را پایین گزارش کردند. آلفای کرونباخ کل مقیاس در یک نمونه ترکیبی از

خواب بهنجار گزارش می‌کنند (۴) و شناخت‌های منفی پیش از خواب (برای مثال افکاری درباره به خواب نرفتن) با افزایش مشکلات خواب گزارش شده در ابزارهای اندازه‌گیری ذهنی (و نه عینی) رابطه دارد (۵). از سوی دیگر، به نظر می‌رسد تکالیف پردازش‌کننده ذهنی که در شناخت‌های مربوط به خواب تداخل ایجاد می‌کند، مدت زمان شروع خواب را کاهش می‌دهند (۶). همچنین افکار مرتبط با حل مسئله، تمرین و برنامه‌ریزی رویدادهای روزانه و نگرانی درباره احساس خستگی (و نه به خواب رفتن) بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های تأخیر در شروع خواب هستند (۷). در صورتی که فرد، بی‌خوابی موقعیتی خود را به عنوان علامتی از خطر یا فقدان کنترل، تعبیر کند و شروع به پایش کمبود خواب کرده و درباره پیامدهای آن نگران شود، بیشتر احتمال دارد که بی‌خوابی تداوم یابد. پاسخ‌های شناختی ناکارآمد (برای مثال نگرانی، انتظارات غیرواقع‌نگر و ارزیابی‌های معیوب) در یک چرخه معیوب بی‌خوابی به آشفتگی هیجانی و پریشانی خواب بیشتر منجر می‌شود (۸).

ابزارهای گوناگونی برای بررسی خواب و عوامل مرتبط با آن طراحی شده است که از میان آنها می‌توان به شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ^۱ (PSQI) (۹)، شاخص شدت بی‌خوابی^۲ (ISI) (۱۰)، مقیاس خواب‌آلودگی اپیورث^۳ (ESS) (۱۱)، مقیاس باورهای خواب^۴ (SBS) (۱۲)، مقیاس تلاش برای خواب گلاسگو^۵ (GSES) (۱۳)، پرسشنامه کوتاه بی‌خوابی^۶ (BIQ) (۱۴)، مقیاس برانگیختگی پیش از خواب^۷ (PSAS) (۱۵) و مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب^۸ (DBAS) (۱۰) اشاره کرد. سه ابزار نخست از جمله ابزارهایی هستند که در داخل کشور هنجاریابی شده‌اند (۱۶-۱۸). علی‌رغم شناخت فزاینده از اهمیت عوامل شناختی در سبب‌شناسی بی‌خوابی، ابزارهای اندکی وجود دارد که اختصاصاً برای شناسایی و ارزیابی شناخت‌های مرتبط با خواب طراحی شده باشد. از جمله این ابزارها می‌توان به PSAS، DBAS و SBS اشاره کرد. با این حال، DBAS یکی از پرکاربردترین ابزارها در این زمینه است (۱۰). DBAS یک مقیاس فوق‌العاده سودمند در فعالیت‌های بالینی است که به شناسایی افکار ویژه، برجسته، غیرمنطقی و اغلب دارای بار عاطفی که قبل از شروع خواب به ذهن هجوم می‌آورند، کمک می‌کند. نسخه اصلی این مقیاس شامل ۳۰ ماده بود (۱۰) و بعدها نسخه ۲۸ ماده‌ای (۱۹)، ۱۶ ماده‌ای (۲۰) و ۱۰

- 1- Pittsburgh Sleep Quality Index
- 2- Insomnia Severity Index
- 3- Epworth Sleepiness Scale
- 4- Sleep Beliefs Scale
- 5- Glasgow Sleep Effort Scale
- 6- Brief Insomnia Questionnaire
- 7- Pre-Sleep Arousal Scale
- 8- Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep
- 9- Espie
- 10- Personal Beliefs and Attitudes about Sleep Scale
- 11- Morin

یک نسخه کوتاه از DBAS (DBAS-SF) نیز پیشنهاد شده (۲۷) که توسط ادینگر و همکاران (۳۰) مورد استفاده قرار گرفته است. این نسخه شامل ۱۰ ماده می‌باشد ولی مجموعه ماده‌های آن به طور کامل با DBAS-10 همپوشی ندارد. این نسخه شامل چهار خرده مقیاس: ۱- نگرانی‌های مربوط به اثرات منفی بی‌خوابی، ۲- سوءتعبیر نیازها/ ضرورت‌های خواب، ۳- اشتغال ذهنی بیش از حد با خواب و ۴- آمادگی وابستگی به دارو است. همبستگی این نسخه با فرم ۲۸ ماده‌ای ۰/۸۱ و همسانی درونی (آلفای کرونباخ = ۰/۶۲) است. ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها نیز از ۰/۴۸ (خرده‌مقیاس ۲) تا ۰/۷۲ (خرده مقیاس ۴) گزارش شده است. به نظر می‌رسد که برخی گروه‌های ویژه، بیشتر در معرض بی‌خوابی قرار می‌گیرند. از این لحاظ، دانشجویان گروه پزشکی و به ویژه دانشجویان پزشکی مورد توجه هستند (۳۱). گسترش ابزارهای اندازه‌گیری پایا و معتبر برای پیشبرد زمینه بی‌خوابی ضروری است (۳۲). ایجاد ابزارهای اندازه‌گیری پایا و معتبر با در نظر گرفتن توجه کلی فزاینده به بی‌خوابی و توجه اختصاصی به شناخت‌های ویژه خواب به عنوان یک عامل واسطه و هدف درمان، زمان‌بر ولی لازم است (۲۰). علی‌رغم هنجاریابی و تأیید سودمندی مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب در مطالعات خارجی، ساختار، پایایی و اعتبار این مقیاس در داخل کشور مورد بررسی قرار نگرفته است. در این راستا، هدف پژوهش کنونی بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب (DBAS-10) در جمعیت دانشجویی بود.

