

مقایسه‌ی شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی و آشفته‌گی هیجانی دانش‌آموزان متوسطه کم‌خواب و پرخواب شهر چابهار

مهنوش عابدینی^۱، یوسف دل‌باخته^۲

^۱ استادیار گروه مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل قشم.

^۲ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل قشم

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی و آشفته‌گی هیجانی دانش‌آموزان متوسطه کم‌خواب و پرخواب شهر چابهار به انجام شده است. این تحقیق به لحاظ هدف کاربردی و روش بررسی آن توصیفی و از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری آن را کلیه دانش‌آموزان متوسطه شهر چابهار تشکیل داده‌اند. نمونه آماری شامل ۸۰ نفر از دانش‌آموزان کم‌خواب (۴۰ نفر) و پرخواب (۴۰ نفر) دوره متوسطه شهر چابهار بوده است، که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه شایستگی اجتماعی فلنر و همکاران (۱۹۹۰)، پرسشنامه کیفیت زندگی آلین لاین (۲۰۰۵) و پرسشنامه تحمل آشفته‌گی هیجانی سیمونز (۲۰۰۵) بوده است. به منظور تعیین پایایی پرسشنامه‌ها، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، که مقدار آلفای آن برای همه پرسشنامه‌ها بیش از ۰/۷ بدست آمده است. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داده است که: بین دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب شهر چابهار از نظر مولفه‌های شایستگی اجتماعی (مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمیبه‌های انگیزشی)، مولفه‌های کیفیت زندگی (عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی) و مولفه‌های آشفته‌گی هیجانی (تحمل آشفته‌گی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفته‌گی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفته‌گی) تفاوت معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی

شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی، آشفته‌گی هیجانی، کم‌خواب

مقدمه

خواب^۱، یکی از عناصر مهم در چرخه شبانه روزی است که با تجدید قوای فیزیکی و روانی، همراه است. انسان‌ها یک سوم زندگی خود را در خواب سپری می‌کنند. آشفتگی‌های خواب یکی از شایع‌ترین مشکلات در جمعیت عمومی است و ۱۲ درصد افراد از نوعی آشفتگی خواب رنج می‌برند؛ به بیان دیگر این افراد یک ساعت یا بیشتر تلاش می‌کنند تا به خواب بروند یا این مشکل چهار بار در ماه دست کم برایشان اتفاق می‌افتد. کم خوابی و یا پر خوابی بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد؛ به طوری که کم خوابی یا پر خوابی با بسیاری از اختلالات‌های روان شناختی، همانندی بالایی دارد. بنابراین کم خوابی یا پر خوابی می‌تواند یکی از عوامل مهم و تعیین کننده‌ی آشفتگی روان شناختی^۲ باشد. آشفتگی ممکن است حاصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌گردد (گاسلینگ، باترهاام و چریستینسن^۳، ۲۰۱۲).

کیفیت مناسب خواب برای سلامت هر فرد الزامی است و با سلامت جسمی و روانی و همچنین کیفیت زندگی و پیشرفت و بهره‌وری در ارتباط است. مشکلات خواب در زنان و مردان با بالاتر رفتن سن، افزایش می‌یابد و در هر سنی تعداد زنان مبتلا نسبت به مردان بیشتر است. مخصوصاً پس از یائسگی در زنان، با پائین آمدن میزان استروژن و پروژسترون، کیفیت خواب مطلوب نیز کاهش می‌یابد. برخی از اختلالات خواب نیز مانند مشکلات تنفسی در طول خواب و سندرم پاهای بی‌قرار در سنین میانسالی شایع هستند. اکثر اختلالات خواب با اختلالات دیگر روانشناختی همبندی داشته و درمان مبتلایان، بسیار پیچیده است و مستلزم بکارگیری درمانهای تخصصی چند جانبه است (کانتولا^۴، ۲۰۱۱).

کیفیت زندگی^۵ نیز می‌تواند متأثر از کم خوابی یا پر خوابی باشد. سال‌هاست که پژوهشگران، مطالعه کیفیت زندگی را مورد توجه قرار داده‌اند. از سال ۱۹۴۸ که سازمان بهداشت جهانی سلامتی را نه تنها بهبود بیماری بلکه توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف کرد، کیفیت زندگی به شکل قابل ملاحظه‌ای در مراقبت بهداشتی و تحقیقات علوم پزشکی اهمیت پیدا کرده است (مارسیا و دونالد^۶، ۱۹۹۸؛ نقل از بخشی، ۱۳۸۸).

نتایج پژوهش‌های هیلی کالس، مونرو، بیکسler، کامبرلاین، سولداتوس^۷ (۲۰۱۵) نشان دادند که استرس و آشفتگی هیجانی نیز یکی از مهمترین فاکتورهای زیستی^۸ روانی در ایجاد بی‌خوابی اولیه است و می‌تواند در اثر رویدادهای ناخوشایند زندگی فرد ایجاد شود. همچنین آکرستدت، کوتسون، ویستروهلوم، تورل، آلفردسون، ککلوند^۸ (۲۰۱۵)، تسونو، بست، ریچی^۹ (۲۰۱۵) در پژوهشی در مورد استرس ساعات کار و میزان کیفیت زندگی با اختلالات خواب نشان داد که بین کار سخت در طول روز و میزان کیفیت زندگی با خواب آشفته به هنگام شب در افراد نیز رابطه وجود دارد. مشغله ذهنی زیاد فرد با کار و حرفه خود در زمان عصر پیش بینی کننده خوبی برای بر هم خوردن کیفیت خواب وی محسوب می‌شود.

امروزه توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم ارزیابی کیفیت مراقبت در بیماری‌های مختلف با رشد گسترده‌ای همراه شده است، با این حال هدف مهم‌تر به حداکثر رساندن درک بیمار از احساس رفاه و کیفیت زندگی خویش می‌باشد. بنابراین در طی چند دهه اخیر، در این مورد جنبش تازه‌ای به وجود آمده است و سلامت به عنوان یکی از حقوق بشر و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است یعنی سلامت برای ارضاء نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی لازم بوده و باید در دسترس همه انسان‌ها قرار گیرد. اخیراً^{۱۰} مفهوم وسیع‌تری از سلامتی به وجود آمده است که شامل بهبود کیفیت زندگی است (افتخار، ۱۳۹۱).

