

بررسی ارتباط افسردگی و آلکسی تایمیا با کیفیت خواب

نادر حاجلو^۱، جابر علیزاده گوراندل^۲، اسماعیل شیرینی^۳، جواد هاشمی^۴

تاریخ دریافت 1393/11/16 تاریخ پذیرش 1394/01/20

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تاکنون علت قطعی بدخوابی مشخص نشده است از این‌رو در تحقیقات مختلف، علل متعددی برای بدخوابی گزارش شده است. پژوهش حاضر باهدف بررسی ارتباط بین افسردگی و آلکسی تایمی با کیفیت خواب به اجرا در آمد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش که از نوع توصیفی-همبستگی است؛ ۱۲۰ دانشجوی (۶۰ مرد و ۶۰ زن) از دانشگاه تبریز به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین افسردگی و کیفیت خواب رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین آلکسی تایمی و مؤلفه‌های آن با کیفیت خواب وجود دارد. تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام نیز نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین دو مؤلفه آلکسی تایمی یعنی دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات قادر به پیش‌بینی کیفیت خواب هستند.

نتیجه‌گیری: این پژوهش ارتباط بین افسردگی و آلکسی تایمی را با کیفیت خواب تأیید کرد. با توجه به اینکه مطالعه‌ای در این خصوص در ایران انجام نشده، مطالعه بیشتر در این زمینه لازم است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت خواب، افسردگی، آلکسی تایمی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره چهارم، ص 351-344، تیر 1394

آدرس مکاتبه: اردبیل، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، تلفن: ۴۵۳۳۵۵۲۰۸۰۳

Email: hajloo53@uma.ac.ir

مقدمه

جامعه نیز مبتلا به دوره‌های چرت زدن روزانه هستند (۶). بی‌خوابی و اختلال خواب یکی از مهم‌ترین دلایل بروز حوادث مرگبار رانندگی جاده‌ای، ریلی و هوایی و سایر حوادث شغلی است و سبب کاهش کیفیت زندگی و تندرستی و اختلال حافظه می‌شود (۷). با این توصیف خواب نه‌تنها روی فرد، بلکه روی خانواده و کل جامعه نیز تأثیر می‌گذارد بطوریکه خسارات غیرمستقیم سالانه ناشی از مشکلات خواب در آمریکا حدود ۵۶-۴۳ میلیارد دلار برآورد شده است (۸،۹). از این‌رو اندازه‌گیری دقیق خواب بخش مهمی از کار بالینی به‌حساب می‌آید. تخریب در فرایندهای هیجانی مانند خیال و رؤیا (۱۰،۱۱) و وقوع مکرر کابوس در اختلال استرس پس از حادثه و اختلال گسستگی (۱۲)

خواب یک فرایند زیستی پویا و سازمان یافته است که بخش مهمی از زندگی محسوب می‌شود. کیفیت یا چگونگی خواب در کیفیت زندگی انسان، کیفیت تعامل اجتماعی، فعالیت افراد در ساعات بیداری، سلامت جسمی و روانی او تأثیر داشته و یک متغیر مهم سلامتی در نظر گرفته می‌شود (۴-۱). کیفیت خواب به‌صورت دوره‌ای از خواب نیرو دهنده که نیازهای مرتبط با خواب افراد را تأمین کرده و به شخص اجازه انجام مناسب کارکردهای روزانه را می‌دهد، تعریف می‌شود (۵). طبق نتایج مطالعات در مورد شیوع اختلالات خواب، یک‌سوم جمعیت بالغین از اختلالات خواب و اختلال سیکل خواب‌بیداری رنج می‌برند و ۵ درصد افراد

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اردبیل، ایران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی استان اردبیل

افسردگی و افسردگی یک عامل خطر بزرگ برای شروع کیفیت خواب پایین است (۲۵). از نتایج مطالعات می‌توان استنباط کرد که افسردگی پیش‌بینی کننده کیفیت خواب است (۲۶، ۲۷، ۲۸)، بطوریکه در مطالعه‌ای بر روی ۱۲۴ زن دارای علائم افسردگی مشخص شد که این افراد دارای مشکل در به خواب رفتن، بیداری زود و خواب‌آلودگی روزانه هستند (۲۹). از طرف دیگر نتایج تحقیقات مشخص کرده‌اند که کیفیت پایین خواب، پیش‌بینی کننده افسردگی است (۳۰).

