

نقش باورهای وسواسی مسئولیت‌پذیری، کمال‌زدگی و اهمیت دادن به افکار در کیفیت خواب The Role of Obsessive Beliefs including Responsibility, Perfectionism, and Importance of Thoughts in Sleep Quality

Dr. Mojtaba Dalir

Assistant Professor, Postdoctoral in Psychology,
University lecturer of Payam Noor University, Tehran,
Iran.

mojtaba_dalir@yahoo.com

دکتر مجتبی دلیر

فوق دکتری روان‌شناسی، مدرس دانشگاه پیام‌نور تهران جنوب، تهران،
ایران.

Abstract

Research on sleep in people with obsessive-compulsive symptoms is scarce and scattered, but there is growing research literature showing that obsessive-compulsive symptoms are often associated with sleep disorders. The purpose of this study was to determine the role of obsessive-compulsive beliefs including responsibility, perfectionism, and importance of thoughts on sleep quality. For this purpose, a sample of 200 university students of Tehran Universities was selected by available sampling. Data were collected by using two questionnaires Obsessive-Compulsive Beliefs Questionnaire (2005) and Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (1989). The results showed that there was a significant relationship between obsessive beliefs including responsibility, perfectionism, and importance of thoughts and quality of sleep. Also, obsessive beliefs predict sleep quality ($p < 0.05$). In addition, among obsessive beliefs, importance of thoughts is the strongest predictor of sleep quality. Given these findings and the role of sleep hygiene in the occurrence and treatment of obsessive-compulsive symptoms, concurrent attention to obsessive-compulsive beliefs and sleep quality in individuals with obsessive-compulsive disorder symptoms is recommended.

چکیده

پژوهش‌های مربوط به خواب در افراد با نشانه‌های وسواس-اجبار اندک و پراکنده است، اما ادبیات پژوهشی در حال رشدی وجود دارد که نشان می‌دهد نشانه‌های وسواس-اجبار اغلب با اختلالات خواب مرتبط است. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش باورهای وسواسی مسئولیت‌پذیری، کمال‌زدگی و اهمیت دادن به افکار در کیفیت خواب بود. بدین منظور نمونه‌ای ۲۰۰ نفره از دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب گردید. جهت گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه باورهای وسواسی (۲۰۰۵) و پرسشنامه کیفیت خواب پیتمبورگ (۱۹۸۹) استفاده شد. نتایج نشان داد که بین باورهای وسواسی مسئولیت‌پذیری، کمال‌زدگی و اهمیت دادن به افکار و کیفیت خواب رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، باورهای وسواسی، کیفیت خواب را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0.05$). علاوه بر این، در بین باورهای وسواسی، اهمیت دادن به افکار قوی‌ترین پیش‌بین کیفیت خواب است. با توجه به این یافته‌ها و نقش بهداشت خواب در بروز و درمان نشانه‌های وسواس-اجبار توجه همزمان به باورهای وسواسی و کیفیت خواب در افراد با نشانه‌های اختلال وسواس-اجبار به درمانگران توصیه می‌شود.

Keywords: obsessive beliefs, sleep quality, students

واژه‌های کلیدی: باورهای وسواسی، کیفیت خواب، دانشجویان

ویرایش نهایی: اسفند ۹۸

پذیرش: بهمن ۹۸

دریافت: بهمن ۹۸

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

طی سال‌ها نظریه‌پردازی درباره عوامل مؤثر در ایجاد اختلال وسواس-اجبار^۱ مدل‌های نظری مختلفی به وجود آمده است. به طور خلاصه، کارر^۲ (۱۹۷۴) عنوان کرد که بیش‌برآورد خطر مشخصه افراد وسواسی است. مکفال و ولرزهایم^۳ (۱۹۷۹) فرض کردند که مبتلایان به این اختلال ارزیابی اولیه و ثانویه نادرست در مقابل تهدید دارند. سالکووسکیس^۴ (۱۹۸۵) بر اهمیت احساس مسئولیت کاذب تأکید کرد (به نقل از دلیر، ۱۳۹۳). راجمن^۵ (۲۰۰۳) بر سوءتعبیر اهمیت وسواس‌ها در مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار، و پوردون و کلارک^۶ (۱۹۹۴) نیز بر اهمیت کنترل فکر و نحوه تفسیر عدم موفقیت در مهار افکار تأکید نمودند. در این مدل‌ها فرض بر این است که باورهای

¹ Obsessive Compulsive Disorder

² Carr

³ Mcfall & Wollersheim

⁴ Salkovskis

⁵ Rachman

⁶ Purdon & Clark

ناکارآمد که مرجع ارزیابی افکار وسواسی هستند، علت تبدیل افکار مزاحم به افکار وسواسی است (جولین^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از شهامت ده‌سرخ، ۱۳۹۶). در حال حاضر گروهی از متخصصان شناخت وسواس، شش حیطة عمده از باورهای دارای اهمیت سبب‌شناختی و مختص به اختلال وسواس- اجبار را شناسایی کرده‌اند (گروه کار شناخت‌های وسواس- اجبار^۲، ۲۰۰۳). این باورها عبارتند از مسئولیت-پذیری افراطی، بیش برآورد خطر، بیش‌مهم‌پنداری افکار، اهمیت کنترل افکار، کمال‌زدگی و تحمل نکردن عدم قطعیت^۳.