1 - Dream

2 - Psychological distress

3 -Gosling, Batterham, Christensen

4 - Kantola

5 - Quality of Life

6 -Marsia and donald

7 - Healey, Kales, Monroe, Bixler, Chamberlin, Soldatos

8 - Åkerstedt, Knutsson, Westerholm, Theorell, Alfredsson, Kecklund

9. Ritchie

شایستگی اجتماعی^{۱۰}؛ بیانگر توانایی فرد در سازمان دادن منابع فردی، محیطی و حفظ آن هاست. رابین و روز-کران سور^{۱۱} شایستگی اجتماعی را توانایی رسیدن به هدف‌های فردی در تعامل اجتماعی، همزمان با حفظ روابط مثبت با دیگران در همه‌ی زمان‌ها و موقعیت‌ها می‌دانند. در شایستگی اجتماعی، چهارجنبه‌ی روابط مثبت و سازنده با دیگران، شناخت اجتماعی دقیق، فقدان رفتارهای ناسازگارانه و رفتارهای اجتماعی موثر وجود دارد (سیمرد، کلیک من^{۱۲}، ۲۰۰۷).

عقاید و نگرشهای افراد تحت تأثیر فرهنگ و تربیت خانواده شکل می‌گیرد و افرادی که تحت عقاید قوی تربیت می‌شوند در اجتماع نیز مؤثر و مفیدتر عمل می‌کنند. در مدل شایستگی اجتماعی مؤثر که توسط دراگانیدیس و منتزس^{۱۳} (۲۰۰۶) ارائه شد، ارسال مؤثر پیام، دریافت مؤثر پیام و تجربه کردن را سه عنصر مهم شایستگی اجتماعی مؤثر معرفی کرده‌اند. از این رو دانش ارتباط غیرکلامی به فرد کمک می‌کند تا در ارسال، دریافت، خواندن و تفسیر پیامهای غیرکلامی بطور مؤثر عمل کند و نقش مهمی در ایجاد صمیمیت و اعتماد در برقراری تفاهم و درک متقابل و سازگاری اجتماعی داشته باشد. بطور کلی تفسیر و فهم رفتارهای غیرکلامی دیگران، هم تسهیل کننده درک حالات عاطفی دیگران است و هم در تعاملات اجتماعی موثر است. افرادی که سطح بالایی از شایستگی اجتماعی دارند، در رمزگذاری و رمزخوانی علایم غیر کلامی، مهارت بهتری دارند. آرجیل^{۱۴} (۲۰۰۹) عقیده دارند که حساسیت به پیامهای غیر کلامی، عنصر مهمی از شایستگی اجتماعی است (به نقل از چایوکیو و تاکیان^{۱۵}، ۲۰۱۰).

کم خوابی و پر خوابی از جمله عواملی است که اختلال‌های روانشناختی بسیاری را موجب می‌شود، که کیفیت زندگی، شایستگی اجتماعی و آشفتگی هیجانی از متغیرهایی هستند که می‌توانند در اثر کم یا پر خوابی دچار اختلال‌هایی شوند. بالا بودن کیفیت زندگی در هر کشور نشانه توسعه پایدار و همه‌جانبه در آن جامعه است. امروزه کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم جهت ارزیابی وضعیت سلامت، پیشرفت و توسعه یک جامعه محسوب می‌شود، بنابراین ارتقای کیفیت زندگی در سطح جامعه و ارزیابی عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر آن یکی از وظایف مهم دولت و مسئولین امور اجتماعی محسوب می‌شود.

اختلالات خواب در اغلب موارد یک نشانه زودرس در بیماری‌های روانپزشکی است و بیش از ۳۰ درصد مردم دنیا از اختلالات خواب رنج می‌برند و می‌توان گفت اختلالات خواب از بزرگترین اختلالات روانی بوده که در جمعیت شیوع بین ۴۲ تا ۱۵ درصد را داشته و یک ارتباط درونی بالا بین اضطراب و اختلالات خواب و کیفیت خواب وجود دارد. یافته‌های مربوط به عوامل جمعیت‌شناسی جنسیت و سن نشان می‌دهند که مشکلات خواب در زنان و سنین بالای ۵۰ سال فراوانی بیشتری داشته که این امر یک یافته ثابت در اکثر پژوهش‌های خواب است همچنین بخش قابل توجهی از تصادفات و سوانح رانندگی از اختلالات خواب ناشی می‌شود. با این توصیف، خواب نه تنها روی فرد بلکه روی خانواده و کل جامعه تاثیر گذار بوده و خسارت غیرمستقیم سالانه ناشی از مشکلات خواب در امریکا حدود ۵۶-۴۳ میلیارد دلار برآورد شده است (ابراهیمی، ۱۳۹۱).

یکی از متغیرهایی که احتمالاً در افراد دارای کم خوابی یا پر خوابی دچار نقص می‌شود، شایستگی اجتماعی است. شایستگی اجتماعی توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است. به عبارت دیگر، شایستگی اجتماعی توانایی مراقبت از خود، یاری رساندن و مراقبت از دیگران است (فلنر، لیسز، فیلیپس^{۱۶}، ۲۰۰۹). با توجه به اهمیت خواب در زندگی انسان و میزان بالای کم خوابی و پر خوابی و همانندی آن‌ها با اغلب اختلال‌های روان‌شناختی از یک سو و از سوی دیگر، فقدان پژوهشی که به بررسی مقایسه شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی و آشفتگی هیجانی در افراد کم خواب و پر خواب پرداخته باشد. با انجام این پژوهش ضمن شناسایی عواقب اختلال خواب می‌توان گام مهم و موثری در

10 - Social competence

11- Rubin & Rose-Krasnor

12 -Semrud-Clikeman

13 -Draganidis & Mentzas

14- Argyl

15 - Chau-kiu,C. & Tak-yan

16- Felner, R. D, Lease, A. M, and Philips

جهت پیشگیری و درمان آن پرداخت، پژوهش حاضر در صدد است که به مقایسه شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی و آشفتگی در این گونه افراد بپردازد.

در نهایت با توجه به مطالب بالا پژوهش حاضر در راستای پاسخگویی به این سوال اساسی می باشد که: آیا بین شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی و آشفتگی هیجانی در بین دانش آموزان کم خواب و پر خواب شهر چابهار تفاوت وجود دارد.

اهداف تحقیق

۱. مقایسه شایستگی اجتماعی در بین دانش آموزان متوسطه کم خواب و پر خواب.
۲. مقایسه کیفیت زندگی در بین دانش آموزان متوسطه کم خواب و پر خواب.
۳. مقایسه آشفتگی هیجانی در بین دانش آموزان متوسطه کم خواب و پر خواب.

