



بررسی رابطه بین چرخه‌های شبانه روزی و سطح خلق بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شهر اصفهان

الهام عین القضاتی

کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

elhame181@yahoo.com

غلامرضا منشئی*

دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
smanshaee@yahoo.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین چرخه‌های شبانه روزی و سطح خلق بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شهر اصفهان بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام افراد مبتلا به افسردگی اساسی شهر اصفهان بود. برای این منظور نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به صورت تمام شمار انتخاب شدند. جهت سنجش متغیرهای پژوهش، از پرسشنامه صبحگاهی-شامگاهی (MEQ) (هورن و استبرگ، ۱۹۷۶)، از پرسشنامه تجدید نظر شده افسردگی (بک، ۱۹۹۶) و پرسشنامه فعالیت (بک، ۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده تحلیل همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون با استفاده از بسته نرم افزاری SPSS24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین ریتم شبانه روزی و متغیر سطح خلق، رابطه معنادار وجود داشت ($\beta = -0.70$). همچنین ریتم شبانه روزی به شکل معناداری توانایی پیش بینی سطح فعالیت بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را داشت ($P < 0.01$). بنابر یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می شود که در درمان افراد مبتلا به افسردگی اساسی به ریتم های شبانه روزی آنان توجه کافی صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: ریتم شبانه روزی، سطح خلق، سطح فعالیت، کیفیت خواب، کیفیت زندگی، افسردگی اساسی



مقدمه

افسردگی^۱ بیماری جدی و شایعی است که با اختلال آشکار در خلق مشخص می‌شود. بررسی‌ها میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را به طور کلی ۳-۶ درصد و در زنان دو برابر مردان گزارش نموده‌اند و شیوع مادام‌العمر این اختلال به (۲۵-۱۵) درصد می‌رسد (سادوک و سادوک^۲، ۱۳۹۰) در گذشته اینگونه تصور می‌شد که افسردگی مشکل کوتاه مدتی است اما اکنون به عنوان بیماری با اختلال عود بالا برای بسیاری از بیماران، در نظر گرفته می‌شود. به این صورت که در شخصی که اولین دوره افسردگی اساسی را داشته است، ۵۰ درصد احتمال وقوع دومین دوره نیز وجود دارد، اما پس از دومین دوره احتمال وقوع دوره‌های بعدی بین ۸۰ تا ۹۰ درصد افزایش می‌یابد (طباطبایی، فیاضی بردبار و لطفی، ۱۳۸۵).

افسردگی اساسی^۳ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی می‌باشد (اونوولی و همکاران^۴، ۲۰۱۵). به طوری که برآوردهای همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع طول عمر این اختلال در جمعیت عمومی بین ۱۳ تا ۱۹ درصد است (هاسین و همکاران^۵، ۲۰۰۵) به طوری که شیوع این اختلال در زنان ۲/۷ برابر بیشتر از مردان است. داده‌های اخیر پارکر و همکارانش نیز نشان می‌دهد که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به افسردگی مبتلا هستند. بار قابل ملاحظه هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی، همچنان افسردگی را در حوزه مسائل بهداشت روان به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگه داشته است (شاکری و همکاران، ۱۳۹۴).

خلق بیماران افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها، طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنیش و همچنین مطابق مشاهده دیگران گریبان به نظر می‌رسد و از نظر میزان فعالیت‌ها نیز کاهش واضح علاقه‌مندی یا لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت‌ها، اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها بنا به گزارش خود بیمار یا بنابر مشاهدات دیگران مشهود است. از طرفی احساس خستگی یا از دست دادن انرژی نیز تقریباً همه روزها وجود دارد (گنجی، ۱۳۹۲).

