

مقایسه اختلال های خواب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و بهنجار

**Compare sleep disorders in patients with obsessive-compulsive disorder and normal**

فرشته یزدان پناه (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد

اسلامی واحد تربت جام

دکتر سعید تیموری

دانشیار، گروه روانشناسی، آزاد اسلامی واحد

تربت جام، ایران

**Fereshteh Yazdanpanah**

MA in Clinical Psychology,  
Islamic Azad university Torbat  
jam Branch, Torbat jam, iran  
*Fereshtehyazdanpanah9@gmail.com*

**Dr Saeed Teimory**

Associate Professor, Department  
of Psychology, Islamic Azad  
university Torbat jam Branch,  
iran

**Abstract**

This study compared sleep disorders in patients with obsessive-compulsive disorder and normal. This study was causal-comparative method. The Statistical Society included all normals and people with obsessive-compulsive Mashhad, aged 20 to 30 years, was in 1394. The sample of 56 patients with obsessive-compulsive disorder and normal Which included 26 patients with obsessive-compulsive disorder OCD who had been diagnosed by a psychiatrist or psychologist. And 30 normal subjects who were selected for sampling. To collect the data, used the questionnaires Insomnia Severity Index (ISI), Epworth sleepiness scale, Pittsburgh sleep quality index. Data collection with method, independent T-test and analysis of covariance were analyzed. Results showed that the severity of OCD and normal insomnia and sleep quality there is a significant

**چکیده**

هدف این پژوهش مقایسه اختلال های خواب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و بهنجار بود. روش این پژوهش علی-مقایسه ایی بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افراد عادی و افراد مبتلا به اختلال وسواسی-عملی شهر مشهد در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، در سال ۱۳۹۴ بود، نمونه مورد بررسی ۵۶ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و بهنجار بود، که شامل ۲۶ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود که توسط روانپزشک یا روانشناس تشخیص اختلال وسواسی-جبری داده شده بودند و ۳۰ نفر از افراد بهنجار که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های شدت بیخوابی، خواب آلودگی اپورث، کیفیت خواب پترزبورگ استفاده شد. داده های این پژوهش باروش، آزمون T مستقل و تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان داد که بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و بهنجار در شدت بی خوابی و کیفیت خواب

difference, but there is not a significant difference in sleepiness. The results showed that people with OCD have insomnia more than normal, And a lower sleep quality than the normal. As a result, we can say that insomnia and improve sleep quality in patients with obsessive-compulsive disorder is very important.

**Keywords:** sleep, sleep disorders, Obsessive-Compulsive Disorder

تفاوت معناداری وجود دارد، اما در خواب آلودگی تفاوت معنی دار نبود. نتایج نشان داد که افراد وسواسی-جبری میزان بی خوابی بیشتر و کیفیت خواب پایین تری نسبت به افراد بهنجار دارند. در نتیجه می توان گفت که بهبود بی خوابی و کیفیت خواب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اهمیت بسیار دارد.

**کلمات کلیدی:** خواب، اختلال های خواب، اختلال وسواسی-جبری.

## مقدمه

افراد مقدار قابل توجهی از زندگی خود را در خواب سپری میکنند (کالیس، جوپی، مریا، سامشیما و ریبیو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). خواب به تجدید قوای ذهنی و فیزیولوژیکی کمک می کند و برای پذیرفتن وظایف و نقش های جدید لازم است (لی، زافک و مکنانی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). کارکرد های مختلفی برای خواب شمرده شده است که اهمیت خواب برای استراحت بدن و تثبیت و بازسازی خاطرات در طول روز، و افزایش دفاع و پاسخ ایمنی بدن اشاره شده است (کالیس و همکاران، ۲۰۱۵؛ سچمیدت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). در مطالعه ای دیگر بر اهمیت خواب اشاره شده است که در صورت محرومیت افراد سالم از خواب منجر به ظهور تجارب روانی مانند، توهم می شود (ریو، شیوز و فریمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

عوامل جسمی، عاطفی و هیجانی زیادی میتوانند الگوی خواب را به هم زده و در خواب اختلال ایجاد نمایند (کیگر، روث، ایلونی و دمنت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). طبق طبقه بندی پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری بیماری های روانی اختلالات خواب و بیداری<sup>۶</sup> در برگیرنده ۱۰ اختلال است: اختلال بی خوابی، اختلال پر خوابی، حمله خواب، اختلالات برانگیختگی خواب غیر حرکات سریع چشم، سندرم پاهای بی قرار و اختلال ناشی از مصرف مواد و دارو (انجمن