فرضیه‌های تحقیق

۱. از نظر مولفه‌های شایستگی اجتماعی بین دانش آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد.
۲. از نظر مولفه‌های کیفیت زندگی بین دانش آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد.
۳. از نظر مولفه‌های آشفتگی هیجانی بین دانش آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی اصطلاحات تحقیق

تعاریف مفهومی

شایستگی اجتماعی: شایستگی اجتماعی توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت پذیری اجتماعی است. به عبارت دیگر، شایستگی اجتماعی توانایی مراقبت از خود، یاری رساندن و مراقبت از دیگران است (تامسین، مهلسین، کریستینسن و زاچارا^{۱۷}، ۲۰۱۴).

کیفیت زندگی: کیفیت زندگی به عنوان تصور هر شخص در مورد اینکه آیا او با وجود ارتباطی که با خانواده و دوستان و اجتماع دارد، برایش رضایت بخش هست تعریف شده است. این متغیر، وضعیت زندگی افراد را از جنبه‌های مختلف (نظیر جسمانی و اجتماعی) مورد سنجش قرار می‌دهد (آکرستدت، کنتسون، ویستهرولم، تیوریل، آلفریدسون و کیکلوند^{۱۸}، ۲۰۱۵).

آشفتگی هیجانی: آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان شناختی منفی اطلاق می‌گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌گردد (گاسلینگ، ۲۰۱۲).

خواب: خواب عبارت است از کاهش تا فقدان سطح هوشیاری، تعلیق نسبی ادراکات حسی و غیر فعال شدن تقریباً تمام عضلات ارادی در زمان استراحت به طوری که فعالیت بدن و ذهن تغییر کرده و توهم‌های بینایی جایگزین تصاویر واضح واقعی بشوند. در بین پستانداران، پرندگان، ماهیان و دیگر جانوران مراحل خواب و بیداری وجود دارد. خواب برای سلامت و بازسازی سیستم اعصاب، سیستم ایمنی و سیستم عضلانی-اسکلتی انسان‌ها و جانوران اهمیت دارد (راولی^{۱۹}، ۲۰۱۰).

کم خوابی: کم خوابی یک اختلال خواب است که بوسیله اشکال افتادن در خواب یا دوام خواب مشخص می‌شود طبق نظریات (رابرت فرانکن^{۲۰}، ۲۰۰۵؛ به نقل از نیت حقیقی و همکاران، ۱۳۹۰)؛ افرادی که در طول شب کمتر از ۶ ساعت خواب دارند، کم خواب محسوب می‌شوند. افرادی که کم خوابی دارند یک یا بیشتر از یکی از نشانه‌های زیر را دارند: ۱. مشکل

17 - Thomsen D.K., Mehlsen M. Y., Christensen S., Zachariae

18- Åkerstedt T., Knutsson A., Westerholm P., Theorell T., Alfredsson L., Kecklund

19 - Rowley

20 - Rabert Feranklin

داشتن در خوابیدن ۲. در طول شب بیدار شدن و به زحمت به خواب برگشتن ۳. صبح خیلی زود بیدار شدن ۴. احساس خستگی پس از بیدار شدن (کلاگری، افشارمقدم و آذر، ۱۳۹۰).

پرخوابی: خواب آلودگی مفراط، با خواب شبانه طولانی، اشکال در حفظ حالت هشیاری در خلال روز، دوره های خواب ناخواسته در روز تظاهر می کند. طبق نظریات (رابرت فرانکن، ۲۰۰۵)؛ افرادی که در طول شب بیشتر از ۱۱ ساعت خواب دارند، پرخواب محسوب می شوند (رابرت فرانکن، ۲۰۰۵؛ به نقل از نیت حقیقی، یزدانی و زحل، ۱۳۹۰).

تعاریف عملیاتی

شایستگی اجتماعی: نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در آزمون ۴۴ سوالی شایستگی اجتماعی فلنر، لیسز، فیلیپس (۱۹۹۰) کسب خواهند کرد. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

کیفیت زندگی: نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در آزمون ۳۶ سوالی کیفیت زندگی آلین لاین^{۲۱} (۲۰۰۵) *SF-36* کسب خواهند کرد. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

آشفته‌گی هیجانی: نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در آزمون ۱۸ سوالی آشفته‌گی هیجانی سیمونز (۲۰۰۵) کسب کرده اند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

کم خوابی: در این پژوهش منظور از کم خوابی؛ اختلالی است که بر اساس پاسخ به سوال تعداد ساعات خواب از جمعیت غیر بالینی آنهایی که کمتر از ۶ ساعت در شب خواب دارند، تشخیص داده شدند.

پرخوابی: در این پژوهش منظور از پرخوابی؛ اختلالی است که بر اساس پاسخ به سوال تعداد ساعات خواب از جمعیت غیر بالینی آنهایی که بیشتر از ۱۱ ساعت در شب خواب دارند، تشخیص داده شدند.

روش تحقیق

این پژوهش به لحاظ هدف؛ کاربردی و از نظر ماهیت؛ توصیفی و از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای می باشد. جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان متوسطه شهر چابهار در سال ۱۳۹۶ می باشد که تعداد آن ها ۱۴۰۰ نفر می باشد. و از این تعداد افراد مبتلا به اختلالات خواب تشخیص داده شده که بر اساس پاسخ به سوال تعداد ساعات خواب از جمعیت غیربالینی و از بین جامعه آماری چابهار انتخاب شده اند.

حجم نمونه و روش برآورد حجم نمونه : با توجه به جدول مورگان ابتدا در مرحله اول تعداد ۳۰۲ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه ها بین دانش آموزان توزیع شد و از بین آنها تعداد نمونه آماری شامل ۴۰ نفر از افراد دچار اختلال کم خوابی و همچنین تعداد ۴۰ نفر افراد دچار اختلال پر خوابی، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ضمناً حداقل نمونه برای طرح های علی-مقایسه‌ای ۲۵ نفر است (دلاور، ۱۳۹۵) و در این پژوهش برای افزایش اعتبار بیرونی در هر گروه ۴۰ نفر انتخاب شده است.

