

پیش بینی افسردگی و کیفیت خواب بر اساس نشخوار فکری و مولفه های آن (خودخوری و تأمل) در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی

مینا وصال^۱ و محمد علی نظری نیا^۲

بیماری های رماتیسمی، اغلب با شیوع بالای اختلالات روان پزشکی و پریشانی های روان شناختی همراه است اما، نقش عوامل روان شناختی در این بیماران به ندرت مورد ارزیابی قرار می گیرد. هدف پژوهش حاضر، پیش بینی افسردگی و کیفیت خواب بر اساس نشخوار فکری و مولفه های آن (خودخوری و تأمل) در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۷۵ بیمار مبتلا به رماتیسم مفصلی مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان حافظ شیراز به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و از نظر سبک های پاسخ، کیفیت خواب و افسردگی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی و رگرسیون خطی نشان داد که نشخوار فکری و مولفه های آن به طور معناداری ($p < 0/01$) افسردگی و کیفیت خواب نامطلوب را پیش بینی می کنند. همچنین مشخص شد که مولفه ی خودخوری بهتر از مولفه ی تأمل می تواند افسردگی و کیفیت خواب نامطلوب را پیش بینی کند. براساس نتایج حاصل از این پژوهش، در بیمارانی که به طور مزمن به نشخوار فکری می پردازند، احتمال بروز نشانه های افسردگی و کیفیت خواب نامطلوب افزایش می یابد که این مساله تاثیرات منفی ناشی از پیامدهای بیماری رماتیسم مفصلی را افزایش می دهد.

واژه های کلیدی: نشخوار فکری، خودخوری، تأمل، نشانه های افسردگی، کیفیت خواب

مقدمه

بیماری های عضلانی- اسکلتی^۳ از جمله شایع ترین و پرهزینه ترین بیماری ها در همه ی گروه های سنی و در جوامع مختلف از جمله کشور ما به شمار می آید که باعث ناتوانی، از کارافتادگی بازنشستگی زودرس و از دست دادن شغل می شود؛ از جمله این بیماری ها، رماتیسم مفصلی^۴ (RA) است که با دوره های التهاب در سینوویوم آغاز می شود و باعث ضخیم شدن و ایجاد خیز (ادم) در آن می شود. التهاب سینوویوم ایجاد شده در مفصل یا مفاصل باعث تورم، حساس شدن و سفت شدن آنها

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده ی مسوول) m69vesal@gmail.com

۲. مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

می‌شود که می‌تواند با خستگی، کاهش وزن، اضطراب و افسردگی همراه باشد (چن و ونگ، ۲۰۰۷). هنوز اطلاعات بسیار اندکی در خصوص تظاهرات بالینی این بیماری و درمان آن وجود دارد و در حال حاضر، درمان این بیماری بر کاهش علائم و حفظ وضعیت عملکردی بیماران متمرکز است و براساس مطالعات انجام گرفته، حدود یک درصد از مردم سراسر جهان مبتلا به RA هستند و احتمال مرگ و میر این افراد نسبت به گروه سنی خودشان در کل جمعیت دو برابر است (چن و ونگ، ۲۰۰۷). یک تحقیق انجام شده در انگلستان، هزینه ی سالانه ی RA را رقمی بیش از ۱/۲ بیلیون دلار برآورد کرده که حدود ۵۲ درصد آن ناشی از هزینه‌های غیرمستقیم این بیماری است (لی، پارک، سون، سونگ، لی و سونگ، ۲۰۱۲).