روش

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و محل اجرای پژوهش دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین منظور ابتدا از بین تمام دانشکده‌ها، چهار دانشکده پزشکی، پرستاری و مامایی، توانبخشی و مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در هر دانشکده، بر اساس نسبت دانشجویان در هر یک از مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد،

بزرگسالان ۰/۸۲ بود (۲۶). در کل، مطالعات تحلیل عاملی اجرا شده برای تأیید ساختار خرده‌مقیاس پیشنهادی DBAS (۲۳، ۲۷) تنها حمایت نسبی برای طبقه‌بندی ماده‌ای پیشنهاد شده توسط مورین فراهم کرد.

مورین و همکاران (۲۰) فرم ۱۶ ماده‌ای DBAS را نیز طراحی کردند. نسخه ۱۶ ماده‌ای از همسانی درونی مطلوب (آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برای نمونه بالینی و ۰/۷۹ برای نمونه پژوهشی) برخوردار بوده و پایایی آن در فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۳ گزارش شده است. ساختار عاملی آن مشابه نسخه ۳۰ ماده‌ای اصلی بوده و شامل ۴ عامل (پیامدهای ادراک شده از بی‌خوابی، نگرانی یا درماندگی درباره خواب، انتظارات خواب و دارو) است. در یک مطالعه بر نمونه‌ای بهنجار و ترک‌زبان، DBAS-16 مورد بررسی واقع شد و ساختار ۴ عاملی مشابهی به دست آمد. در این مطالعه، همسانی درونی مقیاس ۰/۸۲ و پایایی آزمون-بازآزمون در فاصله دو هفته ۰/۸۳ بود (۲۸).

اسپای و همکاران (۲۳)، ده ماده از DBAS را شناسایی کردند که حساسیت بالایی به بهبود بیماران مبتلا به بی‌خوابی در طی دوره‌ای از مداخله شناختی رفتاری نشان می‌دهد. مقیاس ده ماده‌ای حاصل (DBAS-10)، علاوه بر همسانی درونی قابل قبول (آلفای کرونباخ = ۰/۶۹)، توان کلی DBAS کامل را نیز دارا می‌باشد. همبستگی بین نسخه کوتاه‌شده و نسخه کامل این مقیاس ۰/۸۲ بود. تحلیل عاملی فرم ۱۰ ماده‌ای، به سه عامل یا خرده مقیاس نسبتاً خالص انجامید که به ترتیب «باورهای مربوط به پیامدهای منفی فوری بی‌خوابی»، «باورها درباره پیامدهای منفی طولانی مدت بی‌خوابی» و «باورهای نیاز به کنترل بر بی‌خوابی» را اندازه می‌گیرند. مطالعه ادینگر^۱ و وولگموث^۲ (۲۱) بر دو گروه ۶۹ فرد با خواب طبیعی و ۶۹ فرد مبتلا به بی‌خوابی (گروه اول)؛ ۷۳ فرد مبتلا به بی‌خوابی (گروه دوم) برای بررسی کارایی درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی نیز نشان داد که DBAS-10 همبستگی بالایی با DBAS کامل دارد و افراد دارای خواب طبیعی را از مبتلایان به بی‌خوابی متمایز می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای افراد با خواب طبیعی ۰/۷۰ و برای دو گروه مبتلا به بی‌خوابی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۵۳ بود. در یک مطالعه دیگر، همسانی درونی DBAS-10 در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی^۳ و گروه کنترل سالم ۰/۸۱ بود (۲۹).

سازه روانی را اندازه گیری می کند (۳۳). نمره گذاری بر اساس سه گزینه اصلاً، کم، زیاد، خیلی زیاد انجام می شود. هنری^۳ و کرافورد^۴ (۳۴) فرم کوتاه این مقیاس را بررسی کرده و به وجود یک عامل عمومی و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس در این مقیاس اشاره کردند. در این پژوهش، ضریب پایایی ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و استرس گزارش شد. فرم کوتاه این مقیاس در داخل کشور نیز مورد هنجاریابی واقع شده و ضریب بازآزمایی آن برای عامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ و ضریب آلفای کرونباخ سه عامل به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ به دست آمده است (۳۵). در پژوهش حاضر از فرم ۲۱ سؤالی برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد.

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI): این پرسشنامه برای اندازه گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افراد دارای مشکل خواب و افراد دارای خواب بهنجار ساخته شده است (۹). این مقیاس شامل زیرمقیاس های کیفیت خواب ذهنی، تأخیر خواب، مدت خواب، کفایت عادات خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب و اختلال عملکرد در طی روز است. پاسخ ها از ۰ تا ۳ درجه بندی شده اند و دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ است. نمره برش ۵ افراد دارای مشکلات خواب و افراد دارای خواب بهنجار را از هم تفکیک می کند. PSQI همسانی درونی ($\alpha = 0.83$) و پایایی آزمون-بازآزمون ($r = 0.85$) قابل قبولی دارد. حساسیت این ابزار ۸۹/۶٪ و ویژگی آن ۸۶/۵٪ گزارش شده است (۹). این پرسشنامه در جمعیت ایرانی بر ۳۰۰ بیمار سرپایی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه به روش دو نیمه کردن محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (۱۶). در مطالعه دیگری در داخل کشور حساسیت و ویژگی آن برای تمایز بین بیماران مبتلا به بی خوابی و گروه کنترل با نمره برش ۵، ۹۴٪ و ۷۲٪ گزارش شده است (۳۶).

پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس باورها و نگرش های ناکارآمد خواب (DBAS-10) صورت گرفت. در این پژوهش نخست مقیاس باورها و نگرش های ناکارآمد خواب توسط پژوهشگران به زبان فارسی ترجمه شد. سپس، متن فارسی این مقیاس توسط

دکترای عمومی و دکترای تخصصی، تعدادی کلاس در هر یک از مقاطع به صورت تصادفی انتخاب شد. نخست از افراد خواسته شد تا رضایت نامه پژوهش را مطالعه کرده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. از دانشجویان خواسته شد به پرسشنامه ها به صورت کامل پاسخ دهند. ۴۰۰ نفر پرسشنامه ها را به طور کامل پاسخ دادند. به دلیل تأثیر نوبت کاری بر خواب، دانشجویانی که به دلیل رشته تحصیلی یا شغل خود به نوبت کاری شبانه اشتغال داشتند از تحقیق کنار گذاشته شدند. در پژوهش حاضر از مقیاس باورها و نگرش های ناکارآمد خواب (DBAS)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) استفاده شد.

مقیاس باورها و نگرش های ناکارآمد خواب (DBAS): فرم اصلی این مقیاس یک پرسشنامه خود گزارشی ۳۰ ماده ای است که برای شناسایی و ارزیابی شناخت های مختلف مرتبط با خواب/بی خوابی طراحی شده است. مجموعه ماده های اولیه از تجربه بالینی با بیماران مبتلا به بی خوابی و مفهوم پردازی های شناختی مرتبط با بی خوابی اقتباس شده است. در این پرسشنامه از شرکت کننده خواسته می شود که سطح موافقت یا مخالفت خود را با هر ماده بر یک مقیاس از ۰=کاملاً مخالف تا ۱۰=کاملاً موافق مشخص کند. میانگین نمرات تمام ماده ها، نمره کلی فرد را نشان می دهد. نمرات بالاتر، باورهای ناکارآمد بیشتر درباره خواب را نشان می دهد، به جز ماده ۲۳ (در فرم ۳۰ ماده ای) که برعکس نمره گذاری می شود (۱۰). در پژوهش حاضر، فرم ۱۰ ماده ای DBAS (۲۳) مورد استفاده قرار گرفت. DBAS-10 که از ۳ عامل یا خرده مقیاس تشکیل شده، همبستگی بالایی با DBAS-30 داشته، از همسانی درونی قابل قبول برخوردار بوده (آلفای کرونباخ = ۰/۶۹) و افراد دارای خواب طبیعی را از افرادی که از بی خوابی رنج می برند، متمایز می کند (۲۱).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱ (DASS): این مقیاس توسط لویباند^۲ و لویباند (۳۳) طراحی شده است. این مقیاس سه گانه در مقایسه با سایر مقیاس های موجود، تمییز دقیق تری از دو سازه اضطراب و افسردگی به دست می دهد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم اصلی آن دارای ۴۲ سؤال است که از طریق آن هر یک از سازه های روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) توسط ۱۴ سؤال متفاوت ارزیابی می شود. فرم کوتاه آن شامل ۲۱ سؤال است که هر هفت سؤال یک عامل و یا

1-Depression-Anxiety-Stress Scale

2- lovibond 3- Henry

4- Crawford

یافته‌ها

پرسشنامه‌های ۴۰۰ نفر (۱۶۶ مرد و ۲۳۴ زن) تحلیل شد. میانگین سنی نمونه $22/18 \pm 4/06$ بود. ۹۱/۵ درصد نمونه پژوهش، مجرد بودند. میانگین نمره کل $SD=2/03$ DBAS و $M=5/20$ به دست آمد و میانگین نمره در زنان $SD=4/90$ و $M=5/42$ بالاتر از مردان ($SD=2/00$ و $M=4/90$) بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار ($p < 0/001$) است. میانگین خرده‌مقیاس‌های افسردگی $9/57 \pm 8/95$ ، اضطراب $7/92 \pm 7/79$ ، استرس $12/8 \pm 8/89$ بود. **جدول ۱** فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک دانشکده و مقطع را نشان می‌دهد.

ضریب آلفای کرونباخ مقیاس $0/84$ و میانگین همبستگی سؤال‌ها با یکدیگر $0/30$ محاسبه شد. با استفاده از روش دونیمه‌سازی، ضریب همبستگی بین دو نیمه $0/86$ به دست آمد. پایایی مقیاس به روش آزمون-بازآزمون در فاصله اجرای ۲ هفته $0/83$ بود.

یک متخصص زبان انگلیسی به انگلیسی برگردانده شد و با فرم اصلی مورد مقایسه قرار گرفت و در نهایت نسخه فارسی مقیاس توسط اساتید ویرایش علمی و ادبی شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی استفاده شد. برای بررسی پایایی به روش آزمون-بازآزمون، ۳۰ شرکت‌کننده با فاصله دو هفته مقیاس را تکمیل کردند. اعتبار همگرایی مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) بر ۳۰ شرکت‌کننده و با مقیاس اضطراب-افسردگی-استرس (DASS-21) در کل شرکت‌کنندگان بررسی شد. داده‌های حاصل از پژوهش، به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت تا ساختار عاملی موجود در مقیاس مشخص شود. به علاوه، آزمون KMO به منظور بررسی کفایت نمونه‌گیری و آزمون بارتلت برای بررسی معنی‌داری ماتریس همبستگی مورد استفاده واقع شد. برای توزیع تغییرات به شکل یکنواخت میان عامل‌ها نیز از چرخش واریماکس استفاده شد.

