

The relationship between rumination and sleep quality in patients with major depressive disorder

Samira Yadollahifar¹, Amir Sadeghi², Farshid Shamsaei³

1-MSc of Psychiatric Nursing, Students Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3- Associate Professor, Maternal and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (Corresponding Author). E-mail: shamsaei68@yahoo.com

Received: 26/01/2020

Accepted: 04/04/2020

Abstract

Introduction: Sleep disorders one of the problems of patients with depression is that they may be associated with a number of factors, such as rumination.

Aim: The aim of this study was to investigate the relationship between rumination and sleep quality in depressed patients.

Method: The present study was a descriptive-correlational study. A simple random sampling method was used to select 160 patients with major depressive disorder at Farshchian Hospital in Hamedan in 2017. Pittsburgh sleep questionnaire was used to collect data. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (pearson and spearman correlation coefficient) and SPSS 23 software.

Results: The correlation between rumination and sleep quality in patients with major depressive disorder admitted in Farshchian hospital in Hamadan showed that Pearson correlation coefficient test showed a significant and direct relationship with 0.476 between rumination and sleep quality. So people who scored higher on the sleep quality questionnaire actually had lower sleep quality because of the reverse score. Data analysis showed that there was a significant relationship between rumination and sleep quality ($r = -0.476$, $p = 0.001$).

Conclusion: The present study showed that there is a significant relationship between rumination and sleep quality in depressed patients and rumination leads to decreased sleep quality in patients. In depressed patients, sleep quality is more important and it is necessary to improve their health through strategies such as rumination therapy.

Keywords: Rumination, Sleep quality, Major depressive

How to cite this article : Yadollahifar S, Sadeghi A, Shamsaei F. The relationship between rumination and sleep quality in patients with major depression admitted in Farshchian Psychiatric Hospital in Hamadan. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (2): 26-36 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-732-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی ارتباط نشخوار فکری با کیفیت خواب بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

سمیرا یداللهی فر^۱، امیر صادقی^۲، فرشید شمسانی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان پرستاری، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (مولف مسئول). ایمیل: shamsaei68@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۰۶

چکیده

مقدمه: اختلال در خواب یکی از مشکلات بیماران با اختلال افسردگی است که با عوامل متعددی از جمله نشخواری فکر ممکن است ارتباط داشته باشد.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین نشخوار فکری با کیفیت خواب در بیماران افسرده اساسی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود که ۱۶۰ نفر از بیماران افسرده اساسی در بیمارستان فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۶ انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خواب پیتزبورگ، پرسشنامه نشخوار فکری نالن هاکسما است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: در بررسی آزمون رابطه‌ای بین نشخوار فکری با کیفیت خواب بیماران افسرده اساسی بستری شده در بیمارستان فرشچیان همدان نشان داد که آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنادار و مستقیمی با مقدار ضریب $0/476$ بین نشخوار فکری و کیفیت خواب به دست آمده است. به طوری که افرادی که نمرات بالاتری از پرسشنامه کیفیت خواب کسب کرده‌اند به دلیل نمره گذاری معکوس در حقیقت کیفیت خواب پایین‌تری داشته‌اند. ($R=0/476, p=0/000$) تحلیل داده‌ها نشان داد بین نشخوار فکری و کیفیت خواب رابطه عکس معناداری ($r=-0/476, p=0/001$) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد که بین نشخوار فکری و کیفیت خواب در بیماران افسرده ارتباط معنادار و عکسی وجود دارد و نشخوار فکری منجر به کاهش کیفیت خواب بیماران می‌شود. در بیماران افسرده کیفیت خواب از اهمیت بیشتری برخوردار است و لازم است با راهکارهای از جمله درمان نشخوار فکری سلامتی آن‌ها را ارتقاء داد.

کلیدواژه‌ها: نشخوار فکری، کیفیت خواب، افسردگی اساسی

مقدمه

قرار گرفته است. یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را یکی از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند (سزابو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷).