از شایع‌ترین علامت‌های مشترک در بیماری‌های رماتیسمی به خصوص رماتیسم مفصلی، دردهای عضلانی و مفصلی، خستگی و آشفته‌گی‌های هیجانی است (داوودی، زرگر، مظفری سی سختی، نرگسی و مولا، ۲۰۱۲). پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که بیماری‌های رماتیسمی اغلب با شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی و پریشانی‌های روان‌شناختی همراه است به طوری که ابتلای هم-زمان به افسردگی یا اضطراب با تاثیر بر پیامدهای بیولوژیکی و نیز پیامدهای روان‌شناختی رماتیسم مفصلی در بروز یا تشدید ناتوانی حاصل از این بیماری موثر است. بررسی مصطفی و ردوان (۲۰۱۳) نشان داد که حدود ۱۳ تا ۲۰ درصد بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی از افسردگی رنج می‌برند، البته باید اشاره شود که برخی از تحقیقات، این رقم را تا ۴۰ درصد نیز تخمین زده‌اند. این مساله زمانی اهمیت خود را نشان می‌دهد که با آمارهای شیوع افسردگی در جمعیت عمومی که حدود ۲ تا ۴ درصد است، مقایسه شود. همچنین مشخص شده است که بیماران RA افسرده، در مقایسه با هم‌تایان غیر افسرده ی خود، درصد بالاتری از مرگ و میر طبیعی (غیر خودکشی) را به خود اختصاص می‌دهند. به طور کلی، اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی از طریق کاهش تمایل بیمار به ویزیت روماتولوژیست، کاهش تبعیت بیمار از توصیه‌های دارویی و غیر دارویی و همچنین کاهش علاقه ی وی به دستیابی به اطلاعات کافی در مورد بیماری رماتیسم مفصلی بر پیامدهای بیولوژیکی این بیماری موثر خواهد بود (دی‌متیو، لیبر و کروگان، ۲۰۰۰).

بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمی با اختلال در خواب مرتبط است؛ به طور مثال، بی‌خوابی با بیماری‌های جسمانی همچون دیابت، بیماری عروق کرونر، انسداد ریوی مزمن، آرتريت، فیبرومیالژیا و سایر بیماری‌های مزمن مرتبط است و این ارتباط دوطرفه است بدین معنا که بی‌خوابی، خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی را افزایش داده و از سوی دیگر بیماری‌های جسمی، خطر بی‌خوابی را بالا می‌برند.

حدود ۵۰ درصد از مبتلایان به اختلالات خلقی، از اختلال در خواب رنج می‌برند که این امر نشان از همبستگی بالای اختلالات خلقی با اختلالات خواب دارد به طوری که با شدت گرفتن اختلالات خلقی، مشکلات خواب نیز شدت می‌یابد. نشانه‌های جسمانی و شناختی کیفیت خواب ضعیف شامل: خستگی، کاهش توجه، کاهش آستانه ی توجه، کاهش آستانه ی درد^۱، اضطراب، ناآرامی، تفکر غیرمنطقی، توهم و کاهش میل جنسی می‌شود. مشکلات خواب، یک معضل اجتماعی عمومی است زیرا بر کیفیت زندگی، بهزیستی، عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به فعالیت‌های روزانه اثر می‌گذارد (هایاشینو، یامازاکی، تاکیگامی، ناکایاما و همکاران، ۲۰۱۰).

مشکل خواب از نگرانی‌های عمده در بین مبتلایان به رماتیسم مفصلی است به طوری که شیوع این مشکلات در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی دو تا سه برابر بیش تر از جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود (سیورستن، کروک استاد، اورلند و همکاران، ۲۰۰۹). این بیماران به طور معمول، دشواری در به خواب رفتن، کیفیت خواب ضعیف و احساس نارضایتی از خواب خود را گزارش می‌کنند (ولف، میچود و لی، ۲۰۰۶). مشکلات خواب، می‌تواند با کاهش آستانه ی تحمل درد در مفاصل و افزایش شدت درد همراه شود (لی، چینیک، لو و همکاران، ۲۰۰۹) زیرا بررسی گزارشات بیماران در آمریکا نشان می‌دهد که ۵۶ درصد از بیماران مبتلا به رماتیسم از بی‌خوابی شکایت دارند و این رقم در ایران در حدود ۴۱/۴ درصد اعلام شده و چنانچه با افزایش سن همراه شود، بر میزان مشکل می‌افزاید (آباد، ساریناس و گویلمینالت، ۲۰۰۸).