جدول ۱- فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک دانشکده و مقطع تحصیلی

دانشکده	مقطع	تعداد	درصد	کل
پزشکی*	کارشناسی ارشد	۱۶	۴	
	دکتری تخصصی	۱۳	۳/۳	۱۵۲ (۳۸٪)
	دکتری عمومی	۱۲۳	۳۰/۸	
توانبخشی	کارشناسی	۷۴	۱۸/۵	
	کارشناسی ارشد	۲۰	۵	۹۸ (۲۴/۵٪)
	دکتری تخصصی	۴	۱	
پرستاری و مامایی	کارشناسی	۷۱	۱۷/۸	
	کارشناسی ارشد	۱۷	۴/۳	۹۱ (۲۲/۸٪)
	دکتری تخصصی	۳	۰/۸	
مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی	کارشناسی	۳۴	۸/۵	
	کارشناسی ارشد	۱۹	۴/۸	۵۹ (۱۴/۸٪)
	دکتری تخصصی	۶	۱/۵	

*دانشکده پزشکی فاقد مقطع کارشناسی است و علاوه بر دانشجویان رشته پزشکی، در مقطع دکتری تخصصی این دانشکده، دانشجویان سایر رشته‌ها همچون فیزیولوژی، علوم اعصاب و ... تحصیل می‌کنند.

بسیار مناسب است. نتیجه آزمون کرویت بار تلت برابر با مقدار مجذور کای ۱/۴۲ با درجه آزادی ۴۵ می باشد که در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین، تحلیل عاملی برای شناسایی ساختار ابزار مناسب است زیرا ماتریس همبستگی بین متغیرها، واحد نیست. عوامل استخراجی به منظور افزایش قابلیت تفسیرپذیری ماتریس همبستگی مورد چرخش قرار گرفتند. در چرخش واریمکس پس از ۳ تکرار، دو مؤلفه با مقادیر ویژه بزرگتر از یک وجود داشت.

اعتبار همزمان مقیاس با PSQI در ۳۰ شرکت کننده برابر با ۰/۴۵ ($p < ۰/۰۰۱$) و با خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 در ۴۰۰ شرکت کننده به ترتیب برابر با ۰/۲۵، ۰/۳۵، ۰/۲۵ ($p < ۰/۰۰۱$) بود. در ابتدا برای تحلیل عاملی از روش تحلیل مؤلفه های اصلی برای تعیین ساختار عاملی موجود در مقیاس استفاده شد. قبل از تحلیل عوامل، آزمون KMO برای کفایت نمونه برداری انجام شد ($p < ۰/۰۰۱$)، ۰/۸۵ (KMO=). نتایج نشان می دهد حجم نمونه برای تحلیل عاملی

جدول ۲- همبستگی سؤال های پرسشنامه با نمره کل DBAS

سؤال	ضریب آلفا با حذف سؤال	همبستگی با نمره کل	میانگین مقیاس با حذف سؤال	انحراف معیار مقیاس با حذف سؤال
۱	۰/۸۳۹	۰/۴۸۷	۴/۴۷	۱/۸۷
۲	۰/۸۴۴	۰/۴۲۷	۴/۴۹	۱/۸۹
۳	۰/۸۳۶	۰/۵۲۱	۴/۶۱	۱/۸۴
۴	۰/۸۴۳	۰/۴۵۹	۴/۶۹	۱/۸۵
۵	۰/۸۲۹	۰/۵۹۶	۴/۸۶	۱/۸۳
۶	۰/۸۲۴	۰/۶۵۴	۴/۶۱	۱/۸۱
۷	۰/۸۲۲	۰/۶۷۸	۴/۷۲	۱/۸۱
۸	۰/۸۳۱	۰/۵۷۶	۴/۸۹	۱/۸۴
۹	۰/۸۲۴	۰/۶۵۲	۴/۶۹	۱/۸۲
۱۰	۰/۸۴۴	۰/۴۳۶	۴/۷۹	۱/۸۷

جدول ۳- نتایج تحلیل مؤلفه های اصلی نسخه فارسی DBAS-10

سؤال ها	کنترل و پیامدهای خواب	انتظارت و عادات خواب
۱- من به ۸ ساعت خواب شبانه نیاز دارم تا احساس شادایی کرده و به خوبی در طول روز کار کنم.	۰/۷۰۲	۰/۶۸۹
۲- هنگامی که در یک شب، میزان خواب مناسبی نداشته باشم، نیاز دارم که با چرت زدن در روز بعد یا با خوابیدن بیشتر در شب بعد آن را جبران کنم.	۰/۵۲۸	۰/۳۹۷
۳- من نگران هستم که شاید بی خوابی مزمن، پیامدهای جدی برای سلامت جسمی من داشته باشد.	۰/۶۹۳	۰/۶۹۳
۴- هنگامی که در به خواب رفتن یا خوابیدن مجدد پس از بیداری در نیمه شب مشکل دارم، باید در رختخواب بمانم و سخت تر تلاش کنم.	۰/۵۰۴	۰/۵۰۴
۵- من نگران هستم که شاید کنترلم را بر توانایی های خود برای خوابیدن از دست بدهم.	۰/۶۲۷	۰/۶۲۷
۶- پس از یک خواب شبانه ناکافی، می دانم که این مسئله با فعالیت های روزانه من در روز بعد تداخل خواهد کرد.	۰/۷۴۰	۰/۷۴۰
۷- هنگامی که در طول روز احساس تحریک پذیری، افسردگی و اضطراب می کنم، غالباً به این دلیل است که شب قبل به خوبی نخوابیده ام.	۰/۶۲۱	۰/۶۲۱
۸- هنگامی که یک شب به طور ناکافی می خوابم، می دانم که این مسئله برنامه خواب من را برای کل هفته خراب خواهد کرد.	۰/۵۷۳	۰/۵۷۳
۹- هنگامی که احساس خستگی می کنم، انرژی ندارم یا حتی به نظر می رسد که به خوبی در طول روز کار نمی کنم، کلاً به این دلیل است که شب قبل به خوبی نخوابیده ام.		
۱۰- من در شب غرق در افکار خود می شوم و اغلب احساس می کنم که هیچ کنترلی بر جریان سریع فکرم ندارم.		