نشخوار فکری به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که گرد یک موضوع معمول دور می‌زند. این افکار به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند (جوorman^۳، ۲۰۰۶). این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، وسواس فکری-عملی، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از حادثه مشاهده می‌شود (سزابو و همکاران، ۲۰۱۷). نشخوار فکری زیربنای شناختی بیماران افسرده را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری ضعیف روان‌شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد (جوorman، ۲۰۰۶). مطالعات صورت گرفته بر اساس مدل‌های شناختی افسردگی، نقش سبک‌های شناختی منفی و نشخوار فکری را به‌عنوان عوامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده‌اند (لو^۴ و همکاران، ۲۰۰۰؛ رولوفز^۵ و همکاران، ۲۰۰۸).

هایدی و همکاران نشخوار فکری را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های شناختی افسردگی خاطر نشان می‌کنند (هاید^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). دونالدسون و همکاران هم تصریح می‌کنند که افسردگی با یک سوگیری توجهی به سمت اطلاعات منفی در راستای ارزیابی از خود همراه است. این سوگیری منفی در آن دسته از بیماران که

افسردگی یک بیماری رایج در سراسر جهان است که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر از مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی با تغییرات رفتاری معمول و پاسخ‌های عاطفی کوتاه‌مدت به چالش‌ها در زندگی روزمره متفاوت است (لويس^۱، ۲۰۰۹). افسردگی، به‌خصوص زمانی که طولانی‌مدت و با شدت متوسط و شدید، ممکن است برای وضعیت سلامتی یک تهدیدکننده جدی باشد. این باعث می‌شود که فرد مبتلا به شدت رنج ببرد و فعالیت‌های اجتماعی در کار، مدرسه و در خانواده به‌ندرت تحت تأثیر قرار دهد. در بدترین حالت، افسردگی می‌تواند منجر به خودکشی شود. نزدیک به ۸۰۰ هزار نفر به علت خودکشی هر ساله می‌میرند. خودکشی دومین علت مرگ در سن ۱۵ تا ۲۹ سالگی است (صادقی راد و همکاران، ۲۰۱۰).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات در ایران، اختلال در هزینه‌های چهارم در جهان و بدون شک دومین گران‌ترین اختلال تا سال ۲۰۱۵ بوده است. برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی و اجتماعی افراد سالخورده افسردگی را کاهش یا افزایش می‌دهند (ساراخانی و همکاران، ۲۰۱۸). افسردگی یک مسئله عمومی است و ۳۵ تا ۴۵ درصد بیماری‌های روانی را در ایران تشکیل می‌دهد (صادقی راد و همکاران، ۲۰۱۰) و معمولاً حدود ۸ تا ۲۰ درصد جمعیت را پوشش می‌دهد (ساراخانی و همکاران، ۲۰۱۸؛ رحیمی موقر و همکاران، ۲۰۱۴).

در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی، مورد توجه پژوهشگران زیادی

²- Szabo

³- Joormann

⁴- Lo

⁵- Roelofs

⁶- Hyde

¹- Lewis

برای بیماران افسرده اساسی استفاده می‌شود هشدار به اهمیت رسیدگی به شکایات خواب در این جمعیت است. کیفیت خواب تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد و از این بین نشخوار فکری به دلیل تأثیر گسترده بر عملکردهای روزانه فرد می‌تواند کیفیت خواب بیماران افسرده را بیشتر تحت تأثیر قرار دهد و یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی است که دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را یکی از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند که نیاز به توجه جدی دارد. با توجه به اینکه تا کنون پژوهش‌های اندکی در زمینه بررسی ارتباط نشخوار فکری با کیفیت خواب بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شده است و به نظر می‌رسد که فراشناخت‌ها بتوانند به‌عنوان عاملی مؤثر برای تبیین کیفیت خواب، به‌ویژه در بین بیماران افسرده مدنظر قرار گیرند؛ بنابراین این مطالعه باهدف بررسی نقش نشخوار فکری در کیفیت خواب بیماران افسرده انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل بیماران افسرده اساسی در بیمارستان فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۶ بودند. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود که ۱۶۰ نفر از بیماران افسرده اساسی در بیمارستان فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۶ انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G POWER-103 و با توجه به نوع آزمون (همبستگی پیرسون) با توان آزمون ۰/۹۵ و سطح معنی دار ۰/۰۵ حجم نمونه ۱۲۴ نفر برآورد گردید که با احتساب ریزش ۳۰ درصد حجم کل نمونه ۱۶۰ نفر در نظر گرفته شد. معیار ورود به مطالعه نداشتن معلولیت جسمی، نیازمند بستری در بیمارستان