مطالعات صورت گرفته بر اساس مدل‌های شناختی افسردگی، نقش سبک‌های شناختی منفی و نشخوار فکری^۲ را به عنوان عوامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده‌است (لو، هو و هولن، ۲۰۰۸). دیدگاه فراشناختی^۳ در مورد اختلالات هیجانی نیز نشخوار فکری را از مولفه‌های اصلی در شروع، تداوم افسردگی و مزمن شدن آن می‌داند (آبیلا و هنکین، ۲۰۱۱). نشخوار فکری منعکس کننده‌ی سبک تفکر تکراری و منفی در مورد شکست‌ها و کمبودهای گذشته و حال است (نولن - هوکسما و ویسکو، ۲۰۰۸). این افکار ناخواسته بوده و در عملکرد طبیعی فرد مداخله می‌کند. محتویات این افکار مزاحم، هر چیز منفی‌ای می‌تواند باشد. نشخوار فکری، بر خلق افسرده اثر می‌گذارد و می‌تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی روی حل مساله و انگیزش شود (دیویس و نولن - هوکسما، ۲۰۰۰). به بیان دیگر، نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که حول یک موضوع

معمول دور می‌زند. این افکار به صورت غیرارادی وارد آگاهی می‌شود و توجه را از موضوعات و اهداف مورد نظر فرد منحرف می‌سازد (جوorman، ۲۰۰۶). ترینور، گونزالس و نولن - هوکسما (۲۰۰۳) نشان دادند که نشخوار فکری شامل دو زیر مجموعه ی خودخوری^۱ و تامل^۲ است. به نظر می‌رسد که خودخوری، شکل انفعالی^۳ نشخوار فکری و تامل، شکل فعال^۴ آن باشد. در واقع به کارگیری تامل در ارتباط با رویدادهای منفی زندگی، افراد را به سمت حل مساله، پیش از غرق شدن در افکار منفی‌شان هدایت می‌کند، در مقابل خودخوری با سرکوب شناخت‌های منفی درباره ی رویدادهای منفی زندگی موجب ترغیب فرد به فرار از مشکل و تلاش‌های مقابله‌ای منفعلانه همچون انکار و اجتناب می‌شود. افرادی که در مولفه‌ی تامل، نمره ی بالایی می‌گیرند، کسانی هستند که با درگیر کردن خود در حل مساله ی شناختی سعی می‌کنند خلق خود را بالا ببرند و افرادی که درگیر خودخوری هستند به طور منفعلانه ای بر نتایج ناشی از مشکلاتشان تمرکز می‌کنند (میرندا و نولن - هوکسما، ۲۰۰۷). باتوجه به مطالب گفته شده، هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی افسردگی و کیفیت خواب بر اساس نشخوار فکری و مولفه‌های آن (خودخوری و تامل) در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی بود.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران RA مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان حافظ بود که از این جامعه ۷۵ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و با پرسش‌نامه ی افسردگی بک^۵ - ویرایش دوم^۵، پرسش‌نامه ی کیفیت خواب پیتسبرگ^۶ و مقیاس سبک‌های پاسخ^۷ مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای خروج از مطالعه، ابتلا به فیبرومیالژیا^۸، مصرف بیش از ۱۰ میلی‌گرم پردنیزولون در روز، ابتلا به هر بیماری کنترل نشده (مانند دیابت و فشار خون)، سابقه ی اختلالات روانی غیر از افسردگی، بیماران مبتلا به مشکلات عضلانی - اسکلتی تشخیص داده نشده و عدم تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک‌های ورود به مطالعه، سن ۲۵ تا ۵۵ سال، تشخیص ابتلای فرد به رماتیسم توسط روماتولوژیست و گذشت یک سال از تشخیص بیماری بود.