اختلال وسواس- اجبار به صورت گروه مختلفی از نشانه‌ها تظاهر می‌کند که شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغالات ذهنی و وسواس‌های عملی هستند (سادوک، سادوک، و روئیز^۴، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۶). یافته‌های پژوهشی از ایده جهانی بودن الگوی نشانه‌های این اختلال حمایت می‌کند (برای مثال، دلیر، ۱۳۹۸). اختلال وسواس- اجبار یک اختلال ناتوان‌کننده است که با وسواس‌ها و اجبارها^۵ مشخص می‌شود. وسواس‌ها به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه شده و منجر به پریشانی و اضطراب می‌گردند. اجبارها نیز به منظور کاهش اضطراب یا پیشگیری از پیامدهای هولناک انجام می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال وسواس- اجبار یکی از پیچیده‌ترین اختلال‌های روانی و از نظر درمان دشوارترین اختلال روان‌رنجوری محسوب می‌شود، به طوری که هنوز هم بسیاری از روان‌درمانگران از پذیرش مبتلایان به این اختلال اکراه دارند (فریمن و گارسیا^۶، ۲۰۰۹، ترجمه دلیر، ۱۳۹۱). این اختلال به‌طور گسترده‌ای زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (رومپلا^۷، ۲۰۰۹) و همراه با رنج قابل ملاحظه، آسیب‌دیدگی عملکرد، و تحمیل هزینه اقتصادی بر خود فرد و نظام سلامت است (مارکاریان^۸ و همکاران، ۲۰۱۰؛ فینبرگ^۹، ۲۰۰۷). برای مثال، در حیطة فردی نشانه‌های اختلال وسواس- اجبار شدیدتر همراه با اختلالات خواب^{۱۰} بیشتر است (پترسون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۳).

به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده اختلال وسواس- اجبار، تلاش‌های پژوهشی به‌طور فزاینده‌ای بر فرآیندهای احتمالی حفظ‌کننده این اختلال متمرکز شده است. هرچند پژوهش‌های مربوط به خواب در افراد با اختلال وسواس- اجبار اندک و پراکنده است، اما یک ادبیات پژوهشی در حال رشد وجود دارد که نشان می‌دهد نشانه‌های اختلال وسواس- اجبار اغلب با ریتم‌های شبانه‌روزی^{۱۲} و اختلالات خواب^{۱۳} مرتبط است. ریتم‌های شبانه‌روزی در بین افراد مختلف، متفاوت است. برخی از افراد در اوایل صبح و افراد دیگر در اواخر روز سرحال‌تر هستند (کالات^{۱۴}، ۲۰۱۲، ترجمه علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). برخی از افراد حتی وقتی تلاش می‌کنند به اندازه کافی بخوابند با مشکلات قابل توجهی روبرو می‌شوند. وقتی مشکلات خواب منجر به اختلال در کار کرد روزانه شود، فرد مبتلا به اختلال خواب تشخیص داده می‌شود (نولن-هوکسما^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۴، ترجمه رفیعی و دلیر، ۱۳۹۵).

در حال حاضر تعدادی از مطالعات، همبستگی معنادار بین خوابیدن به تأخیر افتاده عادت^{۱۶} و نشانه‌های وسواس- اجبار را مستندسازی کرده‌اند (کولس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۲؛ نوتا^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۵؛ شوبرت و کولس، ۲۰۱۳، ۲۰۱۵). برای مثال، نوتا و کولس (۲۰۱۵) دریافتند که پریشانی همراه با نشانه‌های وسواس- اجبار با مدت زمان خواب کمتر و خوابیدن به تأخیر افتاده در یک نمونه از دانشجویان دوره کارشناسی همبستگی دارد. به همین ترتیب، کولس و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که فراوانی نشانه‌های وسواس- اجبار در افراد با خوابیدن به تأخیر افتاده در مقایسه با کسانی که خوابیدن بدون تأخیر دارند در یک نمونه غیربالینی به‌طور معناداری بیشتر است. یافته‌های یک فراتحلیل جدید کاهش قابل توجهی در طول مدت زمان کلی خواب و افزایش شیوع اختلال مرحله خواب به تأخیر افتاده در افراد مبتلا به