افراد افسرده علائم رفتاری از خود نشان می‌دهند از جمله آهسته شدن گفتار و رفتار، مثلاً افراد افسرده با جملات کوتاه به اطرافیان خود جواب می‌دهند. آنها از لحاظ فیزیکی غیرفعال هستند، ساعت‌ها در رختخواب می‌مانند و به طور دایم به خستگی بی‌رمقی و کمبود انرژی دچار می‌شوند. به نظر می‌رسد که حتی کوچکترین کارها انرژی زیادی از آنها می‌گیرد. کند شدن همه حرکات بدنی، ژست‌های بیانی و واکنش‌های خودجوش، کم‌ترکی روانی - حرکتی (یا کندی، آهستگی روانی - حرکتی) نامیده می‌شود. آنها جملات را به کندی بیان می‌کنند، حرکات بدنی آنها آهسته است، آهسته فکر می‌کنند، قبل از پاسخ دادن به سؤال، مدتی طولانی وقفه ایجاد می‌کنند، با صدای کوتاه حرف می‌زنند، هم محتوا و هم مقدار حرف‌هایشان اندک است، یا اصلاً حرف نمی‌زنند، و دیر واکنش نشان می‌دهند، کم‌ترکی روانی - حرکتی در اکثر افسرده‌ها مشاهده می‌شود. اما بعضی افراد افسرده ممکن است حالتی از پرتحرکی روانی - حرکتی و علائم بی‌تابی و بی‌قراری نشان می‌دهد. مثلاً نمی‌توانند یک جا آرام بنشینند، تند تند راه می‌روند، دست‌ها، لباس‌ها یا سایر اشیاء را دائماً می‌کشند یا می‌مالند، دست‌های خود را دور می‌چرخانند (شاملو و همکاران، ۲۰۱۴).

از سویی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی فرد در بیشتر طول روز و تقریباً هر روز خلق افسرده دارد. این موضوع را خودش اظهار می‌دارد (احساس می‌کند غمگین، تهی و خالی یا نومید است) یا دیگران می‌بینند (دایم گریه می‌کنند در شرف گریه کردن هستند یا چشم‌هایش همیشه پر اشک هستند). البته در کودکان یا نوجوانان، این حالت ممکن است به صورت زودرنجی و زودخشمی نشان داده شود. و اینکه فرد در تمام طول روز یا بیشتر طول روز به تمام فعالیت‌ها (یا تقریباً تمام فعالیت‌ها) به شدت بی‌علاقه است (این موضوع را خود می‌گوید یا دیگران مشاهده می‌کنند) (گنجی، ۱۳۹۲).

یکی از مولفه‌های آسیب‌پذیر در بیماران مبتلا به افسردگی چرخه شبانه روزی^۶ فعالیت آنان است. چرخه شبانه‌روزی یکی از گسترده‌ترین تأثیرات را بر رفتار انسان دارد. انسان در ساعاتی از شبانه روز عملکرد و احساس بهتری دارد. ما بطور معمول، زندگی روزانه خود را در قالب دوره‌هایی از فعالیت و استراحت سازمان می‌دهیم. بسیاری از فرایندهای فیزیولوژیک و حیطة‌های دیگر از کارکرد فردی، مثل فعالیت

1. Depression

2. Sadock & Sadock

3. Major Depression

4. Avenevoli et al

5. Hassin et al

6. Mood

7. Circadian cycle



غد درون ریز، چرخه‌ی انتظار غذا^۱ و نواخت دمای بدن در انسان با تغییراتی در مواجهه با چرخه تاریکی - روشنایی همراه می‌شود (رهافر و همکاران، ۱۳۹۱).

فردی که در صبح احساس و عملکرد بهتری دارد و زود بیدار می‌شود «صبحگاهی»^۲ و کسانی که در غروب احساس و عملکرد بهتری دارند «شامگاهی»^۳ نامیده می‌شوند. تفاوت‌های فردی نقش مهمی در این چرخه ایفا می‌کند. افراد با ویژگی‌های شخصیتی مختلف دارای ریتم‌های متفاوت شبانه‌روزی با سبک زندگی متفاوتی هستند. ترجیحات صبحگاهی - شامگاهی^۴ بر کیفیت زندگی^۵ افراد و آمادگی آنها روی بیماری‌های روانی تأثیر دارد. تفاوت‌های فردی در چرخه شبانه‌روزی افراد را از همدیگر متمایز می‌کند. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های فردی ترجیحات صبحگاهی - شامگاهی یا ریتم‌های شبانه‌روزی^۶ است (تونیتی و همکاران^۷، ۲۰۱۳).