1. Brooding
2. Reflection
3. Passive form
4. Active form

5. Beck Depression Inventory- II (BDI- II)
6. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
7. Response Styles Questionnaire (RSQ)
8. Fibromyalgia (FM)

پرسش نامه ی افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)، دارای ۲۱ سوال چهار گزینه ای است. اعتبار و پایایی این مقیاس، در پژوهش های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (اصغری، علی اکبری و دادخواه، ۲۰۱۲؛ زارع پور کمالی، علاقبند و همکاران، ۲۰۱۲).

پرسش نامه ی کیفیت خواب پیتربرگ (PSQI) دارای ۱۸ سوال و ۷ بخش است که امتیاز هر بخش بین صفر تا ۳ و دامنه ی نمره ی کل ابزار از صفر تا ۲۱ است و نمره ی بالاتر از ۵ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. اعتبار این ابزار، با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تعیین شده و پایایی ابزار با آزمون مجدد، بین ۰/۹۳ و ۰/۹۸ گزارش شده است (ایزدی اونجی، ادیب حاج باقری و کفای، ۲۰۱۳).

مقیاس سبک های پاسخ (RSQ) توسط نولن- هوکسما و مورو (۱۹۹۱) ساخته شده و برای ارزیابی نشخوار فکری ۲۲ ماده دارد که این ماده ها روی یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. پایا جوریو و ولز، پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و همبستگی درون طبقه ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده اند. منصوری، بخشی پور، علیلو و همکاران (۲۰۱۲)، ترینور و همکارانش (۲۰۰۳)، برای نشخوار فکری دو خرده مقیاس خودخوری و تامل را معرفی کرده است. گزارش ها حاکی از پایایی و اعتبار قابل قبول این مقیاسها است (سورنس، میراندا، ماروکوین و همکاران، ۲۰۰۹).

برای تحلیل داده ها از روش همبستگی و رگرسیون خطی استفاده شد. داده ها با شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

جدول ۱، مولفه های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	Sd	متغیر	M	Sd
نشخوار فکری	۴۱/۸۷	۹/۲۲	کیفیت خواب	۱۲/۸۱	۴/۲۸
مولفه خودخوری	۱۲/۶۴	۳/۳۱	افسردگی	۱۳/۳۷	۷/۴۳
مولفه تامل	۹/۵۷	۳/۲۱			

همان طور که در جدول ۲، مشاهده می شود مقدار واریانس تبیین شده (R^2) نشخوار فکری، خودخوری و تامل به ترتیب برابر با ۰/۲۶، ۰/۳۷ و ۰/۲۱ است که نشان می دهد تغییرات افسردگی به صورت

معناداری به وسیله ی نشخوار فکری و مولفه‌های آن قابل تبیین است و مولفه ی خودخوری ($\beta = 0/61$)، $\rho = 0/001$ ، با تبیین ۳۷٪ واریانس، بهتر از سایر متغیرها می تواند به طور مثبت افسردگی را پیش-بینی کند.

جدول ۲. خلاصه ی مدل پیش‌بینی افسردگی بر اساس نشخوار فکری، مولفه ی خودخوری و مولفه ی تامل

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
نشخوار فکری (Rumination)	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۲۵	۷/۹۵
	B	Std. Error	Beta	t
	۰/۶۴	۰/۱۲	۰/۵۱	۵/۱۵
خودخوری (Brooding)	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۳۶	۲/۶۴
	B	Std. Error	Beta	t
	۰/۲۷	۰/۰۴	۰/۶۱	۶/۵۸
تامل (Reflection)	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۲۰	۲/۸۶
	B	Std. Error	Beta	t
	۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۴۶	۴/۴۳

متغیر ملاک: افسردگی

مطابق جدول ۳، مقدار واریانس تبیین شده (R^2) نشخوار فکری، خودخوری و تامل به ترتیب برابر با ۲۵٪، ۴۷٪ و ۲۶٪ است که نشان می دهد تغییرات کیفیت خواب به صورت معناداری به وسیله ی نشخوار فکری و مولفه‌های آن قابل تبیین است. همچنین، مشخص شد که مولفه ی خودخوری ($\beta = 0/68$)، $\rho = 0/001$ ، با تبیین ۴۷٪ واریانس، بهتر از مولفه ی تامل توانست به طور مثبت کیفیت خواب نامطلوب را پیش‌بینی کند.