کرونباخ $0/69$ (۲۳)، $0/68$ و $0/53$ (۲۱) را در نمونه‌های مبتلا به بی‌خوابی و $0/81$ را در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی (۲۹) یافته‌اند. همسانی درونی مطلوب کل مقیاس و دو عامل تشکیل دهنده آن در پژوهش حاضر، حاکی از این است که DBAS-10، ابزار اندازه‌گیری با ثباتی برای استفاده در جمعیت غیربالینی است.

ساختار عاملی مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و دو عامل استخراج شد. بنابراین نسخه فارسی مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب مبتنی بر دو مؤلفه اساسی است. در حالی که مورین، پنج خرده‌مقیاس پیشنهادی خود را بیش از این که به صورت آماری مطرح کند به شکل مفهومی ارائه کرده است (۱۰)، اسپای و همکاران (۲۳) بر اساس یافته‌های آماری به سه عامل دست یافتند. در مطالعه آنان، سه عامل برای DBAS-10 شناسایی شد که به ترتیب «باورهای مربوط به پیامدهای منفی و فوری بی‌خوابی» (۱، ۲، ۶، ۷، ۹)، «باورها درباره پیامدهای منفی طولانی‌مدت بی‌خوابی» (۳، ۵، ۸) و «باورهای نیاز به کنترل بی‌خوابی» (۴، ۱۰) نام گرفتند. در مطالعه ادینگر و وولگموث (۲۱) نیز که به مقایسه ویژگی‌های روانسنجی نسخه اصلی و نسخه کوتاه DBAS در میانسالان و سالمندان پرداختند، عامل اول (۶، ۷، ۹)، عامل دوم (۳، ۵، ۸، ۱۰) و عامل سوم (۱، ۲، ۴) شناسایی شد. در هر دو مطالعه عامل اول و دوم ثبات درونی داشته و به نظر می‌رسد که به گروه‌های اصلی مورین (۱۰) یعنی «اسنادهای نادرست پیامدهای بی‌خوابی» و «باورهای غیر قابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل بودن خواب» مربوط هستند. در پژوهش حاضر، عامل اول که به عنوان «کنترل و پیامدهای خواب» نامگذاری شد شامل دو طبقه مفهومی مورین یعنی «پیامدهای مرتبط با خواب» و «غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش‌بینی بودن خواب» بود و عامل دوم که تحت عنوان «انتظارات و عادات خواب» نامیده شد، دو طبقه مفهومی دیگر یعنی «انتظارات درباره خواب» و «تمرین‌های بهبود دهنده خواب» را در برمی‌گیرد. البته با توجه به این که سؤال سوم آزمون در پژوهش حاضر در عامل دوم و در مطالعات پیشین در طبقه پیامدها قرار گرفته است، لازم است این نامگذاری با احتیاط صورت گیرد. باید در نظر داشت نتایجی که از طریق تحلیل عاملی به دست می‌آید در مقایسه با واقعیتی که از مشاهده مستقیم متغیرهای مستقل حاصل می‌شود، نظری‌تر و موقتی‌تر است (۳۷).

یافته‌ها حاکی از این هستند که سؤال‌ها روی دو عامل قرار می‌گیرند. عامل اول $38/01$ درصد و عامل دوم $8/35$ درصد (جمعاً $46/37$ درصد) واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. ضریب آلفای دو عامل نیز به ترتیب $0/69$ و $0/81$ بود. میانگین و انحراف استاندارد مقیاس با حذف هر یک از سؤالات کاهش می‌یابد (جدول ۲).

جدول ۳ نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی را نشان می‌دهد. سؤال‌های ۴ تا ۱۰ بر عامل اول و سؤال‌های ۱ تا ۳ بر عامل دوم بار شدند.

بحث

با وجود تأکید فزاینده بر عوامل شناختی در درک و درمان بی‌خوابی، ابزارهای اندازه‌گیری مناسب و آزمون‌شده کمی در این زمینه وجود دارد. ابزارهایی معرفی شده در ادبیات تحقیقی، با مطالعات علمی دقیق بررسی نشده‌اند، گرچه ممکن است چنین ابزارهایی بخشی از کاربرد رایج در فعالیت بالینی باشند (۲۳).

دو مجموعه شواهد از نقش عوامل شناختی در بی‌خوابی حمایت می‌کنند (۸). بعضی از مطالعات بر افکار مهاجم در شب تمرکز کرده و سایر مطالعات، باورها و نگرش‌های بنیادین و احتمالاً دارای بار عاطفی درباره کمبود خواب را بررسی کرده‌اند که در طول روز و شب به ذهن خطور می‌کند. سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که محتوا و بار عاطفی شناخت‌های مرتبط با خواب ممکن است نقش بیشتری در تعدیل بی‌خوابی نسبت به میزان فعالیت شناختی به تنهایی داشته باشد (۸). یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌ها به منظور ارزیابی چنین مؤلفه‌هایی، مقیاس باورها و نگرش‌های ناکارآمد خواب می‌باشد.