¹ Julien

² Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

³ inflated responsibility, overestimation of threat, overimportance of thoughts, importance of controlling thoughts, perfectionism, & intolerance of uncertainty

⁴ Sadock, Sadock & Ruiz

⁵ obsessions & compulsions

⁶ Freeman & Garcia

⁷ Rompella

⁸ Markarian

⁹ Fineberg

¹⁰ sleep disturbances

¹¹ Paterson

¹² circadian rhythms

¹³ sleep disturbances

¹⁴ Kalat

¹⁵ Nolen-Hoeksema

¹⁶ habitual delayed bedtimes

¹⁷ Coles

¹⁸ Nota

اختلال وسواس- اجبار در مقایسه با گروه‌های گواه سالم را نشان می‌دهد (نوتا و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش یزدان پناه و تیموری (۱۳۹۷) نیز نشان داد که افراد وسواسی میزان بی‌خوابی بیشتر و کیفیت خواب پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار دارند. به هر حال، برخی مشکلات خواب در مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار شایع‌تر از افراد سالم است. قوی‌ترین شواهد برای اختلالات ریتم شبانه‌روزی (دونس^۱ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوکس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸)، کاهش بازده و مدت زمان خواب، و تأخیر زمان شروع خواب طولانی‌تر به‌دست آمده است (دونس و همکاران، ۲۰۱۷).

خواب بدون کیفیت^۳ در بروز اضطراب و دیگر اختلالات مرتبط دخالت دارد (گرمین^۴، ۲۰۱۳). همانطور که در گزارش‌های موردی نشان داده شده است، بسیاری از مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار از خواب بدون کیفیت شکایت دارند. این افراد در مصاحبه‌های بالینی کیفیت پایین خوابشان را که نشان‌دهنده بیداری بیشتر، زمان کلی خواب کمتر، کابوس، و مشکل به خواب رفتن است تأیید می‌کنند (پاپادیمیتریو و لینکوسکی^۵، ۲۰۰۵)، بعلاوه، برخی از متخصصان بالینی نیز خاطر نشان کرده‌اند که آیین‌ها^۶ و اجبارها می‌توانند زمان خوابیدن را به تأخیر بیاندازند، چون افراد مبتلا به وسواس اغلب برای انجام دادن آیین‌های ویژه‌ای که می‌توانند بسیار وقت‌گیر باشند، تا وقتی دیگران به خواب بروند صبر می‌کنند (کولس و شارکی، ۲۰۱۱). از طرفی، نتایج یک پژوهش نشان داد که ارتباط معنادار و مستقلى بین وسواس‌ها و نشانه‌های بی‌خوابی^۷ وجود دارد، اما ارتباطی بین اجبارها و بی‌خوابی وجود ندارد. اگرچه افسردگی اغلب همبودی^۸ بالایی با اختلال وسواس- اجبار و اختلالات خواب دارد، نشانه‌های افسردگی تبیین‌کننده رابطه خواب و نشانه‌های وسواس- اجبار نبود؛ که نشان‌دهنده ارتباط منحصر به فرد بین وسواس‌ها و بی‌خوابی است (تیمپانو^۹ و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش‌های نسبتاً اندکی تا به امروز ماهیت خواب در رابطه با نشانه‌های وسواس- اجبار را بررسی کرده‌اند. اغلب مطالعاتی که انجام شده است بر مستندسازی رابطه بین اختلال وسواس- اجبار و اختلالات خواب تمرکز کرده‌اند، اما سازوکارها و میانجی‌گرهای زیربنایی بالقوه آن را بررسی نکرده‌اند (نوتا و همکاران، ۲۰۱۶). تنها یک مطالعه جدید به این نتیجه رسیده است که شب‌زنده‌داربودن^{۱۰} ممکن است، تا اندازه‌ای به دلیل تأثیر آن بر اختلالات خواب، در پرورش نشانه‌های وسواس- اجبار با گذشت زمان نقش داشته باشد (کوکس و همکاران، ۲۰۱۸). در مجموع، خواب بدون کیفیت مسئله شایعی در اختلال وسواس- اجبار است، اما ماهیت و شدت مشکلات خواب در مبتلایان به این اختلال هنوز مشخص نشده است. مطالعات گذشته بر شاخص‌های خاص خواب مانند زمان خواب (برای مثال، خوابیدن به تأخیر افتاده) تمرکز کرده‌اند، اما بررسی جامعی درباره گستره‌ای از متغیرهای خواب انجام نشده است (تیمپانو و همکاران، ۲۰۱۴).