در توجیه ضرورت انجام این پژوهش لزوماً باید ۳ موضوع را در نظر گرفت: ۱- رابطه قوی به‌دست‌آمده بین خلق افسرده، الکسی تایمیا و کیفیت خواب عمدتاً مبتنی بر نمونه‌های بالینی بوده است. ۲) اغلب مطالعات به بررسی روابط دومتغیره افسردگی، الکسی تایمی و کیفیت خواب پرداخته‌اند. ۳) تاکنون چنین تحقیقی در نمونه ایرانی انجام نشده است؛ بنابراین در مطالعه حاضر سعی شده است رابطه چند متغیره افسردگی، الکسی تایمی و کیفیت خواب در یک نمونه غیر بالینی در ایران مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به این موارد پژوهش حاضر باهدف تعیین ارتباط بین

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تبریز بود که ۱۲۰ دانشجو (۶۰ دختر و ۶۰ پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتلا به بیماری‌های مزمن روانی و جسمی، مصرف دارو و اعتیاد به مواد مخدر جزو معیارهای خروج افراد از پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱) مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (FTAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی (۳۱) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای ناگویی کلی هیجانی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (۳۱، ۳۲). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ (۳۳)، ضرایب آلفای کرونباخ را برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب این مقیاس است.

سبب توجه تعدادی از پژوهشگران به رابطه بین الکسی تایمیا با خواب و فرایند رؤیا شده است، بطوریکه که در دهه‌های اخیر توجه ویژه‌ای به نقش الکسی تایمیا در فرایند خواب شده است. سازه شخصیتی الکسی تایمیا عبارت است از مشکل در شناسایی و توصیف احساسات، مشکل در تشخیص بین احساسات و احساس فیزیکی برانگیختگی هیجانی، تخیل محدود و سبک‌شناختی جهت‌گیری بیرونی است (۱۳). فرض می‌شود که ویژگی‌های هسته‌ای سازه الکسی تایمیا بازتابی از کاستی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات باشد بدین سبب الکسی تایمیا در رشد اختلالات روان‌پزشکی و پزشکی شایع نقش دارد (۱۴). چنانچه مطالعه‌هایی که بر روی اختلال‌های روانی مثل اختلال‌های خوردن، سوءمصرف مواد، اختلال استرس پس از حادثه، اختلال وسواسی جبری، اختلالات شبه جسمی و اختلال افسردگی انجام شده‌اند، الکسی تایمیا را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در این اختلالات کرده‌اند (۱۵). در مورد رابطه بین الکسی تایمیا و خواب، دی‌گینارو^۱ (۱۶) دریافت که افراد الکسی تایمی دارای کیفیت خواب پایین و یادآوری رویای ضعیفی هستند. در یک پژوهش در فنلاند، مشاهده شده است که ویژگی‌های الکسی تایمیا با طولانی شدن مرحله نهمتگی خواب، بیدار شدن شبانه مکرر و بی‌خوابی عادی رابطه دارد (۱۷) و در یک مطالعه روی کارگران مرد ژاپنی مشخص شده است که آزمودنی‌های دارای نمره الکسی تایمیا بالا، خواب غیر ترمیمی و خواب‌آلودگی روزانه بیشتری دارند (۱۸).

در چند تحقیق مشخص شده که در افراد مبتلا به الکسی تایمی، میزان خواب REM و مدت‌زمان خواب مراحل ۳ و ۴ نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است (۱۹ و ۲۰). همچنین در مطالعه‌ای مشخص شد الکسی تایمیا با دوره‌های مکرر REM، افزایش میزان خواب مرحله یک و وارد شدن سریع به خواب REM مرتبط و هیچ ارتباطی با میزان کلی خواب REM ندارد (۲۱). باورمان، پاکر و تیلور^۲ (۲۲) در مطالعه‌ای بر روی ۲۰۴۵ نفر نمونه غیر بالینی دریافتند که افراد دارای نمره بالا در مقیاس الکسی تایمیا نسبت به افراد دارای نمره پایین در این مقیاس، دارای بی‌خوابی، خواب‌آلودگی شدید، خواب‌گردی و کابوس بیشتری هستند. این تفاوت‌ها در این مطالعه به رفتارهای بهداشتی خواب ضعیف یا تفاوت در خلق کلی مربوط نبود.