ترجیحات زمان بیداری و خواب و همچنین ترجیحات ساعات روز برای فعالیت‌های بدنی یا ذهنی نشانگر این مطلب است که، افراد در طول پیوستاری از ترجیحات شبانه‌روزی قرار دارند که در دامنه‌ای از افراد صبحگاهی که چکاوک صفت^۸ نامیده می‌شوند و افراد شامگاهی که بوف صفت^۹ نامیده می‌شوند، در یک سو، افراد صبحگاهی زود از خواب بر می‌خیزند. در نیمه اول روز بیشترین سطح هوشیاری را دارند، فعالیت‌های روزانه را ترجیح می‌دهند و دشواری زیادی در خوابیدن دیروقت دارند. در سوی دیگر افراد شامگاهی قادر هستند که تا ساعات پایانی صبح بیدار بمانند، بیشترین سطح هوشیاری را در ساعات غروب دارند، فعالیت‌های شبانه را ترجیح می‌دهند و مدت زمان زیادی طول می‌کشد تا در نیمه شب به خواب روند، دسته سوم هم معتدل‌ها^{۱۰} هستند که در میانه دو کرانه شامگاهی و صبحگاهی قرار دارند (عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۰).

از آنجا که اختلالات ریتم شبانه‌روزی باعث اختلال در خواب و فعالیت زندگی افراد افسرده می‌شود، سطح فعالیت و خواب بیماران دچار افسردگی نیز دچار اختلالات شبانه‌روزی است که این خود رابطه‌ای دو طرفه را شامل می‌شود و روی کیفیت زندگی بیماران افسرده اثر گذاشته و همانطور که در پژوهش‌های متعدد نیز آمده است، افسردگی باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران افسرده مخصوصاً بیماران افسرده اساسی شده است (کسانی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین با بررسی وضعیت چرخه شبانه‌روزی و ارتباط آن با سطح خلق این بیماران که تاکنون در پژوهشی به آن پرداخته نشده است، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا بین چرخه شبانه - روزی با سطح خلق بیماران مبتلا به افسردگی اساسی ارتباط وجود دارد؟

روش تحقیق

با توجه به اینکه پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین ریتم‌های شبانه - روزی با سطح خلق بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌پردازد، لذا این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. متغیر پیش بین شامل ریتم‌های شبانه - روزی و متغیر ملاک سطح خلق بیماران مبتلا به افسردگی اساسی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی که از اسفند ۱۳۹۴ تا پایان شهریور ماه ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره هدی، معرفت و پرتو مراجعه کرده‌اند، بودند. جهت نمونه‌گیری کلیه مراکز روانشناسی و روانپزشکی شهر اصفهان به ۵ خوشه تقسیم شد و سپس از میان خوشه‌ها به صورت تصادفی سه مرکز انتخاب شد و از این سه مرکز (پرتو، معرفت و هدی) نمونه‌های بیماران افسرده را به صورت تمام شمار انتخاب شد. از جامعه آماری، تعداد ۱۲۰ نفر از بیماران افسرده اساسی به روش تمام شمار از سه مرکز پرتو، معرفت و هدی انتخاب شد و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنان قرار داده شد.

1. Food Anticipatory Rhythms

2. Morning. like

3. Evening. like

4. Morningness. Eveningness

5. Quality of Life

6. Morningness. Eveningness. Quality of life

7. Toinety et al

8. Lark

9. Owl

10. Moderate



در پژوهش حاضر از پرسشنامه های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی (MEQ):