<sup>1</sup> Calais, Ojopi, Morya, Sameshima & Ribeiro

<sup>2</sup> Lee, Zaffke & McEnany

<sup>3</sup> Schmidt

<sup>4</sup> Reeve, Sheaves & Freeman

<sup>5</sup> Kryger, Roth, Eloni & Dement

<sup>6</sup> Sleep-wake disorders

روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به این ترتیب اختلال خواب به مواردی اطلاق میشود که بیمار از یک یا چند مشکل مانند بیخوابی، بیدار شدن مکرر در طول خواب شبانه، افزایش خواب آلودگی در طول روز و یا حرکات، حالات و احساسات غیر عادی در طول خواب شکایت داشته باشد (کیگر و همکاران، ۲۰۰۵). برای تعریف سطح قابل قبول از اختلال خواب و یا برای افراد سالم براساس وجود اختلال بی خوابی به جای حضور خواب طبیعی یا خوب است (بتی، اسپای، کیل و بیلو، ۲۰۱۵). همچنین اریک و لارون<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) اشاره می کنند که اختلال خواب با شکایت ذهنی تعریف شده مربوط به مدت زمان خواب و کیفیت خواب است. با این حال ماهیت متنوع از علایم و علل بی خوابی وجود دارد و همچنین به عنوان طیف گسترده ایی از اختلالات جسمی و روانی که اغلب با بی خوابی رسوب میکنند وجود دارد (کاتیک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

بی خوابی شبانه میتواند کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد، به گونه ای که احتمال ابتلا به افسردگی<sup>۴</sup> و اضطراب<sup>۵</sup> افزایش یافته و توانایی مقابله با تنش های روزمره کم میشود، در چنین شرایطی فرد به آسانی برانگیخته شده و عصبانی میشود (بلنس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷، نقل از خوشخواب و همکاران، ۱۳۹۲). افراد با این نوع اختلالات معمولا به دلیل شکایت از خواب-بیداری به صورت نارضایتی از کیفیت، زمان بندی و میزان خواب مراجعه می کنند. تخریب و ناراحتی حاصله در طول روز ویژگی های اصلی مشترک در میان تمام این اختلالات خواب است. اختلالات خواب غالبا همراه با افسردگی اضطراب و تعبییرات شناختی هستند که باید در مدیریت و طرح ریزی درمان مورد بررسی قرار گیرند. علاوه بر این، آشفتگی های پایدار خواب (هم بی خوابی و هم خواب آلودگی مفرط) به عنوان عوامل خطر برای ایجاد بیماری های روانی بعدی و اختلالات مصرف مواد مشخص شده اند. آن ها ممکن است معرف ظهور مقدماتی یک دوره از بیداری روانی باشد که امکان مداخله زود هنگام برای پیشگیری یا تعدیل یک دوره تمام عیار را فراهم کند (انجمن روان پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال در خواب، به ویژه بی خوابی، به طور فزاینده ای با یک یا چند شریط پزشکی و عصبی

<sup>1</sup> Beattie, Espie, Kyle & Biello

<sup>2</sup> Eric & Laron

<sup>3</sup> Katic

<sup>4</sup> Depression

<sup>5</sup> Anxiety

<sup>6</sup> Blance

و روانی از جمله اضطراب، افسردگی، دیابت و بیمای پارکینسون همراه می شود(کاتیک و همکاران، ۲۰۱۵). طبق متن پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری بیماری های روانی بی خوابی پایدار، نشانگر یک عامل خطر و یک علامت اولیه اختلالات دو قطبی<sup>۱</sup>، افسردگی و مصرف مواد است(انجمن روان پزشکان امریکا، ۲۰۱۳). و همچنین حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد کودکان و بزرگسالان مبتلا اختلال کم توجهی بیش فعالی<sup>۲</sup> اختلالات خواب را تجربه می نمایند(اونس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ ویس و سالپکار<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

اختلال وسواسی-جبری<sup>۵</sup> یا وسواس فکری یا عملی یا هر دو مشخص می شود. وسواس فکری شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایداری هستند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می شوند، حال آنکه وسواس های عملی(اجبارها)، رفتار های تکراری یا فعالیت های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می کند باید آن ها را در پاسخ به یک وسواس فکری یا بر طبق قوانینی که باید به دقت اجرا شوند، انجام دهد(انجمن روان پزشکان امریکا، ۲۰۱۳). در حالی که محتوای وسواس های فکری و عملی در بین افراد متفاوت است، بعضی ابعاد علایم به خصوص شایع اند از جمله علایم مربوط به تمیز کردن(وسواس فکری آلودگی و وسواس عملی تمیز کردن)، تقارن(وسواس فکری تقارن و وسواس های عملی تکرار، منظم و ترتیب و شمارش) افکار ممنوعه یا تابو مثل وسواس های عملی مربوط به آن ها و آسیب مثل ترس از آسیب به خود یا دیگران و وسواس های عملی واریسی مربوطه(انجمن روان پزشکان امریکا، ۲۰۱۳). بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نارسایی های چشم گیری در توانایی ارزیابی درست از احتمال وقوع خطر را نشان می دهند، به طوری که نسبت به همه چیز دچار شک مرضی و بد گمانی می شوند(دادفر و همکاران، ۱۳۸۰ به نقل از محمود علیلو، هاشمی و اسماعیل زاده، ۱۳۹۴). رفتارها به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار وسواسی صورت می گیرد(رآل، مونتجو، آلنسو و مونچون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). اختلال وسواسی-جبری اغلب باعث درجه بالایی از پریشانی و اختلال در عملکرد، با