ابزار گردآوری اطلاعات : روش گردآوری اطلاعات در این پژوهش به صورت پیمایشی بوده و بدین منظور از ابزار پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد. نمونه گیری این تحقیق در دو مرحله انجام گرفت. ابتدا میان دانش آموزان متوسطه چابهار ۳۰۲ پرسشنامه اختلال خواب توزیع شد، سپس از بین آنها تعداد نمونه آماری شامل ۴۰ نفر از افراد دچار اختلال کم خوابی و نیز تعداد ۴۰ نفر افراد دچار اختلال پر خوابی بودند، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس پرسشنامه های شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی و آشفته‌گی هیجانی در اختیار آنها قرار داده شده و در نهایت پرسش نامه های هر دو گروه جمع آوری و اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: یک وسیله اندازه گیری سلامت است که به خوبی کیفیت زندگی را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال و ۸ مقیاس می باشد و سلامت را در هشت حیطة عملکرد جسمی (۱۰ گویه)، نقش

جسمی (۴ گویه)، درد جسمی (۴ گویه)، سلامت عمومی (۴ گویه)، نشاط (۴ گویه)، کارکرد اجتماعی (۲ گویه)، نقش هیجانی (۳ گویه) و سلامت روانی (۵ گویه) مورد سنجش قرار می گیرد. نسخه فارسی پرسشنامه فرم کوتاه به عنوان یک پرسش نامه استاندارد توسط پژوهشکده از آزمون روایی «هم گرایی» برای تعیین روایی استفاده شده که تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) به دست آمده است (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵) برای تعیین پایایی از پایایی «همسانی درونی» استفاده شده که ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (سلامتی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه تحمل آشفتگی هیجانی: مقیاسی ۱۵ گزینه ای که این مقیاس آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی (۳ گویه)، ارزیابی ذهنی آشفتگی (۶ گویه)، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع (۳ گویه) و اقدام های تنظیم کننده برای تسکین آشفتگی (۳ گویه)، مورد سنجش قرار می دهند. گزینه های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر می باشد. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. هر چند، پس از انجام تحلیل عاملیت تأییدی وجود چهار عامل اول، تحمل (۷ من نمی توانم به احساس آشفتگی ام رسیدگی کنم)، جذب (۸ هنگامی که آشفتگی و پریشان هستم، همواره به این فکر می کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی (۹ تحمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم (۱۰ من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضرم هر کاری را انجام دهم) کشف شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب اعتبار ۰/۸۳ و ضریب باز آزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده اند (سیمونز، ۲۰۰۵).

پرسشنامه شایستگی (کفایت) اجتماعی: این مقیاس توسط فلنر و همکاران (۱۹۹۰) ساخته شده است که ۴۷ ماده دارد و به صورت مقیاس ۷ درجه ای لیکرتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ داده می شود و چهار بعد مهارت ها و توانایی های شناختی (۳ گویه)، مهارت های رفتاری (۳۴ گویه)، کفایت هیجانی (۳ گویه)، آمایه های انگیزشی و انتظار (۷ گویه) را می سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی باز آزمایی در فاصله زمانی ۴ هفته ۰/۸۹ به دست آمده است. با توجه به پشتوانه ی نظریه مطرح شده توسط فلنر، از دیدگاه متخصصان روان شناسی و روان سنجی، روایی صوری و منطقی آن تأیید شده است. همبستگی این مقیاس با خرده مقیاس ها بسیار بالا می باشد. همچنین روایی سازه ی این مقیاس به وسیله ی تحلیل عاملی ۰/۸۳ بود که حاکی از روایی بیرونی بالای آزمون است. همچنین تمامی مقادیر همبستگی سئوالات با کل آزمون بالاتر از ۰/۵۰ گزارش شده است که بیانگر همبستگی بالای بین سئوالات با کل آزمون می باشد (فلنر، لیسز، فیلیپس، ۱۹۹۰).

روش تجزیه و تحلیل داده ها: تجزیه و تحلیل اطلاعات ابتدا به صورت توصیفی می باشد که شامل میانگین، انحراف معیار و ... و در بخش دوم برای آزمون فرضیه ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (Manova) استفاده و برای این منظور از نرم افزار آماری Spss نسخه ۲۲ استفاده شده است.

یافته های پژوهش

آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش

در این بخش آماره های توصیفی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در جدول زیر ارائه گردیده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه پر خواب		گروه کم خواب		ابعاد	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۹۸	۱۹/۷۵	۴/۸۴	۱۶/۳۳	عملکرد جسمی	کیفیت زندگی
۲/۳۳	۱۰/۷۸	۲/۱۰	۸/۹۸	نقش جسمی	
۲/۰۶	۹/۴۵	۲/۰۳	۷/۴۸	درد جسمی	
۳/۳۴	۱۲/۵۸	۲/۵۲	۱۰/۵۸	سلامت عمومی	
۳/۴۳	۱۴/۲۵	۳/۷۴	۱۱/۹۰	نشاط	
۲/۴۲	۶/۱۵	۱/۹۷	۴/۴۵	کارکرد اجتماعی	
۱/۲۱	۴/۵۳	۰/۷۷	۳/۶۰	نقش هیجانی	
۴/۲۷	۱۸/۴۵	۵/۳۲	۱۴/۹۰	سلامت روانی	
۲/۰۷	۹/۵۰	۱/۹۹	۸/۰۸	تحمل آشفتگی	آشفتگی هیجانی
۴/۶۸	۱۹/۷۵	۴/۴۸	۱۵/۳۸	ارزیابی ذهنی آشفتگی	
۳/۱۳	۹/۷۳	۳/۱۰	۷/۷۸	توجه به هیجانات	
۲/۵۸	۷/۵۰	۲/۳۰	۵/۹۸	اقدامهای تنظیم کننده	شایستگی اجتماعی
۲/۰۲	۱۲/۲۵	۲/۸۸	۱۰/۰۸	مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی	
۹/۲۴	۱۱۳/۴۰	۱۱/۴۹	۱۰۶/۹۵	مهارت‌های رفتاری	
۱/۹۱	۹/۷۵	۲/۲۲	۸/۴۳	کفایت هیجانی	
۴/۰۸	۲۴/۳۳	۳/۴۶	۲۰/۶۵	آمایه های انگیزشی	

آمار استنباطی

در این بخش ابتدا هریک از فرضیات مطرح شده و سپس آزمون‌های آماری مورد نیاز بوسیله نرم افزار Spss در رابطه با هر فرضیه استفاده شده است.