جدول ۳. خلاصه ی مدل پیش‌بینی کیفیت خواب بر اساس نشخوار فکری، مولفه‌ی خودخوری و

مولفه‌ی تأمل

خطای استاندارد برآورد	R ² تعدیل شده	R ²	R	
۸/۰۱	۰/۲۴	۰/۲۵	۰/۵۰	نشخوار فکری (Rumination)
Sig. t	ضریب استاندارد Beta	Std. Error Std. Error	B	
۰/۰۰۱ ۵/۰۲	۰/۵۰	۰/۲۱	۱/۰۹	
خطای استاندارد برآورد	R ² تعدیل شده	R ²	R	خودخوری (Brooding)
۲/۴۳	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۶۸	
Sig. t	ضریب استاندارد Beta	Std. Error Std. Error	B	
۰/۰۰۱ ۸/۰۶	۰/۶۸	۰/۰۶	۰/۵۳	
خطای استاندارد برآورد	R ² تعدیل شده	R ²	R	تأمل (Reflection)
۲/۷۷	۰/۲۵	۰/۲۶	۰/۵۱	
Sig. t	ضریب استاندارد Beta	Std. Error Std. Error	B	
۰/۰۰۱ ۵/۱۲	۰/۵۱	۰/۰۷	۰/۳۸	

متغیر ملاک: کیفیت خواب

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی افسردگی و کیفیت خواب بر اساس نشخوار فکری در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی صورت گرفت و نتایج حاکی از آن بود که نشخوار فکری به طور معناداری می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند. نشخوار فکری را یکی از مولفه‌های شناختی افسردگی می‌دانند. دونالدسون لم و متیوس (۲۰۰۷) تصریح می‌کنند که افسردگی با یک سوگیری توجه به سمت اطلاعات منفی در راستای ارزیابی از خود همراه است. این سوگیری منفی در آن دسته از بیمارانی که نشخوار فکری دارند، قوی‌تر می‌شود. واتکینز و تسدل (۲۰۰۱) معتقدند تمایل در به یادآوردن اطلاعات منفی گذشته و بدبینی بیش‌تر در مورد آینده، ممکن است به توصیف این ارتباط کمک کند به ویژه این‌که نشخوارگری، ممکن است به حفظ افسردگی کمک کند زیرا نشخوارگران به طور مداوم روی حافظه‌ی تعمیم یافته تمرکز دارند تا تلاش کنند درک بهتری از مشکلات گذشته و حال داشته باشند. در مطالعات متعدد نیز نشان داده شد که نشخوار فکری، پیش‌بینی کننده‌ی قوی علایم

افسردگی و شروع کننده ی دوره‌های افسردگی شدید و میانجی تفاوت‌های جنسیتی در علایم افسردگی است (ترینور و همکاران، ۲۰۰۳؛ واتینکز و مولدز، ۲۰۰۵). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که نشخوار فکری به طور معناداری می‌تواند کیفیت خواب نامطلوب را نیز پیش‌بینی کند. کارنی، ادینگر، مایر و همکارانش (۲۰۰۶) ویژگی‌های نشخوار فکری در مورد بی‌خوابی را شامل افکار تکرار شونده در خصوص مشکلات روزانه همچون تمرکز ضعیف، انرژی کم و انگیزه ی پایین می‌دانند (کارنی و همکاران، ۲۰۰۶). این افکار تکرار شونده، افراد را مستعد برانگیختگی هیجانی کرده و این چرخه از افکار، موجب آمادگی فرد برای بی‌خوابی می‌شود (گروس و برکوویک، ۱۹۸۲). بنابراین، در مبتلایان به بی‌خوابی، کسانی که نشخوار فکری بیش‌تری دارند، از کارایی خواب کمتری برخوردارند و در هنگام خوابیدن، زمان بیش‌تری را در بستر می‌مانند (کارنی و همکاران، ۲۰۱۳).