همانطور که ملاحظه می‌شود پژوهش‌های انجام شده تا به امروز عمدتاً به بررسی ارتباط میان نشانه‌های وسواس- اجبار با مشکلات خواب پرداخته‌اند، اما مطالعه سازوکارهای این ارتباط مورد غفلت قرار گرفته است. از آنجایی که باورهای وسواسی از عوامل سبب‌شناختی اختلال وسواس- اجبار محسوب می‌شوند، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش باورهای وسواسی در کیفیت خواب در نظر گرفته شد. در همین راستا دو فرضیه زیر تدوین و مورد آزمون قرار گرفت: ۱- بین باورهای وسواسی و کیفیت خواب رابطه وجود دارد. ۲- باورهای وسواسی کیفیت خواب را پیش‌بینی می‌کنند.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمام دانشجویان کارشناسی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در دانشگاه‌های شهر تهران بود. نمونه مورد نظر به تعداد ۲۰۰ نفر با مراجعه به چهار دانشگاه صنعتی شریف، آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، پیام‌نور واحد تهران شرق و صنعتی امیرکبیر، و با در میان گذاشتن موضوع پژوهش با دانشجویان، به‌طور در دسترس و داوطلبانه انتخاب شد. از کل نمونه ۱۶۶ نفر (۸۳ درصد) در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲۱ نفر (۱۰/۵ درصد) تا ۲۵ تا ۳۰ سال و ۱۳ نفر

¹ Donse

² Cox

³ Poor sleep

⁴ Germain

⁵ Papadimitriou and Linkowski

⁶ rituals

⁷ insomnia

⁸ comorbidity

⁹ Timpano

¹⁰ eveningness

(۶/۵ درصد) ۳۰ تا ۳۵ سال بودند. ۱۴۱ نفر (۷۰/۵ درصد) مرد و ۵۹ نفر (۲۹/۵ درصد) زن، و ۱۷۷ نفر (۸۸/۵ درصد) مجرد و ۲۳ نفر (۱۱/۵ درصد) متأهل بودند.

ابزار سنجش

پرسشنامه باورهای وسواسی^۱: گروه کار شناخت‌های وسواس- اجبار^۲ این پرسشنامه را به عنوان ابزاری جهت ارزیابی نقش شناخت‌ها در سبب‌شناسی و حفظ وسواس تدوین نموده است (گروه کار شناخت‌های وسواس- اجبار، ۲۰۰۳). این پرسشنامه شامل ۴۴ سؤال با رتبه‌بندی ۰ تا ۷ است و از ۶ زیرگروه افکار تشکیل شده که حوزه‌های کلیدی شناخت در اختلال وسواس- اجبار هستند؛ احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر (۱۶ گزینه)، کمال‌زدگی، نیاز به برخورداری از اطمینان (۱۶ گزینه)، اهمیت‌دادن به افکار و کنترل افکار (۱۲ گزینه). نتایج تحقیق گروه کار شناخت‌های وسواس- اجبار (۲۰۰۳) نشان داد که این پرسشنامه دارای ثبات درونی ۰/۸۰ و پایایی بازآزمون مناسب است. گروه کار شناخت‌های وسواس- اجبار (۲۰۰۵)، شش عاملی را که زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در نظر گرفته شده بود، به کمک تحلیل عاملی بررسی نمود که سه عامل برای آن به دست آمد: (۱) احساس مسئولیت/ارزیابی خطر؛ (۲) کمال‌زدگی/نیاز به کسب قطعیت؛ و (۳) اهمیت و کنترل افکار (شمس و همکاران، ۱۳۸۳). نتایج مطالعه شمس و همکاران (۱۳۸۳) حاکی از ثبات درونی ۰/۹۲ و ضریب پایایی ۰/۸۲ در جمعیت ایرانی فارسی زبان بود. روایی ملاک این پرسشنامه به کمک پرسشنامه مادزلی^۳ ۵۰٪ به‌دست آمد که معنی‌دار بود.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبورگ^۴: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بایس^۵ و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتسبورگ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال جهت اندازه‌گیری کیفیت خواب در طی یک ماه گذشته است. این پرسشنامه هفت زیرمقیاس دارد که عبارتند از: ۱- کیفیت ذهنی خواب^۶ - ۲- تأخیر در به خواب رفتن^۷ - ۳- طول مدت خواب^۸ - ۴- خواب مفید^۹ - ۵- اختلالات خواب^{۱۰} - ۶- مصرف داروهای خواب‌آور^{۱۱} - ۷- اختلال عملکرد روزانه^{۱۲}. آزمودنی‌ها آزاد هستند تا نظر خود را به صورت پاسخ‌های هیچ، کمتر از یک بار در طول هفته، یک یا دو بار در طول هفته و سه بار یا بیشتر در طول هفته در پاسخ به هر یک از سؤال‌ها اظهار نمایند. روش نمره‌گذاری به این صورت است: هیچ = ۰، کمتر از یک بار در طول هفته = ۱، یک یا دو بار در طول هفته = ۲ و سه بار یا بیشتر در طول هفته = ۳. نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۲۱ متغیر بوده و نمره کل بالاتر از ۵ نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف است (بایس^{۱۳} و همکاران، ۱۹۸۹). بایس و همکاران (۱۹۸۹) انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (شهری‌فر، ۱۳۸۸ به نقل از حیدری و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۴۶ و به روش تنصیف ۰/۵۲ به دست آمد (حیدری و همکاران، ۱۳۸۹). بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۷۸ گزارش کردند.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها و آزمون اولین فرضیه پژوهش از آزمون همبستگی استفاده شد که نتایج به دست آمده در جدول ۱ قابل مشاهده است.