نشخوار فکری دارند، قوی‌تر می‌شود (دونالدسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

به‌طورکلی افکار عودکننده منفی نقش بسزای در ابتلا و تداوم اختلال‌های خلقی و اضطرابی و بی‌خوابی بازی می‌کند. رویکرد فراشناختی در زمینه اختلالات خواب بر این باور است که افراد به این دلیل در دام بی‌خوابی و اختلالات خواب گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. بیماران افسرده اغلب از نشخوار فکری رنج می‌برند که در لحظات پیش از به خواب رفتن نشخوارهای فکری بیشتر می‌شود و بر کیفیت خواب آنان تأثیر می‌گذارد (جورمان، ۲۰۰۶).

مطالعات نشان می‌دهند نشخوار فکری با کیفیت خواب و خلق افسرده ارتباط دارد به طوری که کیفیت خواب را کاهش داده و علائم افسردگی را تشدید می‌کنند (رولوفز و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاید و همکاران، ۲۰۰۸).

یکی از شایع‌ترین علائم مرتبط با اختلال افسردگی اساسی اختلال در خواب است مشکلات تنظیمات خواب به دلیل بیماری نیستند؛ در عوض، اغلب اوقات قبل از وقایع افسردگی پیش می‌آید و می‌تواند در زمان بهبودی ادامه یابد. بهبود خواب در بیماران افسرده بهبود یافته است (دونالدسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ روود^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

علاوه بر این، محرومیت خواب می‌تواند قسمت‌های افسردگی را در افراد حساس ایجاد کند و علائم افسردگی را در افراد دیگر کاهش دهد. مشاهدات پژوهشگران نشان می‌دهد که داروهای خواب‌آور که

^۱ - Donaldson

خواب نامطلوب را نشان می‌دهد (دونالدسون و همکاران، ۲۰۰۷). نخعی و همکاران، آلفا کرونباخ $0/89$ را برای نسخه فارسی این پرسشنامه گزارش کرده‌اند (روود^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS): این مقیاس توسط نولن و هوکسیما و مورو، تدوین شده است و دارای ۲۲ سؤال است که خلق افسرده را توصیف می‌کند و هر سؤال آن بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر است. نمره بین ۲۲ تا ۲۹ میزان نشخوار فکری در حد پایینی دارند، نمره بین ۲۹ تا ۵۸ میزان نشخوار فکری در حد متوسطی دارند و نمره بین ۵۸ تا ۸۸ میزان نشخوار فکری در حد بالایی دارند. ضریب پایایی باز آزمایشی (فاصله زمانی ۶ ماهه) $0/80$ گزارش شده است در ضمن پایایی همسانی (ضریب آلفای کرونباخ) این مقیاس در دامنه‌ای از $0/88$ تا $0/92$ به دست آمده است (نولن-هاکسیما^۴، ۱۹۹۱).

یافته‌ها

یافته‌ها در رابطه با متغیرهای دموگرافیک نشان داد میانگین سن بیماران $30/6$ بود. از بین شرکت کنندگان $43/8\%$ افراد را مردان و $56/20\%$ از آن‌ها را زنان تشکیل دادند. اکثریت آن‌ها ساکن شهر و متأهل بودند و اکثریت آن‌ها از نظر وضعیت تأهل، متأهل با مقدار عددی $38/1\%$ و $36/9\%$ برای افراد مجرد و 25% را افراد بیوه یا مطلقه تشکیل دادند. وضعیت تحصیلی این افراد با $33/1\%$ در سطح ابتدایی، $31/3\%$ از آن‌ها راهنمایی، $23/1\%$ دیپلم، 5% فوق دیپلم و $6/9\%$ در مقطع لیسانس و 6% در مقاطع بالاتر