فرضیه اول: از نظر مولفه‌های شایستگی اجتماعی بین دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه از دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب از لحاظ شایستگی اجتماعی، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. قبل از بکار گیری این آزمون مفروضه‌های این آزمون به وسیله

آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های شایستگی اجتماعی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول زیر آمده است:

جدول ۲: نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگونی واریانس‌های شایستگی اجتماعی

Sig	F	Df2	Df1	Variable
۰/۰۸	۵/۸۳	۷۸	۱	مهارت‌های شناختی
۰/۰۹	۲/۸۰	۷۸	۱	مهارت‌های رفتاری
۰/۲۵	۱/۳۲	۷۸	۱	کفایت هیجانی
۰/۶۹	۰/۱۵	۷۸	۱	آمایه‌های انگیزشی

نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که آزمون لوین برای کلیه ابعاد شایستگی اجتماعی معنی‌دار نمی‌باشد ($P > 0.05$). در نتیجه واریانس‌های مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی در دو گروه با هم برابر بوده و از پیش فرض برابری واریانس‌ها تخطی نشده است، این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. برای تعیین معناداری اثر گروه بر شایستگی اجتماعی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول زیر گزارش شده است:

جدول ۳: نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندمتغیره مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی

Value	F	Error DF	DF	Sig	Eta
۰/۷۵	۵/۹۷	۷۵	۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. میزان $F=5/97$ و لامبدای ویلکز با ارزش $Value=0/75$ در سطح $P < 0/01$ معنادار می‌باشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون‌های لون و لامبدای ویلکز، تحلیل‌های مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به‌دست‌آمده در جدول زیر قابل مشاهده است:

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) اثرات گروه بر مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی

Eta	Sig	F	Mean Square	DF	Variable
۰/۱۶	۰/۰۰۰۱	۱۵/۲۳	۹۴/۶۱	۱	مهارت‌های شناختی
۰/۰۸	۰/۰۰۷	۷/۶۴	۸۳۲/۰۵	۱	مهارت‌های رفتاری
۰/۰۹	۰/۰۰۶	۸/۱۲	۳۵/۱۱	۱	کفایت هیجانی
۰/۱۹	۰/۰۰۰۱	۱۸/۸۴	۲۷۰/۱۱	۱	آمایه‌های انگیزشی

نتایج آزمون مانوا نشان می‌دهد که بین دو گروه از دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب، در مولفه‌های مهارت‌های شناختی ($F=15/23$ و $P < 0/01$)، مهارت‌های رفتاری ($F=7/64$ و $P < 0/01$)، کفایت هیجانی ($F=8/12$ و $P < 0/01$) و آمایه-

های انگیزشی ($F=18/84$ و $P<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که نمره کل مولفه های چهارگانه شایستگی اجتماعی بین دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب به طور معناداری متفاوت بوده است. همچنین متغیر گروه ۰/۱۶ درصد از واریانس مهارت‌های شناختی، ۰/۰۸ درصد از واریانس مهارت‌های رفتاری، ۰/۰۹ درصد از واریانس کفایت هیجانی و ۰/۱۹ درصد از واریانس آمایه‌های انگیزشی را تبیین می‌کند. بنابر نتایج به دست آمده، فرضیه اول تایید می‌شود.

فرضیه دوم: از نظر مولفه‌های کیفیت زندگی بین دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب تفاوت وجود دارد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه از دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب از لحاظ کیفیت زندگی، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. قبل از بکارگیری این آزمون مفروضه‌های این آزمون به وسیله آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های کیفیت زندگی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول زیر آمده است:

جدول ۵: نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگونی واریانس‌های کیفیت زندگی

Sig	F	Df2	Df1	Variable
۰/۵۳	۰/۳۹	۷۸	۱	عملکرد جسمی
۰/۳۰	۱/۰۵	۷۸	۱	نقش جسمی
۰/۶۷	۰/۱۷	۷۸	۱	درد جسمی
۰/۱۲	۵/۳۳	۷۸	۱	سلامت عمومی
۰/۴۹	۰/۴۶	۷۸	۱	نشاط
۰/۰۶	۳/۸۶	۷۸	۱	کارکرد اجتماعی
۰/۱۰	۱/۶۹	۷۸	۱	نقش هیجانی
۰/۱۴	۲/۱۲	۷۸	۱	سلامت روانی

نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که آزمون لوین برای کلیه ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار نمی‌باشد ($P>0/05$). در نتیجه واریانس‌های مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه با هم برابر بوده و از پیش فرض برابری واریانس‌ها تخطی نشده است، این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. برای تعیین معناداری اثر گروه بر کیفیت زندگی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول زیر گزارش شده است:

جدول ۶: نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندمتغیره مؤلفه‌های کیفیت زندگی

Value	F	Error DF	DF	Sig	Eta
۰/۷۰	۳/۶۶	۷۱	۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. میزان $F=3/66$ و لامبدای ویلکز با ارزش $Value=0/70$ در سطح $P<0/01$ معنادار می‌باشد. با توجه به نتایج

به دست آمده از آزمون های لون و لامبدای ویلکز، تحلیل های مربوط به اثرات بین آزمودنی ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در جدول زیر قابل مشاهده است:

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) اثرات گروه بر مؤلفه های کیفیت زندگی

Variable	DF	Mean Square	F	Sig	Eta
عملکرد جسمی	۱	۲۳۴/۶۱	۹/۷۱	۰/۰۰۳	۰/۱۱
نقش جسمی	۱	۶۴/۸۰	۱۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۴
درد جسمی	۱	۷۸/۰۱	۱۸/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۱۹
سلامت عمومی	۱	۸۰	۹/۸۴	۰/۰۰۲	۰/۱۱
نشاط	۱	۱۱۰/۴۵	۸/۵۷	۰/۰۰۴	۰/۰۹
کارکرد اجتماعی	۱	۵۷/۸۰	۱۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳
نقش هیجانی	۱	۱۷/۱۱	۱۶/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷
سلامت روانی	۱	۲۵۲/۰۵	۱۰/۸۰	۰/۰۰۲	۰/۱۲

نتایج آزمون مانوا نشان می دهد که بین دو گروه از دانش آموزان کم خواب و پر خواب، در مولفه های عملکرد جسمی ($F=9/71$ و $P<0/01$)، نقش جسمی ($F=13/09$ و $P<0/01$)، درد جسمی ($F=18/55$ و $P<0/01$)، سلامت عمومی ($F=9/84$ و $P<0/01$)، نشاط ($F=8/57$ و $P<0/01$)، کارکرد اجتماعی ($F=11/83$ و $P<0/01$)، نقش هیجانی ($F=16/36$ و $P<0/01$) و سلامت روانی ($F=10/80$ و $P<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که نمره کل مولفه های هشت گانه کیفیت زندگی بین دانش آموزان کم خواب و پر خواب به طور معناداری متفاوت بوده است. همچنین متغیر گروه ۰/۱۱ درصد از واریانس عملکرد جسمی، ۰/۱۴ درصد از واریانس نقش جسمی، ۰/۱۹ درصد از واریانس درد جسمی، ۰/۱۱ درصد از واریانس سلامت عمومی، ۰/۰۹ درصد از واریانس نشاط، ۰/۱۳ درصد از واریانس کارکرد اجتماعی، ۰/۱۷ درصد از واریانس نقش هیجانی و ۰/۱۲ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین می کند. بنابر نتایج به دست آمده، فرضیه دوم تایید می شود.