یک پرسشنامه خود ارزیابی ۱۹ سؤالی است که به منظور مشخص کردن ریتم شبانه روزی افراد توسط هورن و استبرگ^۱ (۱۹۷۶) تدوین شده است. سؤالات پرسشنامه دارای تعداد گزینه‌های متفاوت و نمره‌گذاری اختصاصی است و با پرسش از ساعات خواب و بیداری و ترجیحات ساعات بدنی برای کارهای بدنی و ذهنی، ریخت شبانه روزی فرد را تعیین می‌کند. گزینه‌های پرسشنامه دارای ارزش‌های مساوی نیستند و بر اساس تحلیل‌های اولیه سازندگان آن به گزینه‌های برخی از سؤالات ارزش‌های متفاوتی از سایر سؤالات داده شده است. دامنه نمرات از ۱۶ تا ۸۶ متغیر است و نمره بالاتر نشان دهنده صبحگاهی بودن بیشتر است و نمره پایین‌تر نشانه شامگاهی بودن بیشتر است. در بسیاری از تحقیقات گزارش شده است که این پرسشنامه از هماهنگی درونی کافی برخوردار است. همبستگی درونی سؤال‌ها بین ۰/۰۲- تا ۰/۶۱+ با میانگین ۰/۲+ بدست آمده است. چلمینسکی و همکاران آلفای آزمون را ۰/۷۸ و اندرسون و همکاران ضریب پایایی اندازه گیری مکرر آزمون را ۰/۷۷+ گزارش کردند. در دیگر پژوهش‌ها کاکس، آدان، و ناتاله میزان کلی آلفای آزمون را ۰/۸۲ اعلام کردند و با تحلیل عاملی به ۴ عامل نهایی رسیدند (کوکسی و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز ضیایی، امیری، و مولوی اعتبار صوری پرسشنامه را تایید کردند و میزان آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۷+ گزارش کردند (رهافر و همکاران، ۱۳۹۰). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر معادل ۰/۸۱ بود.

پرسشنامه افسردگی بک

برای سنجش سطح خلق بیماران افسرده از پرسشنامه افسردگی بک استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌خاری و... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳+ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند (ازخوش، ۱۳۸۷). که این ضرایب به ترتیب برابر با ۰/۷۹+ و ۰/۸۵+ بودند که به طور کلی بیانگر ضرایب قابل قبولی می‌باشند. سؤالات (۱)، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۲۱ در این پرسشنامه سطح خلق را بدست می‌آورد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر معادل ۰/۸۹ بود.

پرسشنامه سطح فعالیت بک

برای تعیین سطح فعالیت بدنی بیماران افسرده از پرسشنامه سطح فعالیت بک^۲ استفاده شد، این پرسشنامه که یک پرسشنامه استاندارد بین‌المللی برای ارزیابی سطح فعالیت بدنی بود، توسط مراکز علمی از جمله دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشگاه تهران ترجمه شده است و سؤالات آن به روش نمره گذاری لیکرت با سه مؤلفه محل کار، فراغت و ورزش است، برای تعیین پایایی درونی پرسشنامه‌ها از آزمون آلفای کرونباخ استفاده گردید، مقادیر بدست آمده برای پرسشنامه فعالیت بدنی بک (۰/۷۹+) بود که همبستگی درونی سؤالات را تایید نمود (اعتماد و اسماعیل نسب، ۱۳۹۱). این پرسش‌نامه که شامل ۱۶ سؤال است. در این پرسشنامه سؤالات مربوط به کار

1. Hooren & Strenberg

2. Baek habitual physical activity questionnaire



شامل سؤالات ۱-۸ و سؤالات مربوط به ورزش سؤالات شامل ۹، ۱۰ و سؤالات مربوط به اوقات فراغت شامل سؤالات ۱۱-۱۶ می باشد. که این ضرایب به ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۸۱ بودند که به طور کلی بیانگر ضرایب قابل قبولی می باشند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر معادل ۰/۷۵ بود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها، همچنین از تحلیل همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته ها

یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۲ تا ۳۶ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آن ها $29/40 \pm 3/43$ سال بود. هم چنین بیشترین میزان پایه تحصیلی مربوط به دیپلم (۳۶٪) بود.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش

مؤلفه ها		میانگین	انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
ریتم شبانه روزی	۳۱/۴۵	۵/۷۸	۲۲	۴۲	۳۰/۴۴	کران پایین کران بالا
سطح خلق	۲۳/۹۷	۸۷۶	۱۲	۳۷	۲۲/۷۸	۲۵/۱۷

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه های داده ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می داد پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p > 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می شود.