¹ Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44)

² Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

³ Maudsly Obsessional Compulsive Inventory

⁴ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

⁵ Buysse

⁶ Subjective sleep quality

⁷ Sleep latency

⁸ Sleep duration

⁹ Sleep efficiency

¹⁰ Sleep disturbances

¹¹ Use of sleep medications

¹² Day time dysfunction

¹³ Reynolds

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
باورهای وسواسی	۱۶۷/۰۹	۳۸/۱۵۴	۰/۲۸	۰/۰۵
کیفیت خواب	۱۳/۵۲	۴/۳۱۴		

با توجه به جدول ۱ و میزان ۲ به دست آمده ($r = 0/28$) می توان مطرح نمود که در سطح معنی داری ($p < 0/05$) بین متغیرهای باورهای وسواسی و کیفیت خواب رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه نمرات بیشتر در پرسشنامه کیفیت خواب به معنای کیفیت خواب ضعیف تر است می توان نتیجه گرفت که افزایش میزان باورهای وسواسی همراه با کیفیت خواب پایین تر است. با توجه به وجود همبستگی بین باورهای وسواسی و کیفیت خواب و به منظور پیش بینی و تعیین واریانس کیفیت خواب بر اساس باورهای وسواسی از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد که نتایج به دست آمده معنادار بود و در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. تحلیل رگرسیون جهت پیش بینی کیفیت خواب بر اساس باورهای وسواسی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	Std. Error	β	t	R	R ²
کیفیت خواب	مسئولیت پذیری	۰/۰۲۱	۰/۱۵۴	۰/۱۳۷	۱/۴۳*	۰/۲۱	۰/۰۳۱
	کمال زدگی	۰/۲۱	۰/۰۹۸	۰/۱۴۸	۱/۶۶*	۰/۲۱	۰/۰۳۱
	اهمیت دادن	۰/۲۲	۰/۱۶۳	۱/۱۱۹	۱/۴۰*	۰/۲۱	۰/۰۳۱

* $p < 0/05$

با توجه به جدول ۲ و مقادیر β به دست آمده ($1/119$ ، $0/148$ و $0/137$) می توان مطرح نمود که زیرمقیاس های مسئولیت پذیری، کمال زدگی و اهمیت دادن به افکار در باورهای وسواسی کیفیت خواب را پیش بینی می کنند ($p < 0/05$). بعلاوه متغیر اهمیت دادن به افکار بیشترین توان پیش بینی کیفیت خواب را دارد ($p < 0/05$ ، $\beta = 1/119$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش باورهای وسواسی در کیفیت خواب بود. آزمون فرضیه اول نشان داد که بین متغیرهای باورهای وسواسی و کیفیت خواب رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه نمرات بیشتر در پرسشنامه کیفیت خواب به معنای کیفیت خواب ضعیف تر است می توان نتیجه گرفت که افزایش میزان باورهای وسواسی همراه با کیفیت خواب پایین تر است. این یافته به طور کلی هماهنگ با نتایج پژوهش های متعدد از جمله پادامیتریو و لینکووسکی (۲۰۰۵)؛ کولس و همکاران (۲۰۱۲)؛ گرمین (۲۰۱۳)؛ تیمپانو و همکاران (۲۰۱۴)؛ شوپرت و کولس (۲۰۱۳، ۲۰۱۵)؛ و نوتا و همکاران (۲۰۱۵) است.