فرضیه سوم: از نظر مولفه های آشفتگی هیجانی بین دانش آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد.

جهت تجزیه و تحلیل داده های مربوط به تفاوت بین دو گروه از دانش آموزان کم خواب و پر خواب از لحاظ آشفتگی هیجانی، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. قبل از بکار گیری این آزمون مفروضه های این آزمون به وسیله آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی فرض برابری واریانس های آشفتگی هیجانی در گروه های مورد پژوهش نیز از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول زیر آمده است:

جدول ۸: نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگونی واریانس‌های آشفتگی هیجانی

Sig	F	Df2	Df1	Variable
۰/۳۶	۰/۸۲	۷۸	۱	تحمل آشفتگی
۰/۶۹	۰/۱۵	۷۸	۱	ارزیابی ذهنی آشفتگی
۰/۸۰	۰/۰۶	۷۸	۱	توجه به هیجانات
۰/۱۸	۱/۷۸	۷۸	۱	اقدام‌های تنظیم کننده

نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که آزمون لوین برای کلیه ابعاد آشفتگی هیجانی معنی‌دار نمی‌باشد ($P > 0/05$). در نتیجه واریانس‌های مؤلفه‌های آشفتگی هیجانی در دو گروه با هم برابر بوده و از پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تخطی نشده است. این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. برای تعیین معناداری اثر گروه بر آشفتگی هیجانی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول زیر گزارش شده است:

جدول ۹: نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندمتغیره مؤلفه‌های آشفتگی هیجانی

Value	F	Error DF	DF	Sig	Eta
۰/۷۹	۴/۹۴	۷۵	۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های آشفتگی هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد. میزان $F=4/94$ و لامبدای ویلکز با ارزش $Value=0/79$ در سطح $P < 0/01$ معنادار می‌باشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون‌های لون و لامبدای ویلکز، تحلیل‌های مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به‌دست‌آمده در جدول زیر قابل‌مشاهده است:

جدول ۱۰: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) اثرات گروه بر مؤلفه‌های آشفتگی هیجانی

Eta	Sig	F	Mean Square	DF	Variable
۰/۱۱	۰/۰۰۲	۹/۸۱	۴۰/۶۱	۱	تحمل آشفتگی
۰/۱۸	۰/۰۰۰۱	۱۸/۱۹	۳۸۲/۸۱	۱	ارزیابی ذهنی آشفتگی
۰/۰۹	۰/۰۰۷	۷/۷۹	۷۶/۰۵	۱	توجه به هیجانات
۰/۰۹	۰/۰۰۷	۷/۷۶	۴۶/۵۱	۱	اقدام‌های تنظیم کننده

نتایج آزمون مانوا نشان می‌دهد که بین دو گروه از دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب، در مولفه‌های تحمل آشفتگی ($F=9/81$) و $P < 0/01$ ، ارزیابی آشفتگی ($F=18/19$ و $P < 0/01$)، توجه به هیجانات ($F=7/79$ و $P < 0/01$) و اقدامات تنظیمی ($F=7/76$) و تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که نمره کل مولفه‌های چهارگانه آشفتگی هیجانی بین دانش‌آموزان کم-خواب و پرخواب به طور معناداری متفاوت بوده است. همچنین متغیر گروه ۰/۱۱ درصد از واریانس تحمل آشفتگی، ۰/۱۸

درصد از واریانس ارزیابی آشفستگی، ۰/۰۹ درصد از واریانس توجه به هیجانات و ۰/۰۹ درصد از واریانس اقدامات تنظیمی را تبیین می‌کند. بنابر نتایج به دست آمده، فرضیه سوم تایید می‌شود.

نتایج حاصل از آمار توصیفی

نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌ها و خصوصیات جمعیت شناختی پاسخگویان نشان داد که؛ ۶۹٪ پاسخگویان دچار اختلالات کم خوابی و ۷۳٪ پاسخگویان دچار اختلالات پر خوابی در گروه سنی ۱۳ تا ۱۴ سال و همچنین ۳۱٪ پاسخگویان دچار اختلالات کم خوابی و ۲۷٪ پاسخگویان دچار اختلالات پر خوابی در گروه سنی ۱۵ تا ۱۶ سال قرار داشته‌اند. ۴۰٪ پاسخگویان دچار اختلالات کم خوابی و ۳۵٪ پاسخگویان دچار اختلالات پر خوابی را گروه دختران و همچنین ۶۰٪ پاسخگویان دچار اختلالات کم خوابی و ۶۵٪ پاسخگویان دچار اختلالات پر خوابی را گروه پسران تشکیل داده‌اند. ۷۵٪ پاسخگویان در مقطع متوسطه اول و ۲۵٪ پاسخگویان در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بوده‌اند. ۳۲٪ پاسخگویان در پایه هفتم، ۲۳٪ پاسخگویان در پایه هشتم، ۲۰٪ پاسخگویان در پایه نهم و ۲۵٪ پاسخگویان در پایه دهم مشغول به تحصیل بوده‌اند.

نتایج حاصل از تحلیل فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: از نظر مولفه‌های شایستگی اجتماعی بین دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد.

برای بررسی میزان شایستگی اجتماعی بین دو گروه از دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب دوره متوسطه در شهر چابهار از آزمون مانوا (MANOVA) استفاده شده است. طبق بررسی‌های انجام شده مشخص گردید که بین دو گروه از دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب، از نظر مولفه‌های شایستگی اجتماعی (مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمایه‌های انگیزشی) تفاوت معناداری وجود دارد. به بیانی دیگر؛ نمره ابعاد شایستگی اجتماعی بین دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب به طور معناداری متفاوت بوده است. با توجه به نتایج کسب شده، فرضیه اول تحقیق تایید شده است. نتیجه حاصل با یافته‌های تحقیق سلیمانی نژاد (۱۳۹۰)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۰) و عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۵) همسو بوده است.