فرشچیان بنا بر تشخیص روان‌پزشک باشد، بزرگسال بودن بیمار، سابقه حداقل یک سال بستری، نداشتن اختلال روانی توأم، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. معیار خروج افراد از مطالعه نیز عدم همکاری آن‌ها و درخواست آن‌ها مبنی بر عدم همکاری است. جهت نمونه‌گیری به بخش‌های روان، بیمارستان فرشچیان شهر همدان مراجعه شد و بیمارانی که تشخیص دوقطبی نوع یک بنا به نظر پزشک مربوطه داشتند انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

ابزار

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خواب پیتزبورگ، پرسشنامه نشخوار فکری نالن هاکسیما است.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ (PSQI): این پرسشنامه به بررسی کیفیت خواب در ۴ هفته گذشته می‌پردازد و شامل ۹ سؤال در ۷ بخش (کیفیت ذهنی خواب، دیر به خواب رفتن، کفایت خواب، دوره خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد طی روز (به صورت مشکلات ناشی از بد خوابی که توسط فرد در طول روز تجربه می‌شود) بوده است. امتیاز هر سؤال حداقل ۰ و حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن بین ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین تر است. نمره ۰ تا ۴ کیفیت خواب مطلوب و نمره ۵ تا ۲۱، کیفیت

²- Rood

³- Rumination Response Scale

⁴- Nolen-Hoeksema

¹- Pittsburgh Sleep Quality Index

۱۵۰۰۰۰۰ تومان است. اکثریت ۵۹/۴٪ ساکن شهر و با درصدی تقریباً کمتر از آن حدود ۴۰/۶٪ ساکن روستا بودند. در بررسی طول مدت بیماری، بیماران افسرده اکثریت بین ۲۵ تا ۳۶ ماه، ۲۵/۶ درصد طول بیماری‌شان بود. در جدول ۱ توصیف متغیر کیفیت خواب بیماران افسرده اساسی ذکر شده است.

از لیسانس بودند که در این میان بیشترین درصد با مقدار عددی ۳۳/۱٪ مربوط به مقطع تحصیلی ابتدایی بود. در بررسی وضعیت اشتغال باید اشاره کرد که اکثریت افراد با ۶۰/۶٪ از آن‌ها بیکار و ۶۰٪ از آن‌ها تقریباً هیچ درآمدی نداشتند و در صد کمی از آن‌ها با مقدار عددی ۴/۴٪ کارمند بودند که بیشترین درآمدشان بین ۱۰۰۰۰۰۰ تا

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب بیماران افسرده اساسی

انحراف معیار	میانگین	ابعاد کیفیت خواب
۰/۹۵	۱/۷۰	کیفیت ذهنی خواب
۱/۰۱	۱/۹۰	تأخیر در به خواب رفتن
۱/۱۱	۱/۱۸	مدت زمان خواب
۰/۹۵	۱/۷۰	میزان بازدهی خواب
۰/۵۶	۱/۲۹	اختلالات خواب
۰/۹۷	۲/۳۹	استفاده از داروهای خواب‌آور
۰/۸۱	۱/۳۵	اختلالات عملکردی روزانه
۴/۷۹	۱۱/۲۰	کیفیت کلی خواب

است و در کل میانگین کیفیت کلی خواب (۱۱/۲۰) بوده است. در جدول ۲ همبستگی ابعاد خواب با نشخوار فکری در نمونه مورد مطالعه ذکر شده است.

میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب بر اساس پرسشنامه کیفیت خواب نشان می‌دهد کیفیت خواب در بعد استفاده از داروهای خواب‌آور (۲/۳۹) دارای بیشترین میانگین و مدت‌زمان خواب (۱/۱۸) دارای کم‌ترین میانگین بوده