<sup>1</sup> Bipolar disorder

<sup>2</sup> Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

<sup>3</sup> Owens

<sup>4</sup> Weiss & Salpekar

<sup>5</sup> Obsessive-compulsive disorder

<sup>6</sup> Real, Montejo, Alonso & Menchon

یک دوره نوسان و خطر بالایی از نتیجه مزمن شدن دارد (تورپ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). این اختلال به عنوان یکی از شایع ترین بیماری های روانی جدی است که به گفته برخی از محققان، که تعداد قابل توجهی از افراد در جامعه از اختلال وسواس رنج می برند (مورسو، مارتینز، آریجا وال، سانس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). و یک بیماری ناتوان کننده روانپزشکی است، بین ۲-۳٪ از جمعیت سرتاسر جهان را شامل می شود (ایناندر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). معمولا این اختلال با آسیب های روانی دیگر هم همراه است، بسیاری از بزرگسالان مبتلا به این اختلال، در طول زندگی خود تشخیص یک اختلال اضطرابی، یا یک اختلال افسردگی یا دوقطبی را دارند (انجمن روان پزشکان امریکا، ۲۰۱۳).

مشکلات خواب از ویژگی های اصلی اختلال وسواسی-جبری نیست اما داده های تجربی نشان می دهند ظهور نوعی از اختلال خواب به شدت رایج است (رینولد، گرادیسار و آلفانو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). هرچند کمبود تحقیق بین طیف وسیعی از شاخص اختلال خواب و نشانه های وسواسی جبری وجود دارد (تیم پانو، کاربونلا، برنت و سچمیت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). اما چند تحقیق به بررسی این رابطه پرداخته اند، مطالعه ای در زمینه وسواس فکری عملی و علائم خواب با در نظر گیری نقش واسطه ایی نگرانی های شناختی حساسیت اضطراب (AS) انجام شد، ارتباط دامنه افکار غیر قابل قبول از اختلال وسواسی-جبری و بی خوابی نشان داد علاوه بر این نگرانی شناختی (AS) نقش واسطه ی بین آن ها بود (رینس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین محققان در سال ۲۰۱۵ در یک تحقیق دیگر ارتباط بین بی خوابی و مشکلات خواب را بررسی کردند که نتایج از ارتباط سطوح بالایی از افکار مزاحم پیوستگی بالایی با علائم بی خوابی حاکی بود (تیم پانو و همکاران، ۲۰۱۴). در تحقیق دیگر که خواب در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری را بررسی کرده بود نشان داد که حضور اختلال خواب در بیماری وسواسی-جبری شدت تخریب اختلال را ایجاد کند (رینولد و همکاران، ۲۰۱۵). بولند و روس<sup>۷</sup> (۲۰۱۵) در مطالعه دیگر به بررسی پیشرفت های اخیر در مطالعه خواب در اختلالات

<sup>1</sup> Torp

<sup>2</sup> Moreso, Martínez, Arijia Val & Sans

<sup>3</sup> Enander

<sup>4</sup> Reynold, gradisar & Alfano

<sup>5</sup> Timpano, Carbonehha, Berbert & Schmidt.

<sup>6</sup> Raines

<sup>7</sup> Boland & Ross

اضطرابی، اختلال وسواسی-جبری و اختلال استرس پس آسیبی پرداخته اند. در پژوهشی دیگر که وجود مشکلات خواب و واکنش آن ها به درمان شناختی-رفتاری اختلال وسواسی جبری کودکان بررسی کردند، که آیا مشکلات خواب نتیجه درمان شناختی-رفتاری را در اختلال وسواسی-جبری پیش بینی می کند انجام گرفت، نتایج نشان داد که مشکلات خواب در کودکان مبتلا به وسواسی-جبری تداخل با نتیجه درمان شناختی-رفتاری دارد و مشکلات خواب تاثیر منفی بر کارایی درمان شناختی-رفتاری داشته است (ایوارسون و شارفدینسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). در پژوهشی دیگر که خواب و تحریک شبانه روزی را در اختلال وسواسی-جبری بررسی کرده بود نشان داد که افراد وسواسی در DSPD (اختلال فاز تاخیر خواب) شیوع بالاتری نسبت به گروه گواه داشتند (نوتا، شارکی، کولس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). همچنین در تحقیق دیگر همبودی اختلال خواب و وسواس فکری عملی بررسی شد (کوکس، التانجی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). تحقیقی تحقیقی دیگر به بررسی اختلال خواب و تفکر منفی تکراری و مهار پاسخ ضعیف در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری پرداخت که نتایج نشان دهنده ارتباط معنا داری بین این سه متغیر بود (نوتا، اسکوبرت، کولس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). با توجه به مطالب مطرح شده هدف اصلی این پژوهش این است که اختلال های خواب را بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و افراد بهنجار مقایسه کند و سوال پژوهش این است که: آیا تفاوتی در اختلال های خواب بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و افراد بهنجار هست؟

## روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه است، جامعه آماری این تحقیق شامل افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شهر مشهد و جامعه افراد عادی شامل ۱۰۰ نفر از کارکنان اداره دانشگاه آزاد شهر مشهد در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، در سال ۱۳۹۴ بود، که از این بین تعداد ۵۶ نفر نمونه انتخاب شدند، که ۳۰ نفر از جامعه افراد عادی که شامل ۱۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و ۲۶ نفر مبتلا به وسواسی-جبری که ۱۴ نفر آن ها زن و ۱۲ نفر آن ها مرد بودند که به مطب های روان پزشکی و

<sup>1</sup> Ivarsson & Skarphedinsson

<sup>2</sup> Nota, Sharkey & Coles

<sup>3</sup> Cox & Olatunji

<sup>4</sup> Nota, Schubert & Coles

روانشناسی مراجعه کرده و اختلال وسواسی-جبری توسط روانپزشک یا روانشناس براساس ملاک های تشخیص پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری بیماری های روانی تشخیص داده شده بودند. افراد به پرسشنامه های کیفیت خواب پیترزبورگ، بی خوابی و خواب آلودگی ایپورث پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده ها توسط T مستقل و تحلیل واریانس صورت گرفت و برای گردآوری دادهها از پرسشنامه به شرح ذیل استفاده شد:

**پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ<sup>۱</sup>:** نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب در طی ۴ هفته گذشته بررسی می نماید و شامل ۱۹ پرسش خود سنجی است که خواب مناسب را از نامناسب تشخیص می دهد پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI) هفت نمره برای مقیاس های توصیف کلی فرد از ۱-کیفیت خواب، ۲- تاخیر در به خواب رفتن، ۳-طول مدت خواب مفید، ۴-خواب مفید، ۵- اختلالات خواب، ۶-میزان داروی خواب آور مصرفی، ۷-اختلالی عملکرد روزانه و یک نمره کلی به دست می دهد. نمره هر یک از مقیاسهای پرسشنامه بین صفر تا ۳ در نظر گرفته شده نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می باشد (بایسه، رینالدز، مونک، برمن و کوپفر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹). نمره های مولفه های پرسشنامه با هم جمع بسته می شوند و نمره کلی پرسشنامه از ۰ تا ۲۱ است که نمره بالاتر از ۵ نشان دهنده اختلال خواب یا کیفیت نامطلوب خواب است روایی و پایایی شاخص کیفیت خواب در مطالعات متعدد بسیار بالا گزارش شده و مورد تایید است (بکهوس، جانگانس، بروکس، ریمان، هوگان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). حساسیت و ویژگی پرسشنامه کیفیت خواب به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ به دست آمد (بایسه و همکاران، ۱۹۸۹). مطالعه دیگر توسط تسای، چو، چن<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) حساسیت و ویژگی پرسشنامه کیفیت خواب به ترتیب ۹۰ و ۸۷ به دست آمد.

**شاخص استاندارد شدت بی خوابی<sup>۵</sup>:** بی خوابی را طی دو هفته گذشته می سنجد و دارای ۵ سوال است و هم چنین حداقل و حداکثر نمره آن بین ۰ تا ۲۸ می باشد. بالا بودن نمره در این پرسشنامه بیانگر خطرات جدی و نیاز به حمایت کلینیکی می باشد و پایین بودن

<sup>1</sup> Pittsburgh sleep quality index

<sup>2</sup> Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer

<sup>3</sup> Backhaus, Junghanns, Broocks, Riemann & Hohagen

<sup>4</sup> Tsay, Cho & Chen

<sup>5</sup> Insomnia Severity Index

نمره آن نشان می دهد که شخص بی خوابی قابل توجهی ندارد، اعتبار همسانی درونی ۰/۷۴، روایی همزمان با برگه های ثبت خواب ۰/۶۵، و همبستگی هر سوال با کل آزمون ۰/۳۸ تا ۰/۶۹ گزارش شده است (باستین، والیرس و مورین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

### پرسشنامه خواب آلودگی اپورث<sup>۲</sup>: میزان خواب آلودگی را در طی یک ماه گذشته می

سنجد در پرسش نامه اختلال خواب، میزان خواب آلودگی و احتمال به خواب رفتن در طی فعالیت های مختلف روزانه بررسی می شود. این پرسش نامه شامل ۸ سوال است که در آن فرد میزان خواب آلودگی خود را در شرایط مختلف زندگی روزانه با اعداد صفر تا ۳ بیان می کند که عدد ۳ نشان دهنده خواب آلودگی زیاد و صفر بیانگر عدم خواب آلودگی می باشد. محدوده نمره این پرسش نامه از ۰ تا ۲۴ می باشد و امتیاز بیشتر یا مساوی ۱۰ به عنوان وضعیت خواب غیر طبیعی وجود خواب آلودگی بیش از حد روزانه در نظر گرفته می شود (جوهرن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). در تحقیقی ضریب پایایی این آزمون ۰/۷۸ و ۰/۷۶ به دست آمد (حیدری، احتشام زاده، مرعشی، ۱۳۸۹).