از طرف دیگر، مطالعات متعدد، رابطه قوی بین خلق افسرده و الکسی تایمیا را گزارش کرده‌اند (۲۳، ۲۴). همچنین رابطه دوسویه بین افسردگی و آسیب به کیفیت خواب گزارش شده است، بدین معنی که کیفیت خواب پایین یک عامل خطر بزرگ برای شروع

^۱ De Gennaro

^۲ Bauermann, Paker & Taylor

افسردگی، نمره کمتر یا مساوی ۹ مبین فقدان افسردگی، نمره بین ۱۰ تا ۱۷ افسردگی خفیف، نمره بین ۱۸ تا ۲۹ افسردگی متوسط (بالینی) و نمرات ۳۰ تا ۶۳ به‌عنوان افسردگی شدید تا بسیار شدید تقسیم‌بندی می‌شود. بک و همکاران (۳۶) همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. این آزمون ۶ مورد از ۹ مورد ملاک DSM-IV را در بر می‌گیرد. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI-D برابر ۰/۷۶ است (۳۷). اعتبار بازآزمایی آن برحسب فاصله دو آزمون و جمعیت تحت مطالعه، از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ بوده است. بررسی اعتبار محتوایی همزمان و افتراقی، همچنین تحلیل عاملی نتایج مطلوبی فراهم آورده است (۳۷).

یافته‌ها

جدول ۱ مربوط به آمار توصیفی شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد؛ همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین دانشجویان دختر در هر سه متغیر بیشتر از پسرها است، همچنین با توجه به اینکه کشیدگی و چولگی هر سه متغیر بین +۱ و -۱ قرار دارد، لذا توزیع هر سه متغیر نرمال می‌باشد.

۲) پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI): این پرسشنامه جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در افراد بزرگسال استفاده می‌شود. این پرسشنامه، خواب مناسب را از نامناسب با ارزیابی ۷ ویژگی خواب افراد در طول یک‌ماه گذشته مشخص می‌سازد که این موارد عبارتند از: ۱- کیفیت ذهنی خواب، ۲- تأخیر در به خواب رفتن، ۳- طول مدت خواب، ۴- کارایی خواب، ۵- اختلالات خواب، ۶- مصرف داروهای خواب‌آور، ۷- اختلال عملکرد روزانه. امتیازدهی به پاسخ‌ها بر اساس مقیاس صفر تا سه صورت می‌گیرد که امتیاز ۳ مشخص‌کننده حداکثر منفی در مقیاس لیکرت می‌باشد، مجموع امتیاز ۵ یا بیشتر نشان‌دهنده کیفیت نامطلوب خواب می‌باشد. پرسشنامه پیترزبورگ دارای قابلیت اعتماد ۰/۸۳ می‌باشد و در مطالعات متعددی که از آن استفاده شده است قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی را نشان داده است (۳۴). در ایران این پرسشنامه از روایی ۸۶/۵ و پایایی ۸۹/۵ برخوردار است (۳۵).

۳) پرسشنامه افسردگی بک (Beck): این پرسشنامه توسط دکتر آرون تی. بک ارائه شد که شامل ۲۱ سؤال مربوط به ارزیابی علائم افسردگی می‌باشد. سؤالات این مقیاس دارای ۴ گزینه می‌باشد که از صفر تا ۳ امتیاز به آن‌ها تعلق می‌گیرد. مجموع نمره افسردگی بین صفر تا ۶۳ متغیر است. در طبقه‌بندی درجات

جدول (۱): آمار توصیفی مربوط به آزمودنی‌ها (N=۱۲۰)

| متغیر | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار | کشیدگی | چولگی |
|-------------|-------|--------|---------|--------------|--------|-------|
| الکسی تیمیا | ۳۴ | ۶۸ | ۵۱/۵۳ | ۸/۱۱ | ۰/۲۳ | ۰/۴۲ |
| افسردگی | ۰ | ۳۸ | ۱۳/۸۹ | ۳/۰۴ | ۰/۵۹ | ۰/۴۷ |
| کیفیت خواب | ۴ | ۱۳ | ۸/۱۹ | ۲/۳۵ | ۰/۱۴ | ۰/۶۸ |