جدول ۲ همبستگی هر یک از ابعاد خواب با نشخوار فکری در واحدهای مورد مطالعه

نشخوار فکری		ابعاد کیفیت خواب
ضریب همبستگی	سطح معناداری	
-۰/۳۷۸	<۰/۰۰۱	کیفیت ذهنی خواب
-۰/۲۷۱	۰/۰۰۱	تأخیر در به خواب رفتن
-۰/۱۷۵	۰/۰۲۷	مدت‌زمان خواب
-۰/۳۷۸	<۰/۰۰۱	میزان بازدهی خواب
-۰/۲۲۳	۰/۰۰۵	اختلالات خواب

استفاده از داروهای خواب آور	-۰/۳۸۹	<۰/۰۰۱
اختلالات عملکردی روزانه	-۰/۰۸۲	۰/۳۰۵
کیفیت کلی خواب	-۰/۴۷۶	<۰/۰۰۱

و نشخوار فکری و کمترین همبستگی بین بعد اختلالات عملکردی روزانه (-۰/۰۸۲) و نشخوار فکری بوده است. با آزمون همبستگی اسپیرمن در جدول ۳ همبستگی نشخوار فکری با عوامل دموگرافیک ذکر شده است.

تحلیل داده‌ها نشان داد بین نشخوار فکری و کیفیت خواب رابطه عکس معناداری وجود دارد. با کاهش نشخوار فکری کیفیت خواب افزایش می‌یابد ($p=۰/۰۰۱$)، بیشترین میزان همبستگی بین بعد کیفیت ذهنی خواب (-۰/۳۷۸)، میزان بازدهی خواب (-۰/۳۷۸)

جدول ۳ همبستگی نشخوار فکری با عوامل دموگرافیک

متغیر	سطح معناداری
جنس	۰/۴۶۲
سن	۰/۰۰۶
وضعیت تأهل	۰/۰۳۹
سطح تحصیلات	۰/۰۰۱
وضعیت اشتغال	۰/۰۰۱
طول مدت بیماری	۰/۰۰۲
میزان درآمد	۰/۰۰۱
محل سکونت	۰/۱۴۳

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد نشخوار فکری در ۴۳/۸ درصد از بیماران افسرده در سطح نامطلوب است که این یافته با نتایج پژوهش‌های واتکینز^۱ و همکاران (۲۰۱۱)؛ پاپاگریگیوس و ولز^۲ (۲۰۰۱)؛ دونالدسون و همکاران (۲۰۰۷)؛ ویترو بانچ^۳ (۲۰۰۷) و جورمن و گوتلیب^۴ (۲۰۰۸) همخوانی دارد. واتکینز و همکاران نشان دادند که القاء نشخوار در بیماران افسرده موجب تولید مستمر افکار محرک می‌شود که مانع از پردازش اجرای کارهای

آزمون پیرسون تفاوت معناداری بین نمره کل نشخوار فکری بر حسب سن ($p=۰/۰۰۶$)، طول مدت بیماری ($p=۰/۰۰۲$)، میزان درآمد ($p=۰/۰۰۱$) نشان داد. آزمون اسپیرمن بین متغیر نشخوار فکری با وضعیت تأهل ($p=۰/۰۳۹$ ، $I=۰/۱۶۳$) همبستگی مثبت و معنادار و بین متغیرهای نشخوار فکری با سطح تحصیلات ($I=-۰/۲۵۳$)، همبستگی منفی و معنادار و نشخوار فکری با وضعیت اشتغال ($p=۰/۰۰۱$ ، $I=۰/۷۶$) همبستگی مثبت و معنادار آماری وجود دارد.

^۱- Watkins

^۲- Papageorgiou & Wells

^۳- Whitmer & Banich

^۴- Joormann & Gotlib

همکاران، ۱۹۹۷). مطالعه ون میل و همکاران نشان داد که اختلال افسردگی و همچنین اختلال اضطرابی به شدت با اختلالات خواب مرتبط است (وان میل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعه کارا و همکاران نشان داد که ارتباط بین کیفیت خواب ضعیف و رفتار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده وجود دارد (آگارگون، کارا و سولماز^{۱۲}، ۱۹۹۷). مطالعه پاتن و همکاران نشان داد که کاهش علائم افسردگی و سیگار کشیدن در میان نوجوانان عوامل مهمی در پیشگیری و درمان با توجه به مشکلات خواب نوجوانان است (پاتن^{۱۳}، ۲۰۰۰). نتایج مطالعه ونگل و همکاران نشان داد که بین نشخوار و اختلال خواب مرتبط با استرس ارتباط وجود دارد. علاوه بر این نارسایی خواب و اختلالات خواب مرتبط با استرس و مداخلاتی که بر روی آن‌ها متمرکز است متفاوت می‌باشد (وانگل^{۱۴}، ۲۰۱۶).