تا جایی که می‌دانیم مطالعات پیشین، پایایی آزمون-بازآزمون و همبستگی دو نیمه DBAS-10 را بررسی نکرده‌اند. بنابراین، امکان مقایسه مطالعات قبلی و پژوهش حاضر در این زمینه وجود ندارد. با این حال، پژوهش حاضر نشان داد که نسخه کوتاه DBAS از پایایی آزمون-بازآزمون مطلوبی در جمعیت دانشجویی برخوردار است و همبستگی دو نیمه آزمون نیز قابل قبول است.

پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ برابر با $0/84$ محاسبه شد که از نظر آماری معنادار و حاکی از همسانی درونی مطلوب پرسشنامه بود. مطالعات قبلی ضریب آلفای

که مانند پژوهش حاضر بر نمونه بهنجار صورت گرفت، ضریب همبستگی بین DBAS-16 و پرسشنامه افسردگی بک ۰/۲۷ بود که به ضریب همبستگی پژوهش حاضر نزدیک تر است. به علاوه، در پژوهشی دیگر (۲۰) که از DBAS-16 استفاده شد، علائم افسردگی (پرسشنامه افسردگی بک) و اضطرابی (پرسشنامه اضطراب بک) ارتباط معناداری (از ۰/۲۸ تا ۰/۵۰) با باورهای مربوط به پیامدهای بی‌خوابی، نگرانی درباره خواب و باورهای مربوط به دارو داشت ولی این علائم با انتظارات خواب ارتباط معناداری نداشت. بنابراین، به نظر می‌رسد که خرده‌مقیاس‌های گوناگون DBAS، همبستگی متفاوتی با علائم افسردگی و اضطراب دارند.

از DBAS می‌توان با دو کارکرد (کیفی و کمی) استفاده کرد. DBAS برای متخصصان بالینی طراحی شد تا به آنان در شناسایی زیرمجموعه‌ای از شناخت‌های مختل‌کننده خواب با هدف اداره این شناخت‌ها در درمان کمک کند. این رویکرد کیفی می‌تواند با یک رویکرد کمی تر که از طریق آن DBAS به عنوان یک ابزار اندازه‌گیری نتیجه یا فرآیند به کار می‌رود، تکمیل شود (۲۰).

از آنجا که معمولاً چندین ابزار اندازه‌گیری به همراه هم اجرا می‌شود، یک نسخه کوتاه از DBAS می‌تواند بار مسئولیت شرکت‌کنندگان در پژوهش را کاهش دهد. گرچه ابزار ۳۰ ماده‌ای اصلی از نظر روانسنجی کماکان دقیق‌تر و از نظر بالینی مفیدتر است، امید می‌رود که اعتباریابی این نسخه کوتاه باعث شود که متخصصین بالینی و محققین بیشتری از این ابزار اندازه‌گیری مختصر در مجموعه ارزیابی خود برای بی‌خوابی، به ویژه از نسخه کوتاه به منظور تسهیل مقایسه‌ی نتایج مطالعات استفاده کنند (۲۰). با توجه به این که بیماران اغلب خود را به عنوان قربانیان بی‌خوابی می‌انگارند، یکی از هدف‌های مهم درمان، تقویت احساس کنترل و مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت مشکلات خواب و پیامدهای روزانه آنها خواهد بود (۸).

محدودیت‌های مطالعه حاضر نیز می‌بایست مد نظر قرار گیرد. نمونه پژوهش شامل بزرگسالان (جوان) بود. بنابراین، نتایج این مطالعه قابل تعمیم به گروه‌های سنی بالاتر نیست. دانشجویان زیرگروه‌های پزشکی علاوه بر استرس به دلیل تماس مداوم با رنج و مرگ انسان، تابع یک برنامه تحصیلی طاقت‌فرسا هستند. تعداد فراوان کلاس‌ها و نیاز به صرف زمان بیشتر برای مطالعه در محرومیت از خواب در این گروه از

تفاوت‌های مشاهده شده در ماده‌های مشخص‌کننده این عوامل در دو مطالعه قبلی و همچنین بین مطالعه حاضر و مطالعات پیشین، احتمالاً به تفاوت در نمونه‌های پژوهش مربوط است. نمونه ادینگر و وولگموث (۲۱) غربال‌شده و دقیق و نمونه اسپای و همکاران (۲۳) شامل بیماران کلینیکی بود، در حالی که نمونه پژوهش حاضر از دانشجویان انتخاب شد. در هر دو مطالعه قبلی، میانگین سنی شرکت‌کنندگان بالاتر از مطالعه کنونی بود و با توجه به شیوع بالاتر بی‌خوابی با افزایش سن (۳۸)، بخشی از تفاوت در یافته‌ها ممکن است ناشی از تفاوت سنی نمونه‌ها باشد. در هر دو مطالعه (۲۳، ۲۱)، عامل سوم از همسانی درونی کافی برخوردار نبود. در حالی که در مطالعه کنونی، ماده‌های یک تا سه در یک عامل و ماده‌های چهار تا ۱۰ در عامل بعدی قرار گرفته‌اند و هر دو عامل از همسانی درونی مطلوبی برخوردار هستند. به نظر می‌رسد که مطالعه اسپای و همکاران (۲۳) ساختار زیرمقیاس DBAS-10 را برای بیماران بالینی بهتر منعکس می‌کند.