رابطه بین ریتم شبانه روزی با سطح خلق افراد مبتلا به افسردگی اساسی به وسیله تحلیل همبستگی پیرسون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	سطح خلق
همبستگی پیرسون	$-0/70^{**}$
ریتم شبانه روزی	مقدار معناداری $0/0001$

* $p = 0/05$

** $p = 0/01$

با توجه به ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۲ مشخص است مؤلفه ریتم شبانه روزی با سطح خلق افراد مبتلا به افسردگی اساسی دارای رابطه معنادار است. میزان رابطه این دو مؤلفه به میزان $-0/70$ است. حال پس از اطمینان از وجود همبستگی بین مؤلفه ها به بررسی جداول رگرسیون پرداخته می شود تا مشخص گردد که آیا متغیر پیش بین توانایی پیش بینی معنادار متغیر ملاک را دارد.

جدول ۳: جدول خلاصه تحلیل واریانس مدل رگرسیون نمره سطح خلق روی ریتم شبانه روزی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	ضریب تبیین
رگرسیون	۱۴۲۰/۳۵	۱	۱۴۲۰/۳۵	۱۱۴/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۰/۴۹
باقیمانده	۱۴۶۰/۲۴	۱۱۸	۱۲/۳۷				
کل	۲۸۸۰/۵۹	۱۱۹					



بر اساس نتایج جدول فوق، مقدار F مربوط به متغیر سطح خلق معنی دار است. بنابراین متغیر پیش بین (ریتیم شبانه روزی) توانسته پیش بینی معناداری از متغیر ملاک (سطح خلق افراد مبتلا به افسردگی اساسی) به دست دهد. ضریب تبیین مدل نیز نشان می دهد که متغیر پیش بین (ریتیم شبانه روزی) توانسته ۴۹ درصد از تغییرات مولفه سطح خلق افراد مبتلا به افسردگی اساسی را تبیین کند.

جدول ۴: ضریب رگرسیون نمره سطح خلق روی ریتیم شبانه روزی

متغیر پیش بین	ضریب غیر استاندارد (β)	خطای استاندارد (Std. Error)	ضریب استاندارد (β)	مقدار t	سطح معنی داری (Sig)
ریتیم شبانه روزی	-۰/۵۹	۰/۰۵	-۰/۷۰	-۱۰/۷۱	۰/۰۰۰۱

بنابریافته های جدول فوق، در متغیر سطح خلق، ضریب رگرسیون ریتیم شبانه روزی معنادار شده است. بدین صورت که یک واحد افزایش در ریتیم شبانه روزی به طور متوسط با ۰/۷۰- انحراف معیار افزایش در مولفه سطح خلق همراه خواهد بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین چرخه های شبانه روزی و سطح خلق بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شهر اصفهان بود. یافته های حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین ریتیم شبانه روزی و متغیر سطح خلق، رابطه معنادار وجود داشت. همچنین ریتیم شبانه روزی به شکل معناداری توانایی پیش بینی سطح فعالیت بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را داشت ($P < ۰/۰۱$). با توجه به بررسی های انجام شده نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش خالقی پور و همکاران (۱۳۹۰) و عیسی زادگان و همکاران (۱۳۸۹) همسو می باشد.

در تبیین نتایج این پژوهش می توان چنین مطرح ساخت که متغیرهای رفتاری و فیزیولوژیکی تحت تاثیر زمان های مختلف از روز است. مثلاً درجه حرارت بدن تیپ زمانی صبحی ۱/۳۰ تا ۳ ساعت زودتر از تیپ های زمانی عصری به اوج خود می رسد. واکنش پذیری به فشار روانی نیز تحت تاثیر زمان می تواند باشد. افراد با تیپ شناسی ساعات زیستی عصری یا غروبی اختلالات روان شناختی و بدنی بیشتری را در مقایسه با تیپ های صبحی نشان می دهند. آشفتگی های عاطفی بیشتر در تیپ های زمانی عصری را می توان به دلیل سیکل خواب/بیداری درونزاد که با برنامه های کاری و متعارف اجتماعی همتا نیست در نظر گرفت. یک نظریه بحث تفاوت های فردی را بر اساس روان فیزیولوژیکی مطرح می کند. بر این اساس تیپ های زمانی عصری در مقایسه با تیپ های صبحی نمرات پایین تری در نیرومندی تحریک و وقفه دارند. افراد تیپ عصری الگوهای رفتاری تیپ شخصیتی را نیز دارند. مشکل در مقابله با خواست های محیطی و اجتماعی، سبک های زندگی به همراه فشار و خطر برای بیماری های قلبی- عروقی در بین تیپ های زمانی عصری مطرح شده است (دیاز- مورالز و سانچز، ۲۰۰۸).