### یافته ها

میانگین سن اعضای گروه مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و گروه غیرمبتلا به ترتیب، ۲۴/۵۷ و ۲۵/۴۰ بود. از جهت جنسیت نیز مبتلایان به وسواسی-جبری، ۱۴ نفر زن و ۱۲ نفر مرد؛ و غیر مبتلا ۱۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بودند. در گروه مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، ۹ نفر تحصیلات دیپلم، ۶ نفر فوق دیپلم و ۱۱ نفر لیسانس؛ و در گروه غیر مبتلا ۵ نفر تحصیلات دیپلم، ۱۲ نفر فوق دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس داشتند. همچنین از بین اعضای گروه مبتلا به اختلال، ۱۵ نفر مجرد و ۱۱ نفر متاهل؛ و برای گروه غیرمبتلا ۱۶ نفر مجرد و ۱۴ نفر متاهل بودند.

<sup>1</sup> Bastien, Vallières & Morin

<sup>2</sup> Epworth sleepiness scale

<sup>3</sup> Johns



جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات در شدت بی خوابی و خواب آلودگی  
گروه غیر مبتلا و مبتلا OCD

متغیر / گروه	گروه مبتلا به OCD (n=۲۶)	گروه غیر مبتلا (n=۳۰)
بی خوابی	میانگین ۳/۹۸	انحراف معیار ۵/۴۳
خواب آلودگی	میانگین ۷/۱۹	انحراف معیار ۱/۵۱

جهت بررسی تفاوت افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار در میزان بی خوابی میانگین و انحراف معیار افراد مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۱ مشاهده می شود. با توجه به انجام شدن آزمون T مستقل دو گروه، افراد بهنجار و وسواس فکری-عملی در شدت بی خوابی تفاوت معنی داری دارند ( $T=۷/۹۲, P < ۰/۰۱$ ). و در میزان خواب آلودگی تفاوت معنی داری ملاحظه نشد ( $T=۱/۳۶, P < ۰/۰۱$ ).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت خواب گروه مبتلا به ODD و گروه غیر مبتلا

متغیر / گروه	گروه مبتلا به OCD (n=۲۶)	گروه غیر مبتلا (n=۳۰)
کیفیت ذهنی خواب	میانگین ۱/۰۷	انحراف معیار ۰/۳۶
اختلال عملکرد روزانه	میانگین ۰/۸۴	انحراف معیار ۰/۵۰
استفاده از دارو	میانگین ۰/۷۶	انحراف معیار ۰/۲۶
اختلالات خواب	میانگین ۰/۸۸	انحراف معیار ۰/۹۶
میزان بازدهی	میانگین ۰/۵۰	انحراف معیار ۰/۱۳
مدت زمان خواب	میانگین ۰/۲۳	انحراف معیار ۰/۰۳
تاخیر در به خواب رفتن	میانگین ۱/۵۷	انحراف معیار ۱/۰۳
کیفیت کلی خواب	میانگین ۱۲/۶۹	انحراف معیار ۵/۸۳

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به مولفه های کیفیت خواب شامل کیفیت ذهنی خواب، اختلال عملکرد روزانه، استفاده از دارو، اختلالات خواب، میزان بازدهی، مدت زمان خواب، تاخیر در به خواب رفتن و کیفیت کلی خواب در دو گروه مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و غیر مبتلا اندازه گیری و ارائه شده است. نتایج بیانگر آن است که در مولفه های کیفیت ذهنی خواب، اختلال عملکرد روزانه، استفاده از دارو، میزان بازدهی، مدت زمان خواب، تاخیر در به خواب رفتن و همچنین کیفیت کلی خواب میانگین نمرات گروه مبتلا به وسواسی-جبری بیشتر از گروه غیر مبتلا می باشد. بنابراین برای تعیین معناداری تفاوت میانگین ها، از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. اما پیش از استفاده از این آزمون ها، برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس برای آزمون مانکوا نتایج آزمون باکس بررسی شد. براساس مقدار آزمون باکس و معناداری آن، شرط همگنی ماتریس های واریانس/ کوواریانس برای آزمون مانکوا در مورد متغیر کیفیت خواب ( $P < 0/05$ ) برقرار نمی باشد، که این نتایج به معنای تخطی از پیش فرض فوق می باشد. بنابراین از شاخص پیلایی تریس برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده می گردد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه کیفیت خواب گروه مبتلا به OCD