همبستگی بین DBAS-10 با PSQI برابر با ۰/۴۵ ($p < ۰/۰۱$) به دست آمد که از نظر آماری معنادار است. در یک پژوهش بر ۱۹۸ بزرگسال بهنجار و ۱۷۵ دانشجوی دوره لیسانس، همبستگی بین DBAS و PSQI ۰/۱۷ گزارش شد (۲۸). البته در این پژوهش، فرم ۱۶ ماده‌ای DBAS مورد استفاده قرار گرفت و نمونه پژوهش دانشجویان علوم تربیتی بوده‌اند، در حالی که پژوهش حاضر با استفاده از فرم ۱۰ ماده‌ای و بر دانشجویان علوم پزشکی صورت گرفته است. در پژوهش حاضر، اعتبار همزمان مقیاس با خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 به ترتیب برابر با ۰/۲۵، ۰/۳۵ و ۰/۲۵ ($p < ۰/۰۰۱$) بود. در یک مطالعه، همبستگی بین DBAS و خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۴۴ و ۰/۳۳ بود. در این مطالعه از فرم ۳۰ ماده‌ای DBAS استفاده شد و نمونه پژوهش دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به بی‌خوابی بالینی بودند (۳۹). گزارش رابطه بالاتر بین اضطراب و افسردگی با بی‌خوابی در نمونه‌های بالینی، احتمالاً دچار سوگیری شده و معرف جمعیت کلی نباشد (۳۹). با توجه به این که نمونه پژوهش حاضر غیربالینی بود، انتظار می‌رفت که همبستگی بین اضطراب و افسردگی با شناخت‌های ناکارآمد به شدت مطالعات بالینی نباشد. برای نمونه، در پژوهشی در ترکیه (۲۸)

- and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 97-111.
3. Drake CL, Roehrs T, Roth T. *Insomnia Causes, Consequences, and Therapeutics: An Overview*. *Depress Anxiety* 2003; 18, 163-76.
 4. Watts, FN, Coyle K, East MP. The contribution of worry to insomnia. *Brit J Clin Psychol* 1994; 33: 211-20.
 5. Van Egeren L, Haynes SN, Franzen M, Hamilton J. Presleep cognitions and attributions in sleep-onset insomnia. *J Behav Med* 1983; 6: 217-32.
 6. Haynes SN, Adams AE, Franzen M. The effects of pre-sleep stress on sleep-onset insomnia. *J Abnorm Psychol* 1981; 90: 601-6.
 7. Wicklow A, Espie CA. Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther* 2000; 38: 679-93.
 8. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
 9. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193-213.
 10. Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press 1993.
 11. Johns M. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991; 14(6): 540-5.
 12. Adan A, Fabbri M, Natale V, Prat G. Sleep Beliefs Scale (SBS) and circadian typology. *J Sleep Res* 2006; 15: 125-32.
 13. Broomfield NM, Espie CA. Towards a valid, reliable measure of sleep effort. *J Sleep Res*. 2005; 14(4): 401-7.
 14. Kessler RC, Coulovrat C, Hajak G, Lakoma MD, Roth T, Sampson NA, et al. Reliability and validity of the Brief Insomnia Questionnaire (BIQ) in the America Insomnia Survey (AIS). *Sleep*. 2010; 33(11): 1539-49.
 15. Nicassio PM, Mendlowitz DR, Fussell JJ, Petras L. The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the Pre-Sleep Arousal Scale. *Behav Res Ther* 1985; 23: 263-71.
 16. Afkham Ebrahimi A, Ghalebani MF, Salehi M, Kafian

دانشجویان نقش دارد (۴۱). بنابراین، با توجه به این‌که داده‌های مطالعه حاضر از دانشجویان جمع‌آوری شد، ممکن است برای بیماران مبتلا به بی‌خوابی یا جمعیت عمومی قابل استفاده نباشد.

در پژوهش حاضر از ابزارهای عینی برای ارزیابی خواب استفاده نشد. با این حال مشخص شده که شناخت‌ها و نگرش‌های ناکارآمد خواب لزوماً با متغیرهای به دست آمده از ابزارهایی همچون پلی‌سومنوگرافی همبستگی معناداری ندارد (۲۰). به عبارت دیگر، اگرچه اکثر بیماران مبتلا به بی‌خوابی مداوم، کم و بیش درجه‌ای از انحراف از الگوهای خواب طبیعی را در گزارش پلی‌سومنوگرافیک آزمایشگاه خواب نشان می‌دهند ولی میزان پریشانی در گزارش‌های ذهنی آنها با میزان پریشانی در ابزارهای عینی خواب، برابر نیست (۴۲).

با توجه به این موارد، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی با تأکید بر مصاحبه تشخیصی و انجام پژوهش در نمونه‌های بالینی، یافته‌های پژوهش حاضر در جمعیت بالینی ایرانی مورد بررسی قرار گیرد. در طی سال‌های گذشته، مداخلات روانشناختی بی‌خوابی، راهبردهای بازسازی شناختی را به منظور هدف قرار دادن مستقیم باورها و نگرش‌های معیوب درباره خواب در بر گرفته‌اند (۴۳). لازم است در پژوهش‌های بعدی اعتبار افتراقی و حساسیت این ابزار نسبت به تغییرات شناختی حاصل از درمان شناختی-رفتاری بررسی شود (۲۵). DBAS-10 یک ابزار اندازه‌گیری مختصر و مناسب است که به نظر می‌رسد برای مطالعات آتی هم در زمینه مکانیسم‌های شناختی تداوم‌بخش بی‌خوابی و هم تغییرات نگرشی حاصل از درمان شناختی-رفتاری نویدبخش باشد.