فرضیه دوم: از نظر مولفه‌های کیفیت زندگی بین دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد.

برای بررسی میزان کیفیت زندگی بین دو گروه از دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب دوره متوسطه در شهر چابهار از آزمون مانوا (MANOVA) استفاده شده است. طبق بررسی‌های انجام شده مشخص گردید که بین دو گروه از دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب، از نظر مولفه‌های کیفیت زندگی (عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی) تفاوت معناداری وجود دارد. به بیانی دیگر؛ نمره ابعاد کیفیت زندگی بین دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب به طور معناداری متفاوت بوده است. با توجه به نتایج کسب شده، فرضیه دوم تحقیق تایید شده است. نتیجه حاصل با یافته‌های تحقیق مسعودی (۱۳۹۱)، طوبایی و همکاران (۱۳۹۱) و آکرستد و همکاران (۲۰۱۵) همسو بوده است.

فرضیه سوم: از نظر مولفه‌های آشفستگی هیجانی بین دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب تفاوت وجود دارد.

برای بررسی میزان آشفستگی هیجانی بین دو گروه از دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب دوره متوسطه در شهر چابهار از آزمون مانوا (MANOVA) استفاده شده است. طبق بررسی‌های انجام شده مشخص گردید که بین دو گروه از دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب، از نظر مولفه‌های آشفستگی هیجانی (تحمل آشفستگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفستگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین آشفستگی) تفاوت معناداری وجود دارد. به بیانی دیگر؛ نمره ابعاد آشفستگی هیجانی بین دانش‌آموزان کم خواب و پر خواب به طور معناداری متفاوت بوده است. با توجه به نتایج کسب شده،

فرضیه سوم تحقیق تایید شده است. نتیجه حاصل با یافته‌های تحقیق معزز و همکاران (۱۳۹۵)، رحمانی جوانمرد و خانی (۱۳۹۶)، تامسن و همکاران (۲۰۱۴)، تسونو و همکاران (۲۰۱۵) و هیلی کالس و همکاران (۲۰۱۵) همسو بوده است.

جمع بندی و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد شایستگی اجتماعی، کیفیت زندگی و آشفتگی هیجانی دانش‌آموزان متوسطه کم‌خواب و پرخواب شهر چابهار به انجام رسیده است. جهت نیل به هدف؛ اقدام به تهیه و توزیع پرسشنامه ۴۷ سوالی شایستگی اجتماعی فلنر و همکاران (۱۹۹۰)، پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی آلین لاین (۲۰۰۵) و پرسشنامه ۱۵ سوالی تحمل آشفتگی هیجانی سیمونز (۲۰۰۵) شده است. نمونه آماری انتخاب شده شامل ۸۰ نفر از دانش‌آموزان کم‌خواب (۴۰ نفر) و پر خواب (۴۰ نفر) دوره متوسطه شهر چابهار بوده است، که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه تحقیق در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی ارائه شده است. در بخش آمار توصیفی خصوصیات و ویژگی‌های پاسخگویان را با توجه به سوال‌های مطرح شده در پرسشنامه بیان نموده و در بخش آمار استنباطی ابتدا فرضیات تحقیق بیان شده و سپس با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) فرضیه‌های تحقیق بررسی شده اند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل فرضیات تحقیق نیز نشان داد که: بین دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب شهر چابهار از نظر مولفه‌های شایستگی اجتماعی (مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمیبه‌های انگیزشی) تفاوت معناداری وجود دارد. بین دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب شهر چابهار از نظر مولفه‌های کیفیت زندگی (عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی) تفاوت معناداری وجود دارد. بین دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب شهر چابهار از نظر مولفه‌های آشفتگی هیجانی (تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین آشفتگی) تفاوت معناداری وجود دارد.

پیشنهادات تحقیق

پیشنهادات پژوهشی

- با توجه به آنچه که مطرح شد و بر اساس تجربیات به دست آمده در این پژوهش و با توجه به امر تحقیق که علمی همواره، جریانی مستمر و نامحدود است و نمی‌توان برای آن پایانی در نظر گرفت و یافته‌های هر تحقیقی سوالات جدیدی را بر می‌انگیزد، لذا پیشنهاد می‌گردد که محققان علاقمند به چنین موضوعاتی جهت انجام تحقیقات بعدی به موارد زیر توجه فرمایند.
- پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بیشتری در زمینه کیفیت زندگی، شایستگی اجتماعی و آشفتگی هیجانی و همچنین مولفه‌های آنها انجام گردد.
 - به منظور اطمینان بیشتر، تکرار پژوهش با استفاده از آزمون‌های دیگر و... در نمونه‌های گسترده‌تر توسط پژوهشگران دیگر صورت بگیرد.
 - در تحقیقات بعدی از مصاحبه روان‌شناختی به منظر جلب همکاری، اعتماد و برقراری رابطه و سپس در قالب مصاحبه، پرسشنامه تکمیل و متغیرهای جمعیت شناختی مورد سنجش قرار گیرد.
 - برای افزایش تعمیم‌پذیری داده‌ها لازم است این پژوهش در جوامع دیگر و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی مورد بررسی قرار گیرد.
 - به محققان بعدی پیشنهاد می‌شود تا آنجایی که می‌توانند متغیرهای مزاحمی که در اینجا به آنها اشاره نشده است و به ذهن پژوهشگران می‌رسد، کنترل کنند و جامعه‌ای با میزان تناسب بیشتر را در اختیار داشته باشند، تا تحقیق و پژوهش دقیق‌تری را انجام دهند و بتوانند آن را به جامعه تعمیم دهند.

پیشنهادات کاربردی

نتایج این تحقیق نشان داد که بین دانش‌آموزان کم‌خواب و پرخواب از نظر کیفیت زندگی، شایستگی اجتماعی و آسفتگی هیجانی تفاوت وجود دارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد مسئولان و سازمان‌های مربوطه نسبت به شرکت دانش‌آموزان دارای اختلالات خواب (کم‌خوابی و پرخوابی) در کلاس‌های مشاوره و دوره‌های آموزشی مهارت‌های زندگی، حل مسئله، تصمیم‌گیری، مدیریت استرس و ارتباط بین فردی و ... اقدام نمایند. این موارد می‌تواند باعث افزایش کارآمدی، کاهش اختلالات خواب، بهبود کیفیت زندگی، افزایش شایستگی اجتماعی، کاهش آسفتگی‌ها و در نهایت رشد و تعالی نوجوانان شود. مسئولان و خانواده‌ها برای تقویت انواع شایستگی‌های اجتماعی نوجوانان می‌بایست نسبت به ایجاد شبکه‌های اجتماعی جدید، تقویت شبکه‌های موجود در خانواده‌ها، افزایش اعتماد اعم از اعتماد شخصی، قابلیت اعتماد به عموم، اعتماد نهادی یا مدنی، ایجاد فرصت برای تعامل اجتماعی اعم از تعامل فردی و گروهی، فراهم کردن شرایط افزایش کنش‌های یادگیرانه و تقویت آن؛ اقدامات لازم را انجام دهند.