و گروه غیر مبتلا

متغیر	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری	اندازه اثر
کیفیت خواب	پیلایی تریس	۰/۴۵	۷	۴۸	۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵

نتایج آزمون های تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به متغیر کیفیت خواب در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج تحلیل نشان می دهد بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی نمرات مولفه های کیفیت خواب به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(۴۸,۷)} = ۵/۸۲, p < ۰/۰۰۱$ )، پیلایی تریس ،

جدول ۴: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه مولفه‌های کیفیت خواب گروه مبتلا

به OCD و گروه غیر مبتلا

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	مقدار معناداری	اندازه اثر
کیفیت ذهنی خواب	۷/۰۲	۱	۷/۰۲	۲۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹
اختلال عملکرد روزانه	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	۶/۰۵	۰/۰۱	۰/۱۰
استفاده از دارو	۳/۵۱	۱	۳/۵۱	۸/۴۵	۰/۰۰۵	۰/۱۳
اختلالات خواب	۰/۰۹	۱	۰/۰۹	۰/۶۶	۰/۴۱	۰/۰۱
میزان بازدهی	۱/۸۷	۱	۱/۸۷	۳/۶۱	۰/۰۶	۰/۰۶
مدت زمان خواب	۰/۵۴	۱	۰/۵۴	۵/۲۵	۰/۰۲	۰/۰۸
تاخیر در به خواب رفتن	۴/۱۱	۱	۴/۱۱	۵/۹۵	۰/۰۱	۰/۰۹

به منظور مقایسه دو گروه از جهت هر یک از مولفه‌های کیفیت خواب، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه مبتلا و غیرمبتلا، به در نمرات مولفه کیفیت ذهنی خواب ( $p=۰/۰۰۱$ )، اختلال عملکرد روزانه ( $p=۰/۰۱$ )، استفاده از دارو ( $p<۰/۰۱$ )، مدت زمان خواب ( $p<۰/۰۵$ ) و تاخیر در خواب رفتن ( $p=۰/۰۱$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۲ این تفاوت به گونه‌ای است که در تمامی مولفه‌های فوق، میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه مبتلا به اختلال وسواسی-جبری نسبت به گروه غیر مبتلا به طور معناداری بیشتر بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

با توجه به مسئله اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و بهنجار در اختلال‌های خواب تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شدت بی‌خوابی بیشتری نسبت به گروه بهنجار تجربه می‌کنند، نتایج حاصل از این تحقیق با مطالعه تیم پانو وهمکاران (۲۰۱۴) همسو است

در این پژوهش نیز مشخص شد که سطوح افکار مزاحم پیوستگی خاصی با علایم بی خوابی ابراز می شوند در تبیین این یافته می توان گفت که افراد مبتلا به وسواسی-جبری شدت بیخوابی بیشتری را تجربه میکنند که می توان ناشی از افکار و یا فعالیت های ذهنی تکراری که می تواند علت این بی خوابی باشد. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در شدت بی خوابی میانگین نمرات آن ها در رنج بی خوابی زیر آستانه بالینی قرار میگیرد میزان نارضایی خفیفی از الگوی خواب آن ها را نشان میدهد. با توجه به جدید بودن این تحقیق، پژوهش های آینده ممکن است مکانیزم علیتی این رابطه را روشن تر کند.

در رابطه با خواب آلودگی که یکی دیگر از اختلالات خواب است تفاوت معنی داری در بین افراد عادی و وسواسی-جبری مشاهده نشد. پژوهش های جدیدی که رابطه با اختلالات خواب و افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شده است بطور مشخص میزان خواب آلودگی و اختلال وسواسی-جبری را مشخص نکرده اند اما به طور کل در رابطه با اختلالات خواب و وسواس فکری-عملی، پژوهش های جدیدی صورت گرفته است، به طور مثال بولند، روس (۲۰۱۵) به مطالعه خواب را در اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی-جبری و اختلال استرس پس آسیبی پرداخته اند. در تبیین این نتایج می توان گفت که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که در میزان بی خوابی نمره بالایی به دست آورده اند به طور معمول در میزان خواب آلودگی نمره ایی در بالاتر از خط برش این مقیاس به دست نمی اورند و همچنین این موضوع نشان دهنده این است که نارضایی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از الگوی خواب خود در رابطه با بی خوابی و تاثیر آن در زندگی است تا خواب آلودگی، رابطه علیتی که در بالا توسط تیم پانو و همکاران (۲۰۱۴) مطرح شد، افکار و تصورات ذهنی تکراری مزاحم، سبب بی خوابی در افراد وسواسی-جبری می شود و تاثیر در میزان خواب آلودگی افراد نداشته باشد. همچنین این موضوع نیز می تواند مطرح شود که این نتایج نیز می تواند نشان دهنده ضعف، ابهام و میزان کمی سوالات پرسش نامه باشد و یا بی دقتی افرادی که پرسشنامه را تکمیل کردند.