در مطالعه حاضر ارتباط بین نشخوار فکری و کیفیت خواب بیماران افسرده اساسی یافت شد، به طوری که افراد با نشخوار فکری بالا، کیفیت خواب پایین‌تری داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های سگرستروم^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۰)؛ زاوadzکی^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۳)؛ گان^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۵) و تاچایاما^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد. مطالعه توماسن و همکاران نشان داد که نشخوار ذهنی به طور مستقل با عصبانی بودن و خلق افسرده ارتباط دارد و همچنین یافته‌ها نشان داد که یک همبستگی معنادار بین نشخوار ذهنی و کیفیت خواب

بیمار به صورت هم‌زمان می‌شود (واتکینز^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعه پاپاژورژیو و همکاران نشان داد که همه بیماران افسرده اعتقاد مثبت و منفی در مورد نشخوار دارند که باورهای منفی به موضوعات مربوط به عدم تسلیم شدن و آسیب رساندن و پیامدهای بین فردی و اجتماعی نشخوار است (پاپاگریگیوس و ولز^۲، ۲۰۰۱). مطالعه دونالدسون و همکاران نشان داد که افسردگی با نشخوار فکری ارتباط دارد (دونالدسون و همکاران، ۲۰۰۷). مطالعه ویتمر و همکاران نشان داد که اشکال مختلف نشخوار با مکانیزم‌های مختلف شناختی همراه است و هر دو نقص ممکن است به تداوم گرایش‌های منفی مرتبط باشد (ویتمرو بانچ^۳، ۲۰۰۷). مطالعه جورمان و همکاران نشان داد که افسردگی با مشکلات مربوط به حذف مواد منفی نامناسب از حافظه کاری همراه است؛ و همچنین تداخل افزایش‌یافته از مواد منفی نامطلوب همراه با نشخوار است (جورمن و گوتلیب^۴، ۲۰۰۸).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد کیفیت خواب ۵۴/۴ درصد از بیماران افسرده اساسی در سطح نامطلوب است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پرلیس^۵ و همکاران (۱۹۹۷)؛ وان میل^۶ و همکاران (۲۰۱۰)؛ آگارگون، کارا و سولماز^۷ (۱۹۹۷)؛ پاتن^۸ (۲۰۰۰) و وانگل^۹ (۲۰۱۶) همخوانی دارد. پرلیس و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به افسردگی سطوح بیشتر اختلالات خواب را نشان می‌دهند و شکایت‌های خواب ممکن است به دنبال نشانه‌هایی از سندرم افسردگی عمده باشد (پرلیس^{۱۰} و