برای تقویت کیفیت زندگی، کاهش اختلالات خواب و همچنین کاهش آسفتگی‌های هیجانی نوجوانان پیشنهاد می‌شود از خدمات بهداشت روانی مانند استفاده از دفاتر خدمات مشاوره‌ای و برگزاری کارگاه‌های آموزشی بهداشت روانی استفاده بیشتری شود. این کار می‌تواند به کاهش فشارهای روانی و ارتقای سطح سلامت عمومی نوجوانان کمک شایانی نماید. با توجه به نتایج به دست آمده در این تحقیق؛ پیشنهاد می‌شود که مسئولین و خانواده‌ها، برنامه‌های آموزشی مناسبی در جهت توانمندسازی و قدرت تطابق برای نوجوانان تدارک بینند تا این امر باعث بهبود کیفیت خواب و قدرت مقابله‌ی موثر آنان در برابر تنش‌ها و فشارهای روانی بهبود یابد. خانواده‌ها، کارشناسان و معلمان باید سعی کنند که همه عواملی را که در شکل‌گیری اختلالات روانی و کیفیت خواب بر دانش‌آموزان نقش دارند (مانند انواع استرس و ...) را مورد توجه قرار دهند.

منابع و مآخذ

۱. ابراهیمی، افخم. (۱۳۹۱). بررسی پارامترهای خواب و عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خواب بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاههای منتخب بیمارستان رسول اکرم (ص). مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، (۵)، ۳۸-۳۱.
۲. افتخار، سمیرا. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک سندرم داون با سلامت روان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد علوم تحقیقات تهران.
۳. حسینیان، احمد. (۱۳۹۳). پیش‌بینی کیفیت زندگی معلمان زن بر اساس متغیرهای هوش هیجانی و کیفیت خواب، فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، سال سوم، شماره ۹، صص ۶۰-۴۲.
۴. دلاور، علی. (۱۳۹۵)، روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، انتشارات ویرایش، تهران.
۵. سلامتی، پیمان. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی چیست؟، نشریه ابن سینای بزرگ، سال چهارم، شماره ۷، صص ۱۰-۵.
۶. سلیمانی نژاد، ناصر. (۱۳۹۰). مقایسه شایستگی اجتماعی در افراد دارای آسفتگی هیجانی و بدون آسفتگی هیجانی، مقاله اندیشه و رفتار، دوره‌ی پنجم، شماره‌ی ۲۰، صص ۲۴.
۷. طوبایی، شهین و هادی، نگین و هدایتی، آروین و منتظری، علی. (۱۳۹۱)، مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم، مجله‌ی اصول بهداشت روانی، سال چهاردهم، شماره اول، صص ۶۳-۵۴.
۸. عیسی زادگان، علی و سلیمانی، اسماعیل و خسرویان، بهروز و شیخی، سیامک. (۱۳۹۵)، مقایسه‌ی شایستگی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در افراد متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی بینی، مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره نهم، صص ۷۴۴-۷۳۵.
۹. کاپلان-سادوک. (۲۰۰۵). دستنامه روانپزشکی بالینی، مترجم؛ محسن ارجمند (۱۳۹۰) تهران: ارجمند.

۱۰. کلاگری، شهره؛ افشارمقدم، فاطمه و آذر، ماهیار(۱۳۹۰).انواع اختلالات خواب در پرستاران، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان،(۷)، ۵۰-۴۶.
۱۱. مسعودی، محمد.(۱۳۹۱). کیفیت زندگی در بیماران دارای اختلال خواب، فصلنامه پژوهش در حیطه ی کودکان استثنایی، سال دوم، شماره ۴، صص ۳۶۹-۳۵۸.
۱۲. معزز، رقیه و نریمانی، محمد و حاجلو، نادر و ابوالقاسمی، عباس و سوادی اسکویی، داریوش(۱۳۹۵)، مقایسه ی پروفایل شناختی و آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی، مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره چهارم، صص ۳۴۴-۳۳۶.
۱۳. معنوی، عزالدین.(۱۳۹۱). خواب و رویا از دیدگاه پزشکی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۱۴. نیت حقیقی، خسرو؛ یزدانی، زهره؛ زحل، محمدعلی.(۱۳۹۰). بی خوابی در بیماران مبتلا به آپنه انسدادی خواب، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، (۴)، ۲۵۰-۲۴۵.
15. Åkerstedt T., Knutsson A., Westerholm P., Theorell T.,Alfredsson L.,Kecklund G., (2015). Sleep disturbances, work stress and work hours. Across-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, (53), 741° 748.
16. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, (2012). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *J Abnorm Psychol*; 111(4), 180-5.
17. Chau-kiu, C. & Tak-yan, L. (2010). Improving social competence through character education. Department of Applied Social Studies, City University of
18. Gentes, E. L., Ruscio, Am. (2011). Ameta - analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symtoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology Review*, No 31, pp 923 - 933.
19. Hong Kong. *Journal of Evaluation and Program Planning*, 33 (4), Pp: 255° 263.
20. Linehan, M. M. (2005). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
21. Rowley, J A.(2010). *Insomnia*. Nicholas Lorenzo. eMedicine from WebMD, September. Retrieved on .08-04.
22. Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. Springer: New York.
23. Simons, J.S., &Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Journal of Motivation Emotion*, 29, 83-102.
24. Thomsen D.K.,Mehlsen M.Y.,Christensen S.,Zachariae R.(2014).Rumination-relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and*
25. Tsuno N., Besset, A. & Ritchie K. (2015). Sleep and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, (66), 1254° 1268.
26. Volensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.
27. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. New England Medical Center. The Health Institute: Boston, MA; 1993.
28. Ware JR, Gandek B. Over view of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment. *Epidemiology* 1998; 51:903-1.