یک تبیین برای این یافته انجام فعالیت شناختی قبل از خواب^۱ است. هاروی^۲ (۲۰۰۰) می نویسد که به خواب روندگان خوب در مقایسه با افراد مبتلا به بی خوابی بیشتر گزارش می کنند که در دوره قبل از خواب توجه شان بر "چیز خاصی" متمرکز نیست. به عبارتی فرآیند به خواب رفتن همراه با حداقل تلاش است. اما توجه مبتلایان به بی خوابی در دوره قبل از خواب متمرکز بر حل کردن مسائل است. بعلاوه، مبتلایان به بی خوابی در دوره قبل از خواب دیدن تصاویری را گزارش می کنند که پریشان کننده و همراه با احساس های جسمانی هستند (هاروی، ۲۰۰۰). بنابراین، افکار پریشان کننده و ناخواسته تکراری در اختلال وسواس-اجبار می توانند در ایجاد اختلال خواب از طریق تداخل با شروع و حفظ خواب مشارکت داشته باشند (کوکس و اولتونجی، ۲۰۱۶). مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار افکار مزاحم را مهم و معنادار ارزیابی می کنند (یعنی باور وسواسی اهمیت دادن به افکار) که باعث افزایش تلاش برای سرکوبی می شود (پوردون، ۲۰۰۸). ماهیت مزاحم و تکراری این وسواس ها همراه با تلاش های ناموفق در سرکوبی منجر به این نتیجه گیری می شود که فرد کنترل خود را بر توانایی های شناختی از دست داده است (راینز^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). بعلاوه، گرایش به نظارت بیش از حد و بیش ارزش گذاری افکار نیز به

¹ pre-sleep cognitive activity

² Harvey

³ Raines

The Role of Obsessive Beliefs including Responsibility, Perfectionism, and Importance of Thoughts in ...

نوبه خود منجر به ارزیابی‌های منفی بیشتر و افزایش اضطراب و بیش‌برانگیختگی می‌شود. ترکیب افکار مزاحم و تکرار شونده به همراه ترس از عدم توانایی ذهنی در دوره قبل از خواب می‌تواند منجر به افزایش بیش‌برانگیختگی و پرورش نشانه‌های بی‌خوابی در میان مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار شود (راینز و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین با توجه به حجم بالای فعالیت‌های شناختی پیش از خوابی که در افراد وسواسی مشاهده می‌شود، از جمله وجود افکار پریشان‌کننده و ناخواسته تکراری، ارزیابی مهم و معنادار بودن افکار مزاحم، تلاش برای سرکوبی افکار مزاحم و کنترل فکر، می‌توان مشکلات خواب و خواب بدون کیفیت ایشان را بر اساس آنها تبیین نمود.

آزمون فرضیه دوم نشان داد که زیرمقیاس‌های مسئولیت‌پذیری، کمال‌زدگی و اهمیت دادن به افکار از باورهای وسواسی کیفیت خواب را پیش‌بینی می‌کنند. بعلاوه، متغیر اهمیت دادن به افکار بیشترین توان پیش‌بینی کیفیت خواب را دارد. این یافته‌ها نیز به‌طور کلی با نتایج پژوهش‌های پاپادیمیتریو و لینکووسکی (۲۰۰۵)؛ کولس و همکاران (۲۰۱۲)؛ گرمین (۲۰۱۳)؛ تیمپانو و همکاران (۲۰۱۴)؛ شوبرت و کولس (۲۰۱۳، ۲۰۱۵)؛ و نوتا و همکاران (۲۰۱۵) هماهنگ است.