دارد. همچنین بین مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات و کیفیت کلی خواب، اختلال در عملکرد روزانه، اختلالات خواب، کارایی خواب، طول مدت خواب، تأخیر در به خواب رفتن، کیفیت ذهنی خواب رابطه معنی‌دار مشاهده شد. بین مؤلفه دشواری در توصیف احساسات و کیفیت کلی خواب، اختلال در عملکرد روزانه و کیفیت ذهنی خواب و همچنین بین مؤلفه جهت‌گیری فکری بیرونی و کیفیت کلی خواب، کارایی خواب، تأخیر در به خواب رفتن و کیفیت ذهنی خواب ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و کیفیت کلی خواب، کارایی خواب، اختلالات خواب و کیفیت ذهنی خواب وجود دارد. از آنجاکه بالا بودن نمره در مؤلفه‌های خواب به معنای وضعیت نامناسب خواب فرد در هر کدام از آن مؤلفه‌ها است لذا همبستگی‌های مثبت به‌دست‌آمده بدین معنا است که با افزایش شدت افسردگی، کیفیت خواب فرد نیز بدتر می‌شود. همچنین بین الکسی تایمیا (کل) و کیفیت کلی خواب، اختلال در عملکرد روزانه، کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، کارایی خواب و اختلالات خواب، ارتباط معنی‌داری وجود

جدول (۲): ضریب همبستگی بین افسردگی، الکسی تایمیا و مؤلفه‌های کیفیت خواب

| نمره کلی کیفیت خواب | اختلال در عملکرد روزانه | استفاده از داروی خواب‌آور | اختلالات خواب | کارایی خواب | طول مدت خواب | تأخیر در به خواب رفتن | کیفیت ذهنی خواب | |
|---------------------|-------------------------|---------------------------|---------------|-------------|--------------|-----------------------|-----------------|----------------------|
| ۰/۲۶** | ۰/۱۴ | -۰/۰۷۲ | ۰/۳۳** | ۰/۲۹** | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۷۵ | ۰/۲۶** | افسردگی |
| ۰/۴۴** | ۰/۴۹** | -۰/۰۵۱ | ۰/۲۵** | ۰/۱۸* | ۰/۱۲ | ۰/۲۱* | ۰/۳۷** | الکسی تایمیا |
| ۰/۴۸** | ۰/۴۳** | -۰/۰۱۱ | ۰/۲۷** | ۰/۳۵** | ۰/۲۱* | ۰/۳۶** | ۰/۴۴** | شناسایی احساسات |
| ۰/۴۳** | ۰/۶۰** | ۰/۰۴۶ | ۰/۱۱ | -۰/۰۱۴ | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۰۸ | ۰/۳۵** | توصیف احساسات |
| -۰/۲۲ | -۰/۱۴ | ۰/۰۶۹ | -۰/۰۲۳ | -۰/۲۱* | -۰/۱۲ | -۰/۲۵** | -۰/۲۳* | جهت‌گیری فکری بیرونی |

** $P < 0.01$ و $P < 0.05$

در تبیین واریانس کیفیت خواب، تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۳).

برای پیش‌بینی کیفیت کلی خواب از روی افسردگی و مؤلفه‌های الکسی تایمی و تعیین سهم هر کدام از متغیرهای مذکور

جدول (۳): تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام کیفیت خواب

| مدل | متغیر | β | t | sig | F | R | R^2 | R^2 | F | Sig |
|-----|-----------------|---------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|
| ۱ | شناسایی احساسات | ۰/۴۸۹ | ۶/۰۹ | ۰/۰۰۰ | ۳۷/۱۳۸ | ۰/۴۸۹ | ۰/۲۳۹ | ۰/۲۳۹ | ۳۷/۱۳۸ | ۰/۰۰۰ |
| ۲ | شناسایی احساسات | ۰/۳۶۳ | ۳/۹۳۵ | ۰/۰۰۰ | ۲۲/۷۷۶ | ۰/۵۲۹ | ۰/۲۸ | ۰/۲۸ | ۲۲/۷۷۶ | ۰/۰۱۱ |
| | توصیف احساسات | ۰/۲۳۸ | ۲/۵۷۷ | ۰/۰۱۱ | | | | | | |