در بیماران دچار افسردگی اساسی، درجات علائم گوناگونی از افسردگی مشاهده می شود که دلایل آن مشخص نیست. پژوهشی در سال ۲۰۰۸ با هدف بررسی وضعیت ملاتونین در زنان مبتلا به افسردگی در دوران بارداری و بعد از زایمان، نشان داد در زنان باردار دچار افسردگی شدید، سطح ملاتونین پلاسمایی در شب به ویژه در ساعات های اولیه صبح در مقایسه با افراد سالم پایین تر است. در حالی که غلظت ملاتونین پلاسمایی در شب، به ویژه در ساعات های اولیه صبح، در بعد از زایمان در زنان دچار افسردگی شدید، نسبت به افراد سالم بالاتر است. در افسردگی های شدید میزان حساسیت به اثرات استرادیول یا پروژسترون^۱ روی گیرنده های ملاتونین، کاهش می یابد بنابراین، افزایش هورمون های جنسی در دوران بارداری، ترشح ملاتونین در زنان باردار سالم، افزایش می یابد. ولی در مبتلایان به افسردگی های شدید، این افزایش صورت نمی گیرد. زیمرمان و همکاران^۲ (۱۹۹۳) در پژوهشی با هدف تعیین اثرات عملکرد سروتونین روی ترشح شبانه ی ملاتونین نشان دادند، کاهش تریپتوفان و به دنبال آن سروتونین سبب کاهش ترشح ملاتونین می گردد. کاهش ملاتونین با اختلالات خلقی متفاوتی نیز همراه است. سندرم کاهش ملاتونین که افسردگی کمبود ملاتونین نیز نامیده می شود، در زیر گروهی از بیماران افسرده نیز تعریف شده است. ملاتونین در اسکیزوفرنی و سندرم فاز خواب تاخیری نیز مطرح است (فرهود و تهوگر، ۱۳۹۲).

1. steradiol And Progesteron

2. Zimerman et al



ساعت داخلی بدن عاملی تعیین کننده در اختلالات خلق و خو می باشد. تغییرات فصلی و طول مدت روز، در ساعت بیولوژیک بدن نیز تغییراتی به وجود می آورد. در واقع با کوتاه شدن روز در فصول پاییز و زمستان، مدت دریافت نور خورشید در موجودات زنده نیز کاهش می یابد و میزان ترشح هورمون ملاتونین افزایش پیدا می کند و به این ترتیب این هورمون باعث خواب آلودگی و رخوت و کم شدن انرژی و گاهی افسردگی در افراد می شود. جالب است بدانید استفاده از نور کافی در این فصول، نقش مهمی در درمان این اختلال فصلی دارد. اگرچه هنوز علت دقیق این اختلال روشن نیست؛ اما برخی محققان تغییرات عرض جغرافیایی را عاملی برای عقب ماندن و کند شدن ساعت زیستی بدن می دانند (فرجی گودرزی، ۱۳۹۵).

افرادی که زندگی نرمالی دارند می توانند صبح از خواب بیدار شوند، سر کار بروند، راه هایی برای سر گرم کردن خود و دیگران پیدا کنند. ولی فرد افسرده مشکل زیادی برای شروع فعالیت روزانه خود دارد. مثلاً یک استاد دانشگاه نمی تواند خود را برای سخنرانی هایش آماده کند، و یا یک دانشجو اشتیاق مطالعه را از دست می دهد. در حالت شدیدتر، عدم فعالیت (فلج اراده) اتفاق می افتد. چنین بیماری نمی تواند حتی خود را به انجام کارهایی که برای زندگی ضروری است وادار کند. باید به زور او را از تخت بیرون آورد. لباس بر تنش پوشاند و به او غذا داد. در افسردگی ممکن است کندی روانی حرکتی نیز دیده شود که طی آن حرکات کند می شوند و بیمار بیش از اندازه آهسته راه می رود و صحبت می کند. این کندی نه تنها در رفتار حرکتی بلکه در فعالیت های فکری نیز اتفاق می افتد. به عنوان مثال دانشجویان افسرده نمی توانند مسئله هایی را حل کنند که افراد عادی به راحتی آنها را حل می کنند. هر چه فرد بیشتر افسرده باشد، این نارسایی ها شدیدتر است. یکی دیگر از مشکلات رایج افسردگی تصمیم گیری است. تصمیم گیری برای افراد افسرده، می تواند توانکاه و وحشتناک باشد. زیرا هر تصمیمی می تواند موفقیت و شکست در پی داشته باشد و ترس از تصمیم گیری غلط و قبول مسئولیت آن می تواند فلج کننده باشد (آقاجانی، ۱۳۸۵).