همانطور که مطرح شده است اهمیت دادن به افکار یعنی باور به اینکه افکار مزاحم معنادار بوده و نشان‌دهنده منش فرد هستند. راجمن (۲۰۰۳) در مورد وسواس‌ها اظهار داشت که افکار مزاحم ناخواسته طبیعی زمانی به وسواس تبدیل می‌شود که فرد آنها را یک پدیده تهدیدکننده و از نظر شخصی مهم سوءتعبیر کند. معنایی که به فکر مزاحم پیوند خورده اهمیت دارد زیرا مسئله‌ای را در مورد شخص اعلام می‌دارد که می‌تواند به پیامدهای منفی بسیار جدی منجر شود. فرد به تبع افزایش اهمیت ادراک‌شده معنی و اهمیت یک مزاحمت ذهنی، برای فرونشانی یا کنترل چنین افکاری سخت‌تر تلاش می‌کند، اگرچه این تلاش‌ها محکوم به شکست هستند و بنابراین برعکس باعث افزایش فراوانی مزاحمت ذهنی می‌شوند و به نوبه خود اهمیت نسبت داده شده به فکر را افزایش می‌دهد (راجمن، ۲۰۰۳). بنابراین می‌توانیم انتظار داشته باشیم که فعالیت شناختی افزایش یافته در اثر باور وسواسی اهمیت دادن به افکار مانع بزرگی برای خواب رفتن باشد. از طرفی، مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار گرایش دارند تا اطلاعات مبهم را به صورت منفی تفسیر کنند. سوگیری^۱ تفسیر منفی بیشترین منابع پردازش شناختی را مورد استفاده قرار می‌دهد (ویلیامز و گریشام^۲، ۲۰۱۳؛ دلیر، ۱۳۹۳). این گرایش نه تنها به نشانه‌های وسواس، بلکه به مشکلات خوابی که این افراد تجربه می‌کنند نیز مربوط می‌شود. مطابق با این دیدگاه، نتایج یک گزارش جدید نشان داده است که گرایش به تجربه نگرانی‌های شناختی با گزارش بی‌خوابی ذهنی در اختلال وسواس-اجبار مربوط است (راینز و همکاران، ۲۰۱۵). مشخص شده است که درمان تعدیل سوگیری شناختی^۳ شدت نشانه‌های اختلال وسواس-اجبار و باورهای وسواسی را کاهش می‌دهد (کلرکین و تیچمن^۴، ۲۰۱۱؛ دلیر و همکاران، ۱۳۹۴). جالب است که کاهش نشانه‌های بی‌خوابی ذهنی هم می‌تواند پاسخ به درمان را افزایش دهد. برای مثال، نشانه‌های ذهنی ممکن است نسبت به تعدیل شدن از طریق مداخلات نسبتاً ساده‌ای مثل آموزش روانی و نظارت بر بهداشت خواب پاسخگو باشند، همانطور که در گزارش موردی درباره درمان بی‌خوابی ذهنی در یک مراجع وسواسی نشان داده شده است (آبه^۵ و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، علاوه بر میزان بالای فعالیت‌های شناختی پیش از خواب، نقش محوری اهمیت دادن به افکار و تفسیر منفی اطلاعات مبهم را می‌توان به عنوان علت احتمالی به‌دست آمدن یافته اخیر مطرح نمود.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که باورهای وسواسی با کیفیت خواب ضعیف همراه هستند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و نقش بهداشت خواب در بروز (برای مثال، گرمین، ۲۰۱۳؛ کوکس و همکاران، ۲۰۱۸) و درمان اختلال وسواس-اجبار (برای مثال، آبه و همکاران، ۲۰۱۲) توجه همزمان به باورهای وسواسی و کیفیت خواب در مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار به درمانگران این اختلال توصیه می‌شود. بعلاوه، پیشنهاد می‌شود بسته‌ای مداخله‌ای برای بهداشت خواب افراد با اختلال وسواس-اجبار تدوین شده و طی پژوهشی اثربخشی آن در بهبود این اختلال بررسی گردد.

منابع

بساکنزاد، سودابه؛ آقاجانی افجندی، اعظم؛ و زرگر، یدالله. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۱۸(۲)، ۱۸۱-۱۹۸.