باعث افسردگی و کاهش عملکرد سیستم ایمنی گردد. فورد و کامرو^۱ پیشنهاد کردند که بین کمبود خواب و افسردگی شدید ارتباط معنی‌داری وجود دارد. آن‌ها عنوان کردند، افرادی که از بی‌خوابی رنج می‌برند نسبت به کسانی که الگوی خواب نرمال دارند، ریسک بیشتری برای ابتلا به افسردگی شدید را دارند (۳۸). اینکه اختلالات خواب بخشی از معیارهای تشخیصی برای اختلالات خلقی است تعجب‌آور نیست زیرا که ۵۰ تا ۹۰ درصد افرادی که مبتلا به افسردگی تشخیص داده شده‌اند از خواب خود شکایت می‌کنند؛ هم افراط در خوابیدن و هم کم‌خوابی با نشانه‌های افسردگی و دیگر هیجانات منفی همراه است (۳۹). بیش از ۹۰ درصد افراد افسرده در مورد کیفیت خواب خود شکایت می‌کنند. به این ترتیب افسردگی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین و برجسته‌ترین متغیرهای مرتبط با بی‌خوابی در نظر گرفته شده است (۴۰). داده‌های منتشر شده از یک مطالعه بلندمدت اپیدمیولوژیک در سوئیس گزارش داد که ۲۵ درصد از بیمارانی که از بی‌خوابی شکایت می‌کنند از افسردگی مزمن رنج می‌برند [۴۰]؛ بنابراین می‌توان پیشنهاد کرد که درمان زود هنگام اختلالات خواب می‌تواند فرصتی برای پیشگیری از اختلالات روانی به وجود آورد

در این تحلیل، متغیرهای افسردگی و جهت‌گیری فکری بیرونی، به دلیل سهم ناچیز در تبیین واریانس کیفیت خواب، از مدل کنار گذاشته شد و دو متغیر دشواری در شناسایی احساسات و متغیر دشواری در توصیف احساسات در مدل باقی ماندند. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که در تبیین کیفیت خواب از روی متغیرهای پیش‌بین، متغیر دشواری در شناسایی احساسات به‌تنهایی ۲۳ درصد تغییرات کیفیت خواب را تبیین می‌کند و با افزوده شدن متغیر دشواری در توصیف احساسات، ۲۸ درصد واریانس کیفیت خواب تبیین می‌شود که ۵ درصد از این واریانس تبیین شده، به دلیل اضافه شدن دشواری در توصیف احساسات است.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بین افسردگی و کیفیت خواب رابطه معنی‌داری در جهت مثبت وجود دارد. بر این اساس، فرضیه وجود رابطه بین افسردگی و کیفیت خواب مورد تأیید قرار گرفت؛ این نتیجه با یافته‌های تحقیقات قبلی هماهنگ است (۳۰-۲۵). بی‌خوابی می‌تواند اثرات سوء بر روی حیطه‌های مختلف زندگی انسان از جمله ارتباط با دیگران، شغل و وضعیت سلامتی داشته و

^۱. Ford & kamerow

که برخی از این شرایط با آلکسی تایمیا همراه است (۴۷)؛ و یافته ما در پژوهش حاضر نیز، همسو با این یافته‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، توصیه می‌شود برای کمک به مشکل بدخواهی افراد، وضعیت خلقی و هیجانی آن‌ها مورد معاینه قرار گیرد و در صورت لزوم به مداخله روان‌شناختی اقدام شود. به دلیل اینکه در اجرای این تحقیق از روش همبستگی استفاده شد لذا در تفسیر نتایج این پژوهش باید احتیاط‌های ویژه طرح‌های همبستگی رعایت گردد. با توجه به اینکه مطالعه حاضر روی نمونه غیر بیمار اجرا شده بود، برای اطمینان از صحت نتایج به دست آمده، توصیه می‌شود همین مطالعه روی نمونه بیمار نیز اجرا گردد. همچنین توصیه می‌شود با استفاده از تحلیل مسیر، نقش متغیرهای واسطه‌ای در بین افسردگی، آلکسی تایمیا و کیفیت خواب، بررسی گردد.

تقدیر و تشکر

از معاونت آموزشی و کلیه کارشناسان آموزشی دانشگاه تبریز به دلیل همکاری در اجرای این پژوهش قدردانی به عمل می‌آید.