¹- Watkins

²- Papageorgiou & Wells

³- Whitmer & Banich

⁴- Joormann & Gotlib

⁵- Perlis

⁶- Van Mill

⁷- Ağargün, Kara & Solmaz

⁸- Patten

⁹- Vengel

¹⁰- Perlis

¹¹- Van Mill

¹²- Ağargün, Kara & Solmaz

¹³- Patten

¹⁴- Vengel

¹⁵- Segerstrom

¹⁶- Zawadzki

¹⁷- Gan

¹⁸- Tsuchiyama

نشخوار فکری مرتبط با مرور احساسات ناشی از مشکل، نگرانی در مورد عدم حل مشکل و انتقاد از خود در بیماران افسرده و وسواس-جبری بیش از افراد عادی بود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان داد که بین نشخوار فکری و کیفیت خواب در بیماران افسرده اساسی رابطه معنادار وجود دارد؛ بنابراین نشخوار فکری منجر می‌تواند با کاهش کیفیت خواب در بیماران افسرده اساسی همراه باشد. در بیماران افسرده کیفیت خواب از اهمیت بیشتری برخوردار است و لازم است با راهکارهای از جمله درمان نشخوار فکری سلامتی آنها را ارتقاء داد؛ زیرا طبیعی است که نشخوار ذهنی افکار منفی را به ذهن می‌آورد و این امر می‌تواند در کیفیت زندگی از جمله خواب تأثیر داشته باشد. اگر بتوان نشخوار فکری را در افراد افسرده کاهش داد می‌توان کیفیت خواب را از سوی دیگر افزایش داد؛ زیرا طبق آنچه بیان شد هر چه افراد بنا به دلایل مختلف از جمله افسردگی به نشخوار ذهنی بپردازند این امر می‌تواند خواب آنها را تحت تأثیر قرار دهد و کیفیت خواب را پایین آورد و این امر نشان‌دهنده رابطه عکس بین نشخوار ذهنی و کیفیت خواب در افراد افسرده اساسی است؛ بنابراین کیفیت خواب که از عناصر مهم چرخه شبانه‌روزی است و با تجدید قوای فیزیکی و روانی همراه است، تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد و از این بین نشخوار فکری به دلیل تأثیر گسترده بر عملکردهای روزانه فرد می‌تواند کیفیت خواب بیماران افسرده را بیشتر تحت تأثیر قرار دهد. نشخوار ذهنی یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی است و دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را یکی از مؤلفه‌های

عینی پس از تطبیق دادن برای خلق منفی پیدا شد. تاجیاما و همکاران نشان دادند ارتباط قوی بین خواب بی‌کیفیت و خصومت دارای اهمیت درمانی است که برای جلوگیری مشکلات سلامتی می‌تواند در افراد استفاده شود (تاجیاما و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه که توسط سگرستروم^۱ و همکاران انجام شد نشان داد که نشخوار فکری باعث خلق منفی که شامل نگرانی و افسردگی است می‌شود (سگرستروم و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعه که توسط زوادزک و همکاران نشخوار فکری و نگرانی با تنهایی و افسردگی و کیفیت خواب پایین ارتباط دارد (زوادزکی^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعه که توسط پی‌گان و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که تنهایی و عدم احساس آرامش گذشته پیش‌بینی کننده نشانه‌های افسردگی در میان سالمندان چینی در خانه‌های پرستاری است (گان^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). توماسن^۴ و همکاران نشان دادند که یک ارتباط معنادار بین نشخوار ذهنی و خلق منفی و کیفیت خواب وجود دارد (تامسن و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعه سازانه^۵ و همکاران نشان داد که نشخوار فکری باعث خلق منفی که شامل نگرانی و افسردگی است می‌شود. مطالعه زوادزک و همکاران نشان داد که نشخوار فکری و نگرانی با تنهایی و افسردگی و کیفیت خواب پایین ارتباط دارد (زوادزکی^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعه خسروی و همکاران نشان می‌دهد که نشخوار فکری در حیطه‌های گرایش به تبیین‌گری و مرتبط با انزوا در بیماران افسرده به‌طور معناداری بیش از افراد عادی است. هم‌چنین، میزان

¹- Segerstrom

²- Zawadzki

³- Gan

⁴- Thomsen

⁵- Suzanne

⁶- Zawadzki

References

- Ağargün M, Kara H, Somas M. (1997). Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 31(3), 377-381.
- Donaldson C, Lam D, Mathews A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour research and therapy*, 45(11), 2664-2678.
- Gan P, Xie Y, Duan W, Deng Q, Yu X. (2015). Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among Chinese elderly in nursing homes. *PLoS One*, 10(9).
- Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological review*, 115(2), 291-313.
- Jormann J, Gotlib IH. (2008). Updating the contents of working memory in depression: interference from irrelevant negative material. *Journal of abnormal psychology*, 117(1), 182.
- Jormann J. (2006). Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive therapy and research*, 30(2), 149-160.
- Lewis B. (2009). *Obsession: A History, and: The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder, and: Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness, and: Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture. Literature and Medicine*, 28(1), 152-171.
- Lo CS, Ho SM, Hollon SD. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour research and therapy*, 46(4), 487-495.
- Nolen-Hoeksema S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569-582.
- Papageorgiou C, Wells A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major

اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند که نیاز به توجه جدی دارد. در مدل شناختی بی‌خوابی هاروی، نگرانی و نشخوار گری افراطی در زمینه‌ی میزان خواب، سبب بروز برانگیختگی و آشفتگی‌های هیجان شده، سوگیری توجه و ادراک نادرست در زمینه‌ی عملکرد خواب و مدت‌زمان آن را به دنبال داشته و موجب شکل‌گیری و تداوم آشفتگی‌های خواب می‌شود. در نتیجه در اولین اقدام می‌توان با درمان نشخوار ذهنی کیفیت خواب را در افراد بالا برد و این امر می‌تواند به‌جای درمان خواب افراد به تمرکز در نشخوار ذهنی پرداخت؛ به‌عبارت‌دیگر اگر نشخوار ذهنی درمان شود کیفیت خواب به‌تبع آن بالا می‌رود. در نهایت می‌توان با تمرکز بر درمان نشخوار ذهنی از بروز بسیاری از مشکلات روحی و روانی جلوگیری کرد؛ زیرا نشخوار ذهنی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت خواب شود و این کاهش کیفیت خواب می‌تواند بر روی کل کیفیت زندگی اثرگذار باشد و کار، تحصیل هر فرد را تحت تأثیر قرار دهد و حتی آرامش زندگی را از بین ببرد.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی همدان (به شماره ۹۷۰۳۰۸۱۳۶۸) اجرا شد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، کارکنان محترم بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان فرشچیان سینا و بیماران بستری این مرکز تشکر نمایند. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1398.133 به تصویب رسیده است.

- depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Patten CA, Choi WS, Gillin JC, Pierce JP. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in US adolescents. *Pediatrics*, 106(2), 23-23.
- Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ. (1997). Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *Journal of affective disorders*.
- Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaili M, Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Hefazi M, Motevalian A. (2014). Iranian mental health survey: design and field proced. *Iranian journal of psychiatry*, 9(2), 96-109.
- Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual differences*, 44(3), 576-586.
- Rood L, Roelofs J, Bögels SM, Nolen-Hoeksema S, Schouten E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 29(7), 607-616.
- Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaili M, Shahsavand Ananloo E, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, Talebian E, Pourkhandani A, Noorbala AA, Barooti E. (2010). Epidemiology of Major Depressive Disorder in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Prev Me*, 1(2), 81-9.
- Sarokhani D, Parvareh M, Dehkordi AH, Sayehmiri K, Moghimbeigi A. (2018). Prevalence of depression among iranian elderly: systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of psychiatry*, 13(1), 55-64.
- Segerstrom SC, Tsao JC, Alden LE, Craske MG. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive therapy and Research*, 24(6), 671-688.
- Szabo YZ, Wamecke AJ, Newton TL, Valentine JC. (2017). Rumination and posttraumatic stress symptoms in trauma-exposed adults: a systematic review and meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(4), 396-414.
- Thomsen DK, Mehlsen MY, Christensen S, Zachariae R. (2003). Rumination—relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences*, 34(7), 1293-1301.
- Tsuchiyama K, Terao T, Wang Y, Hoaki N, Goto S. (2013). Relationship between hostility and subjective sleep quality. *Psychiatry research*, 209(3), 545-548.
- Van Mill JG, Hoogendijk WJ, Vogelzangs N, van Dyck R, Penninx BW. (2010). Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 239.
- Vengel D. (2016). The relationships among mindfulness, rumination, and stress-related sleep disturbance (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Watkins ER, Mullan E, Wingrove J, Rimes K, Steiner H, Bathurst N, Eastman R, Scott J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: Phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199(4), 317-322.
- Whitmer AJ, Banich MT. (2007). Inhibition versus switching deficits in different forms of rumination. *Psychological science*, 18(6), 546-553.
- Zawadzki MJ, Graham JE, Gerin W. (2013). Rumination and anxiety mediate the effect of loneliness on depressed mood and sleep quality in college students. *Health Psychology*, 32(2), 212-222.