در رابطه با نتایج مربوط به پرسشنامه کیفیت خواب که نتایج حاصله تفاوت معنی داری در رابطه با کیفیت ذهنی خواب، استفاده از دارو، اختلال عملکرد روزانه و تاخیر در بخواب رفتن وجود دارد که نتایج حاصل از آن با نتایج مطالعه نوتا و همکاران (۲۰۱۵) همسو است که افراد

مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در فاز شروع خواب تاخیر دارند و شیوع بالاتری نسبت به گروه بهنجار دارند و همچنین همسو با نتایج تحقیق نوتا و همکاران (۲۰۱۵) نیز هست که ارتباط معنی‌داری بین ساعات خواب و تفکر منفی و تکراری و مهار پاسخ ضعیف مشاهده شده است. در تبیین نتایج حاصله می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در شروع خواب دچار مشکل هستند و تاخیر در شروع خواب دارند، افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری افکار و تمایلات و تصورات پایداری به شکلی مزاحم و ناخواسته تجربه میکنند که میزان اضطراب آمیز بودن آن‌ها به حدی است که به یک عمل وسواسی دست می‌زنند می‌توان گفت افراد وسواسی هنگامی که به رختخواب می‌روند این افکار مزاحم و اضطراب آمیز است که مانع به خواب رفتن افراد و تاخیر در شروع خوابشان می‌شود. همچنین این موضوع سبب می‌شود که میزان ساعات خواب کاهش پیدا کند که این امر به نوبه خود میتواند میزان رضایت‌الگوی خواب را تعیین کند و منجر به پایین آمدن کیفیت ذهنی خواب شود، و نیز افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مهار پاسخ ضعیف اند و افکار به قدری آزار دهنده و اضطراب آمیز هستند که عمل تکراری و وسواسی را منجر می‌شود که ساعت‌ها وقت فرد را میگیرند افراد به دلیل کاهش اضطراب ناشی از افکار به آن‌ها اعمال دست می‌زنند و نمی‌توانند از اعمال وسواسی دست بکشند، که این موضوع را می‌توان به این صورت تبیین کرد که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در حفظ تمایل خود در انجام کارها دچار مشکل می‌شوند که در پرسشنامه کیفیت ذهنی خواب این مورد مربوط به عامل تعیین اختلال عملکرد روزانه بود.

یافته‌های جدید حاصل پژوهش‌های تازه‌ای که در این حوزه انجام میشود، تعامل بین افکار فرد وسواسی-جبری و اختلال خواب را حمایت می‌کند و البته با توجه به جدید بودن پژوهش‌های حاضر جهت روشن شدن این موضوع احتیاج به بررسی و انجام تحقیق‌های بیشتر برای پژوهش‌های مربوط به اختلال خواب و اختلال وسواسی-جبری باشد. این پژوهش می‌تواند مقدمه‌ای، برای پژوهش‌های مربوط به اختلال خواب و اختلال وسواسی-جبری باشد.

## منابع

- انجمن روانپزشکان امریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی*، ترجمه رضاعی، فرزین، فخرایی؛ علی، فرمند؛ آتوسا، نیلوفری؛ علی، هاشمی آذر، علی و شاملو، فرهاد (۱۳۹۳)، تهران، ارجمند.
- حیدری، علیرضا؛ احتشام زاده، پروین و مرعشی، ماندانا. (۱۳۸۹). رابطه شدت بیخوابی، کیفیت خواب و خواب آلودگی و اختلال در عملکرد سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران، فصلنامه علمی-پژوهشی فرهنگ و زن، ۴(۱)، ۶۶-۷۶.
- خوشاب، هادی؛ سبزواری، سکنیه؛ غلامحسینی نژاد، نجمه و رضایی، محمد علی. (۱۳۹۲). مقایسه دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در زمینه عوامل مرتبط با اختلال خواب بیماران، *مدیریت ارتقا سلامت*، ۲، ۱۶-۲۴.
- محمود علیلو، مجید، هاشمی، تورج و اسماعیل زاده، حمیده. (۱۳۹۲). اطمینان به حافظه و خطای حافظه در افراد دچار حالت های وسواسی-اجباری در مقایسه با افراد بهنجار، *مطالعات روانشناختی*، ۴(۹)، ۵۹-۷۱.
- 1-Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res*, 53(3), 737-40
  - 2-Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297-307.
  - 3-Beattie, L., Espie, C. A., Kyle, S. D., & Biello, S. M. (2015). How are normal sleeping controls selected? A systematic review of cross-sectional insomnia studies and a standardized method to select healthy controls for sleep research. *Sleep Medicine*, 16, 669- 677.
  - 4-Boland, E. M., & Ross, R. J. (2015). recent advances in the study of sleep in the anxiety disorders obsessive compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *psychiatric clinic of north America*, 38, 761-776.
  - 5-Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213.
  - 6-Calais, J. B., Ojopi, E. B., Morya, E., Sameshima, K., & Ribeiro. S. (2015). Experience-dependent upregulation of multiple plasticity factors in the hippocampus during early REM sleep. *Neurobiology of Learning and Memory*, 122, 19-27.
  - 7-Cox, R. c., & Olatunji. (2016). Sleep disturbance and obsessive-compulsive symptoms: Results from the national comorbidity survey replication. *psychaitric research*, 75, 41-45.
  - 8-Enander, J., Andersson, E., Kald, V., indefors, N., Andersson, G., & Ruck, C. (2012). Internet administration of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale: a psychometric evaluation. *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 325-330.
  - 9-Eric, B., & Laron. (2012). sleep disorder in neurorehabilitation:insomnia. *sleep medicine clinics*, 7, 587-595.