(۴۱). همچنین معلوم شد که بین آلکسی تایمیا و کیفیت خواب رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد که این یافته با نتایج تحقیقات انجام‌شده در این زمینه هماهنگ می‌باشد (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۲). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تمام متغیرهای پیش‌بین قادر به پیش‌بینی کیفیت خواب نیستند و تنها متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات از خرده مقیاس‌های آلکسی تایمیا توانستند در پیش‌بینی کیفیت خواب نقش داشته باشند. در پژوهشی مشاهده شده است که درگیری‌های درون روانی و ناتوانی در ابراز این مشکلات منجر به افزایش برانگیختگی شبانه و پس‌از آن باعث بی‌خوابی در افراد آلکسی تایمیا می‌شود (۴۲). وقفه در فرایند خواب می‌تواند به‌عنوان کابوس تجربه شود که منعکس‌کننده شکست در بازداری، یکپارچگی و نماد احساسات شدید و غیر قائل تنظیم می‌باشد (۴۳). دلایل دیگر برای بررسی ارتباط بین خواب و آلکسی تایمیا وجود دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که آلکسی تایمیا با بسیاری از اختلالات جسمی و روانی مرتبط است (۴۴). مشکلات خواب نیز با طیف گسترده‌ای از مسائل مربوط به سلامت جسمی و روانی مرتبط است (۴۵). به‌عنوان مثال، بی‌خوابی، در اختلالات اضطرابی، خلقی و اختلالات سوء‌مصرف مواد دیده می‌شود و مربوط به کاهش سیستم ایمنی بدن است (۴۶)؛ بنابراین شواهدی در دست است

References:

- Hayes RD, Martin SA, Sesti AM, Spitzer K. Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Med* 2005;6(1): 41-4.
- Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs* 2005;14(1):107-13.
- Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *J Symptom Manage* 2004;27(2):140-8.
- Gooneratne NS, Weaver TE, Cater JR, Pack FM, Arner HM, Greenberg AS, et al. Functional outcomes of excessive daytime sleepiness in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(5): 642-9.
- Berger AM, Parker KP, Young-McCaughan S, Mallory GA, Barsevick AM, Beck SL, et al. Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum* 2005;32(6):E98-126.
- Jewett ME. Models of circadian and homeostatic regulation of human performance and alertness. (Dissertation). Cambridge, MA: Harvard University; 1997.
- Sayar K, Arikan M, Yontem T. Sleep quality in chronic pain patients. *Can J Psychiatry* 2002; 47(9): 844-8.
- Webb WB. The cost of sleep-related accidents: a reanalysis. *Sleep* 1995;18(4): 276- 80.
- Leger D. The cost of sleep-related accidents: a report for the National Commission on Sleep Disorders Research. *Sleep* 1994;17(1): 84-93.
- Ouellet L, Nielsen T, Cartier A, Montplaisir J. EEG coherence and dream content differences in alexithymic subjects index emotional processes. *J Sleep Res* 1994(1); 3: 188.

11. Parker JDA, Bauermann TM, Smith CT. Alexithymia and impoverished dream content: Evidence from REM sleep awakenings. *Psychosom Med* 2000; 62(4):486-91.
12. Agargun MY, Kara H, Ozer OA, Selvi Y, Kiran U, Ozer B. Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiat Clin Neuros* 2003; 57(6): 575-9.
13. Taylor G. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. New York: Cambridge University Press; 1997.
14. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007; 89(3): 230-46.
15. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiat* 2000; 45(2): 134-42.
16. De Gennaro L, Ferrara M, Cristiani R, Curcio G, Martiradonna V, Bertini M. Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosom Med* 2003; 65(2): 301-6.
17. Hyypae MT, Lindholm T, Kronholm E, & Lehtinen V. Functional insomnia in relation to alexithimic features and cortisol hypersecretion in a community sample. *Stress Medicine* 1990; 6(1): 277-83.
18. Fukunishi I, Kawamura T, Ago Y, Yamasaki Y, Fukui T, Tatemichi M, et al. Sleep characteristics of Japanese working men who score alexithymic on the Toronto Alexithymia Scale. *Percept Motor Skill* 1997; 84(3): 859-65.
19. Tantam D, Kalucy R, Brown DG. Sleep, scratching and dreams in eczema: A new approach to alexithymia. *Psychother and Psychosom* 1982; 37(1): 26-35.
20. Bauermann TM, Parker JDA, Smith C. Sleep Problems Inventory (SPI): Towards the development of a multidimensional self-report instrument. *Sleep* 2000; 23(1): 376.
21. Bazydlo R, Lumley MA, Roehrs T. Alexithymia and polysomnographic measures of sleep in healthy adults. *Psychosom Med* 2001; 63(1): 56-61.
22. Bauermann MT, Paker JDA, Taylor JG. Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Pers Individ Differ* 2008; 45(4): 318-22.
23. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinama'ki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000;48(1):99-104.
24. Culhane SE, Watson PJ. Alexithymia, irrational beliefs, and the rationalemotive explanation of emotional disturbance. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behav Therapy* 2003; 21(1): 57-73.
25. Lustberg L, Reynolds CF. Depression and insomnia: questions of cause and effect. *Sleep Med Rev* 2000;4(3):253-62.
26. Patten CA, Choi WS, Gillin JC, Pierce JP. Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in US adolescents. *Pediatrics* 2000;106(2):art-e23.
27. Gregory AM, O'Connor TG. Sleep problems in childhood: a longitudinal study of developmental change and association with behavioral problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(8):964-71.
28. Johnson EO, Roth T, Breslau N. The association of insomnia with 2. Anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. *J Psychiatr Res* 2006;40(8):700-8.
29. Goyal D, Gay CL, Lee KA. Patterns of sleep disruption and depressive symptoms in new mothers. *J Perinat Neonat Nur* 2007;21(2):123-9.
30. Lustberg L, Reynolds CF. Depression and insomnia: questions of cause and effect. *Sleep Med Rev* 2000;4(3):253-62.

31. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res* 2003; 55(3): 269-75.
32. Palmer BR, Gignac G, Manocha R, Syough C. A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence* 2005; 33(3): 285-305.
33. Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007; 102(1): 209-20. (Persian)
34. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res* 2002; 53(3): 737-40.
35. Ehteshamzadeh P, Marashi M. The relationship between the severities of insomnia, sleeps quality, sleepiness and Mental health with academic performance in adolescents in Ahvaz. *J New findings in psychology* 2007, 4 (2):26-39. (persian)
36. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. *Mod probl Phamacopsychiatry* 1974, 7(0):151-69.
37. Danesh MF. Relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms in adolescents in Tehran. MA thesis in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2001. (Persian)
38. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262 (11): 1479-84.
39. Elizabeth J. M, Martica H, Karen A. M. Are sleep and depression independent or overlapping risk factors for cardiometabolic disease? *Sleep Med Rev* 2011; 15 (1): 51-63.
40. Philippe H, Franc o, Rodolphe V, Paul L. Major depression in males: Effects of age, severity and adaptation on sleep variables. *Psychiat Res* 2006 (2-3); 145: 169-77.
41. Riemann D, Berger M. The effects of total sleep deprivation and subsequent treatment with clomipramine on depressive symptoms and sleep electroencephalography inpatients with a major depressive disorder. *Acta Psychiatr* 1990; 81(1): 24-31.
42. Hyypae MT, Lindholm T, Kronholm E, Lehtinen V. Functional insomnia in relation to alexithimic features and cortisol hypersecretion in a community sample. *Stress Med* 1990;6(1):277-83.

THE RELATIONSHIP BETWEEN ALEXITHYMIA, DEPRESSION, AND SLEEP QUALITY

Nader Hajloo^{1*}, Jaber Alizadehgorade², Esmail Shiri³, Javad Hashemi⁴

Received: 6 Feb, 2015; Accepted: 9 Apr, 2015

Abstract

Background & Aims: Since possible causes, but no definitive causes, of bad sleep has been identified, this study aimed to investigate the relationship between depressions, alexithymia and sleep quality with descriptive-correlation method.

Materials & Methods: This study descriptive correlational study was conducted on 120 (60 mal, 60 female) students of Tabriz University that were selected by random sampling. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Beck Depression Inventory (BDI-21) were used to collect data. The data were analyzed by Pearson's correlation test and multivariate regression analysis methods.

Results: There was a significant relationship between depression and sleep quality in students, as well as between alexithymia and its components. Multivariate regression analysis (step by step) showed that the two components of alexithymia include: difficulty identifying feelings and difficulty describing feelings predicts of sleep quality.

Conclusion: This study confirmed the relationship between depression and alexithymia via sleep quality.

Keywords: Sleep Quality, Depression, Alexithymia

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

Tel: +98 45335520803

Email: hajloo53@uma.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(4): 351 ISSN: 1027-3727

¹ Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

² Young Researchers and Elite Club, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

³ M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

⁴ M.A. in Psychology, Applied Research Office, Ardabil Police Commander, Ardabil, Iran