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همچون محدودیت جغرافیایی (شهرستان شهرکرد)، محدودیت جامعه آماری (افراد مبتلا به افسردگی) و محدودیت در روش پژوهش مواجه بود. بر همین اساس پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در دیگر محدوده جغرافیایی، گروه های دیگر و با روش پژوهش آزمایشی صورت پذیرد تا پژوهش از روایی بیرونی بالاتری برخوردار گردد.



منابع

اعتماد ظ، اسماعیل نسب ن. ۱۳۹۱. ارتباط بین سطح فعالیت بدنی با برخی عوامل خطرزای کرونری قلب (CHD) در دانشجویان: مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان: ۱۷: ۲۵-۳۵.

خالقی پور ش، احدی ح، عنایتی م، پاشاغ، نادری فرجف مسجدی م. ۱۳۹۰. مقایسه سطح ملاتونین سرم خون شب و روز بیماران افسرده و افراد عادی در دو جنس "نشریه روان شناسی اجتماعی (یافته‌های نو در روان شناسی)، ۶(۲۰): ص ۱۱۹-۱۲۹.

رهافر آ، صادقی جوجیلی م و صادق پور آ. ۱۳۹۰. بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه صبحگاهی - شامگاهی (MEQ): روانشناسی بالینی و شخصیت: ۱۲۲-۱۰۹.

سادوک بی جی، سادوک وی ای. ۱۳۹۰. خلاصه روانپزشکی (جلد ۲). ترجمه ف، رضاعی، تهران: ارجمند.

شاکری م، پرهون ه، محمد خانی ش، حسنی ج و پرهون ک. ۱۳۹۴. اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی: مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی ۲ ص ۲۵۳-۲۶۵.

شاملو ف، فرمند آ، رضاعی ف، نیلوفری ع، فخرایی س ع، هاشم آذر ژ. ۲۰۱۴. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5: جلد اول: انتشارات ارجمند.

طباطبایی س م، فیاضی بردبار م ر و لطفی م. ۱۳۸۵. بررسی شیوع علایم جسمی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی: فصلنامه اصول بهداشت روانی: ۲۱ ص ۴۵-۲۹.

عیسی زادگان ع، شیخی س، احدیدیان ل. ۱۳۹۰. بررسی رابطه بین تیپ‌های شبانه روزی (صبحی-عصری) و اضطراب در دانشجویان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۲، ۱۳۷-۱۴۵.

فرهود د، تهورگر ع. ۱۳۹۲. هورمون ملاتونین، سوخت و ساز و اثرات بالینی آن: مجله‌ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران: ۱۵(۲) ص ۲۲۳-۲۱۱.

کسانی ع، نیازی م، منتی ر، علی محمدی ی، منتی و. ۱۳۹۳. ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری: فصلنامه مدیریت پرستاری: ۳(۲) ص: ۶۱-۶۹.

Avenevoli S, Swendsen J, He J-P, Burstein M, Merikangas KR. 2015. Major Depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates and Treatment, J Am Acad Child Adolesc Psychiatr, 1;54(1):37-44.e2.

Diaz-Moral JF, Sorroche MG. 2008. Morning and eveningness in Adolescents, The Spanish Journal of Psychology, 11, 1, 201-206.

Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. 2005. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions, Arch Gen Psychiatr, Oct;62(10):1097-106.

Horne, J A, Ostberg O. 1977. Individual difference in human circadian rhythms. Biological Psychology, 5, 179-190.

Tonetti L, Fabbri M, Martoni M, Natale V. 2013. Circadian preference and perceived quality of the sleep/wake cycle in Italian high school students: Personality and Individual Differences 54(2):315-317.