سپاسگزاری

از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران که در پژوهش حاضر همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. [Persian]
2. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know

- Tafti AR, Vakili Y, Akhlaghi Farsi E. Sleep parameters and the factors affecting the quality of sleep in patients attending selected clinics of rasoul-akram hospital. *Razi J Med Sci* 2008; 15(58):31-8. [Persian]
17. Yazdi Z, Sadeghniit-haghighi Kh, Zohal M, Elmizadeh KH. (2012). Validity and reliability of the Iranian version of the Insomnia Severity Index. *Malays J Med Sci*. 2012; 19(4): 32-7.
18. Sadeghniat-Haghighi Kh, Yazdi Z, Zohal M. Polysomnographic Findings in Patients With Obstructive Sleep Apnea With and Without Excessive Daytime Sleepiness. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2011; 19(4):445-53. [Persian]
19. Morin CM, Stone J, Trinkle D, Mercer J, Remsberg S. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychol Aging*. 1993; 8(3): 463-7.
20. Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a Brief Version (DBAS-16). *Sleep* 2007; 30 (11): 1547-54.
21. Edinger JD, Wohlgemuth WK. Psychometric comparisons of the standard and abbreviated DBAS-10 versions of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep questionnaire. *Sleep Med* 2001; 2: 493-500.
22. Morin CM. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep: Preliminary scale development and description. *Behav Ther*. 1994; 163-4.
23. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L, Tessier S. Insomniacs' attributions: psychometric properties of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale and the sleep disturbance questionnaire. *J Psychosom Res* 2000; 48:141-8.
24. Blais FC, Gendron L, Mimeault V, Morin CM. (1997). Evaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'Encephale* 1997; 23: 447-53.
25. Greenwood KM. The role of dysfunctional beliefs about sleep in cognitive behaviour therapy for insomnia. [thesis]. [Melbourne]: Faculty of Life and Social Sciences, Swinburne University of Technology; 2009.
26. Edinger JD, Fins AI, Glenn M, Sullivan RJ, Bastian LA, Marsh GR, et al. Insomnia and the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbance among adults with and without insomnia complaints. *J Consult Clin Psych*. 2000; 68(4): 586-93.
27. Wright HR, Lack LC, Morin CM, Edinger JD. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire: preliminary factor analysis. *Sleep* 2000; 23(2): 381.
28. Boysan M, Mery Z, Kalafat T, Kagan M. Validation of a brief version of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale in Turkish sample. *Procedia*. 2010; 5: 314-7.
29. Theadom A, Cropley M. Dysfunctional beliefs stress and sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Med*. 2008; 9(4): 376-81.
30. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Does cognitive behavioral therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep*. 2001; 24(5): 591-9.
31. Loayza PM, Ponte TS, Carvalho CG, Pedrotti MR, Nunes PV, Souza CM, et al. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001; 59(2A): 180-5.
32. Morin CM. Measuring outcome in randomized clinical trials of insomnia therapies. *Sleep Med Rev* 2003; 7:263-79.
33. Lovibond PF, Lovibond SH. The Structure of Negative Emotional States: Comparison of Depression Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33: 335-342.
34. Henry JD, Crawford JR. The Short form of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-Clinical sample. *Brit J Psychol* 2005; 44(Pt 2): 227-39.
35. Samani S, Jokar B. Considering validity and reliability of short version of anxiety, depression, and stress scale. *Journal of social sciences and Humanities of Shiraz University*. 2007; 26 (3): 65-77. [Persian]
36. Farrahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath*. 2012; 16(1): 79-82.
37. Hooman HA, Asgari A. Factor analysis application: difficulties and limitations. *J Psychology & Education*. 2005; 35 (2): 1-20. [Persian]

38. Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin* 2008; 24 :307-17.
39. Woodley J, Smith S. Safety behaviors and dysfunctional beliefs about sleep: Testing a cognitive model of the maintenance of insomnia. *J Psychosom Res.* 2006; 60 : 551-7.
40. Jansson-Frojmark M, Lindblom K. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? a prospective study in the general population. *J Psychosom Res.* 2008; 64(4): 443-9.
41. Lima PF, Medeiros ALD, Araujo JF. Sleep-wake pattern of medical students: early versus late class starting time. *Braz J Med Biol Res.* 2002; 35 (11): 1373-7.
42. Lundh LG, Broman JE. Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *J Psychosom Res.* 2000; 49(5): 299-310.
43. Blanger L, Savard J, Morin, CM. Clinical management of insomnia using cognitive therapy. *Behav Sleep Med.* 2006; 4 (3): 179-202.
44. Gregory A, Cox J, Crawford MR, Holland J, Harvey AG, the STEPS team. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep in children. *J Sleep Res.* 2009; 18: 422-6.

Original Article

Psychometric Properties of Short Form Persian Version
of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale

Abstract

Objectives: The purpose of the current study was to investigate the psychometric properties of the short form Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS-10) in college students. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study. The study statistical population consisted of students of Tehran University of Medical Sciences and the place of research was schools (faculties) of Tehran University of Medical Sciences. Four hundred students (234 women; 166 men; with mean (\pm SD) age of 22.18 ± 4.06 years) were selected through multi-stage cluster sampling. The assessment measures were Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS-10), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Cronbach's alpha and test-retest method were used to determine reliability of the scale. The scale's construct validity was assessed by exploratory factor analysis. **Results:** Statistical findings showed that the DBAS-10 internal consistency (Cronbach's $\alpha=0.84$) and test-retest reliability ($r=0.83$) are reasonable. The DBAS-10 total scores were significantly correlated with PSQI ($r=0.45$) and DASS-21 subscales of depression ($r=0.25$), anxiety ($r=0.35$), and stress ($r=0.25$). Factor analysis identified two significant subscales for DBAS-10. **Conclusion:** The DBAS-10 has an appropriate validity and reliability in college students.

Key words: *insomnia; beliefs; factor analysis; reliability; validity*

[Received: 2 July 2013; Accepted: 9 February 2014]

Hoda Doos Ali Vand ^a, Banafsheh Gharraee*, Aliasgar Asgharnejad Farid ^b, Shirin Rezvanifar ^c

* Corresponding author: Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66506853

E-mail: Gharraee.b@iums.ac.ir

^a Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran, Iran; ^b Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^c Allameh Tabatabaeei University, Tehran, Iran.