- 10-**Johns, M.(1991). A new method of measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14, 540-545
- 11-** Ivarsson, T., & Skarphedinsson, G. (2014). Sleep problems and cognitive behavior therapy in pediatric Obsessive-compulsive disorder have bidirectional effects. *Anxiety Disorders*, 30, 28-33.
- 12-**Katic, b., Heywood, j., Turek, f., Chiauzzi, e., Vaughan, t. e., Simacek, k., Wicks, p., Jain, s., Winrow, ch. J., & Renger, j. (2015). New approach for analyzing self-reporting of insomnia symptoms reveals a high rate of comorbid insomnia across a wide spectrum of chronic diseases. *Sleep Medicine*, 16, 1332-1341.
- 13-**Kryger, M. H., Roth, G., Eloni, D. M., & Dement, W. D. F.(2005). Principles and Practice of Sleep Medicine. *Lippincott Co*
- 14-**Lee, K. A., Zaffke, M. E., & McEnany, G. (2000). Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 95(1), 14-18.
- 15-**Moreso, N. V., Martínez, C. H., Arija Val, V., & Sans, J. C. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *Clinical and Health Psychology*, 13, 118-126.
- 16-**Nota, J. A., Sharkey, K. A., & Coles, M. E. (2015). Sleep arousal, and circadian rhythms in adults with Obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral*, 51, 100-107.
- 17-**Nota, J. A., Schubert, J. R., & Coles, M. E. (2015). Sleep disruption is related to poor response inhibition in individuals with obsessive-compulsive and repetitive negative thought symptoms. *behavior and experimental psychiatry*, 50, 23-32.
- 18-**Owens, J. A. (2005). The ADHD and sleep conundrum. *a review J Dev Behav Pediatr Aug*, 26(4), 312-22.
- 19-**Raines, A. M., Short, N. A., Sutton, C. A., Oglesby, M. E., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2015). Obsessive-compulsive symptom dimensions and insomnia: The mediating role of anxiety sensitivity cognitive concerns. *Psychiatry Research*, 228, 368-372.
- 20-**Real, E., Montejo, A., Alonso, P., & Menchon, J. M. (2013) Sexuality and obsessive-compulsive disorder: the hidden affair. *Neuropsychiatry*, 3(1), 23-31
- 21-**Reeve, S., Sheaves, B., & Freeman, D. (2015). The role of sleep dysfunction in the occurrence of delusions and hallucinations: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 42, 96-115.
- 22-**Reynold, k. A., gradisar, M., & Alfano, C. A. (2015). sleep in children and adolescence with obsessive compulsive disorder. *Sleep medicine clinics*, 10(2), 133-141.
- 23-**Schmidt, E. M., Linz, B., Diekelmann, S., Besedovsky, L., Lange, T., & Born, J. (2015). Effects of an interleukin-1 receptor antagonist on human sleep, sleep-associated memory consolidation, and blood monocytes. *Brain, Behavior, and Immunity*, 47, 178-185.
- 24-**Timpano, K. R., Carbonehha, J. A., Berbert, R. A., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive symptoms and sleep difficulties: Exploring the

- unique relationship between insomnia and obsessions. *psychaitric research*, 57, 101-107.
- 25-Torp, C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P., Valderhaug, R., Weidle, B., Holmgren Melin, K., Hybel, K., Nissen, B. N., Lenhard, F., Wentzel-Larsen, T., Franklin, M. E., & Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic 19-Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64, 15-23.
- 26-Tsay, S. L., Cho, Y.C., Chen, M. L. (2004). Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. *Am J Chin Med*, 32(3), 407-16.
- 27-Weiss, M. D., & Salpekar, J. (2010). Sleep problems in the child with attention-deficit hyperactivity disorder: defining aetiology and appropriate treatments. *CNS Drugs*, 24(10), 811-28.