¹ Bias

² Williams & Grisham

³ Cognitive Bias Modification Therapy

⁴ Clerkin & Teachman

⁵ Abe

- حیدری، علیرضا؛ احتشامزاده، پروین؛ و مرعشی، ماندانا. (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب‌آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۱(۴)، ۶۵-۷۶.
- دلیر، مجتبی. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی، تعدیل سوگیری شناختی، و ترکیب درمان شناختی رفتاری گروهی با تعدیل سوگیری شناختی بر شدت نشانه‌های اختلال وسواس-بی‌اختیاری، باورهای وسواسی، و رفتارهای وسواسی در نمونه غیربالینی. رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور مرکز تحصیلات تکمیلی چاپ نشده.
- دلیر، مجتبی. (۱۳۹۸). فراوانی زیرگروه‌های اختلال وسواس-اجبار: نقش جنسیت. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۲)، ۳۱-۳۸.
- دلیر، مجتبی؛ علی‌پور، احمد؛ زارع، حسین؛ و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۴). تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی بر نشانه‌های اختلال وسواس-بی‌اختیاری: مقایسه اثربخشی آن و درمان شناختی رفتاری گروهی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۱)، ۱-۲۵.
- سادوک، بنجامین جمیز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ و روئیز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی. *علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. ویراست یازدهم. جلد اول. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۶). تهران: ارجمند.
- شمس، گیتی؛ کرم‌قدیری، نرگس؛ اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب؛ و ابراهیم‌خانی، نرگس. (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی - ۴۴. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱ و ۲)، ۲۳-۳۶.
- شهامت ده‌سرخ، فاطمه. (۱۳۹۶). باورهای وسواسی و نقص بازداری شناختی در مبتلایان وسواس فکری و عملی. *روان‌شناسی شناختی*، ۵(۲)، ۱۱-۲۰ فریمن، جی. بی.؛ و گارسیا ای. ام. (۲۰۰۹). *درمان خانواده‌محور کودک وسواسی: راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری*. ترجمه مجتبی دلیر. (۱۳۹۱). تهران: ارجمند.
- کالات، جمیز. (۲۰۱۲). روان‌شناسی زیستی. ویراست یازدهم. جلد دوم. ترجمه احمد علی‌پور، امیرعلی مازندرانی، مجتبی دلیر و مژگان آگاه‌هریس (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.
- نولن-هکسما، سوزان؛ فردریکسون، باربارا ل؛ لافتوس، جفری ر؛ و لوتس، کریستل (۲۰۱۴). *زمینه روان‌شناسی اتکینسون و هیلگارد*. جلد اول، ویراست شانزدهم. ترجمه حسن رفیعی و مجتبی دلیر (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.
- یزدان‌پناه فرشته؛ و تیموری، سعید. (۱۳۹۷). مقایسه اختلال‌های خواب در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و بهنجار. *رویش روان‌شناسی*، ۷(۷)، ۲۴۵-۲۶۰.
- Abe, Y., Nishimura, G., & Endo, T. (2012). Early sleep psychiatric intervention for acute insomnia: Implications from a case of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8(2), 191-193. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.1778>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 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 and practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Carr, A.T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Clerkin, E. M. and Teachman, B. A. (2011). Training interpretation biases among individuals with symptoms of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 42(3): 337-343. doi:10.1016/j.jbtep.2011.01.003.
- Coles ME, Sharkey KM. (2011). Compulsion or chronobiology? A case of severe obsessive-compulsive disorder treated with cognitive-behavioral therapy augmented with chronotherapy. *J Clin Sleep Med*; 7: 307.
- Coles, M. E., Schubert, J. R., & Sharkey, K. M. (2012). Delayed bedtimes and obsessive-compulsive symptoms. *Behavioral Sleep Medicine*, 10(4), 258-265.
- Cox RC, & Olatunji BO. (2016). Sleep disturbance and obsessive-compulsive symptoms: Results from the national comorbidity survey replication. *Journal of Psychiatric Research*, doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.01.007.
- Cox, R. C., Tuck, B., Olatunji, B. O. (2018). The role of eveningness in obsessive-compulsive symptoms: Cross-sectional and prospective approaches. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2018.04.060
- Donse, L., Sack, A.T., Fitzgerald, P.B., & Arns, M. (2017). Sleep disturbances in obsessive-compulsive disorder: Association with nonresponse to repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 31-39.
- Fineberg, N. A. (2007). New treatment options for OCD. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(S2), 24-30.
- Germain A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now? *Am J Psychiatry*; 170: 372-82.
- Harvey, A. G. (2000). Pre-sleep cognitive activity: A comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 275-286.
- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M.A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., et al. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 78-88.
- Mcfall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- Nota, J. A., & Coles, M. E. (2015). Duration and timing of sleep are associated with repetitive negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 253-261. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-014-9651-7>.

The Role of Obsessive Beliefs including Responsibility, Perfectionism, and Importance of Thoughts in ...

- Nota, J. A., Schubert, J. R. & Coles, M. E. (2016). Sleep disruption is related to poor response inhibition in individuals with obsessive-compulsive and repetitive negative thought symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 23-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.04.011>.
- Nota, J. A., Sharkey, K. M., & Coles, M. E. (2015). Sleep, arousal, and circadian rhythms in adults with obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Neuroscience and Bio-behavioral Reviews*, 51, 100-107.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory—part II: Factor analyses and testing of a brief version. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Papadimitriou GN, Linkowski P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *Int Rev Psychiatry*; 17: 229-36.
- Paterson, J. L., Reynolds, A. C., Ferguson, S. A., & Dawson, D. (2013). Sleep and obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Sleep Medicine Reviews*, 17, 465-474.
- Purdon, C., (2008). *Unacceptable Obsessional Thoughts and Covert Rituals*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Purdon, C., Clark, D. A. (1994). Perceived Control and Appraisal of Obsessional Intrusive Thoughts: A Replication and Extension. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22(4), 269-285.
- Rachman, S. J. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- 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(3), 368-372. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.081>.
- Raines, A.M., Capron, D.W., Bontempo, A.C., Dane, B.F., Schmidt, N.B., (2014). Obsessive Compulsive Symptom Dimensions and Suicide: the Moderating Role of Anxiety Sensitivity Cognitive Concerns. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 660-669.
- Rompella, N. (2009). *Obsessive-compulsive disorder: the ultimate teen guide*. Lanham, Maryland: Scarecrow Press, Inc.
- Schubert, J. R., & Coles, M. E. (2013). Obsessive-compulsive symptoms and characteristics in individuals with delayed sleep phase disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 877-884.
- Schubert, J. R., & Coles, M. E. (2015). The experience and impact of intrusive thoughts in individuals with late bedtimes. *Biological Rhythm Research*, 46(1), 81-89.
- Timpano, K. R., Carbonella, J. Y., Bernert, R. A. & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive symptoms and sleep difficulties: Exploring the unique relationship between insomnia and obsessions. *Journal of Psychiatric Research*; 57, 101-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.021>.
- Williams, A. D., Grisham, J. R. (2013). Cognitive bias modification (CBM) of obsessive compulsive beliefs. *BMC Psychiatry*, 13, 256. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-256>.