در مدل شناختی بی‌خوابی هاروی، نگرانی و نشخوارگری افراطی در زمینه ی میزان خواب، سبب بروز برانگیختگی و آشفتگی‌های هیجان شده، سوگیری توجه و ادراک نادرست در زمینه ی عملکرد خواب و مدت زمان آن را به دنبال داشته و موجب شکل‌گیری و تداوم آشفتگی‌های خواب می‌شود؛ همچنین این مدل بیان می‌کند افرادی که در خوابیدن مشکل دارند، از افکار تکرار شونده در دوره‌های ۲۴ ساعته (شبانه روزی) رنج می‌برند (هاروی، ۲۰۰۰). اسپای نیز در مدل توجه-تمایل-تلاش، اختلال بی‌خوابی را حاصل سوگیری توجه به سوی خواب، تمایل شدید به خوابیدن با نشخوارگری و اشتغال فکری دانسته است (اسپای، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، مولفه‌های نشخوار فکری یعنی خودخوری و تامل نیز توانستند افسردگی و کیفیت خواب نامطلوب را به طور مثبت پیش‌بینی کنند. در همین راستا تحقیقات نشان داده است که خودخوری با خلق منفی (مورلی و واتکینز، ۲۰۰۸)، افسردگی (بورول و شیرک، ۲۰۰۷)، افکار و رفتار خودکشی (اکانر و نویس، ۲۰۰۸) ارتباطی همزمان و آینده نگر دارد که نتایج این تحقیق با سایر تحقیقات همسو است. به نظر می‌رسد پس از آن‌که فرد با یک مقایسه ی انفعالی از موقعیت کنونی خود و استانداردهایی که به آنها دست نیافته است، در افکار منفی خود غرق می‌شود، برای غلبه بر این حالت سعی می‌کند با سرکوب این افکار منفی، به جای حل مساله ی فعال و سازگارانه، از آن فرار کند که این شرایط در دراز مدت فرد را به سمت افسردگی می‌کشاند.

اما در مورد تامل، مساله بسیار پیچیده است زیرا در برخی از تحقیقات تامل، همزمان با افسردگی (ترینر، گنزالس و نولن-هوکسما، ۲۰۰۳) و افکار خودکشی (میرندا و نولن-هوکسما، ۲۰۰۷؛ اکانر و نویس، ۲۰۰۸) در ارتباط است اما، برخی دیگر از پژوهش‌ها نتوانسته است ارتباطی همزمان بین تامل و

افسردگی (لو و همکاران، ۲۰۰۸؛ بورول و شیرک، ۲۰۰۷) بیابند. تحقیقات دیگر، ارتباط طولی معناداری بین تامل و خلق منفی (موبرلی و واتکینز، ۲۰۰۸) و افسردگی نیافتند (بورول و شیرک، ۲۰۰۷). این در حالی است که ترینر و همکارانش (۲۰۰۳)، ارتباط منفی را گزارش کردند بدین معنا که تامل، همواره می‌تواند کاهش نمره ی افسردگی را پیش‌بینی کند. این ابهامات تا جایی پیش رفت که وایتمر و گتلیب (۲۰۱۱) اعلام کردند، تفاوت در تاثیر خودخوری و تامل در بیماران افسرده بسیار مبهم است و تحقیقات کافی برای نتیجه‌گیری وجود ندارد. چنانچه ملاحظه می‌شود، نتایج در خصوص ارتباط تامل و افسردگی همچنان مبهم و متفاوت بوده و بررسی‌های بیش‌تر در این خصوص ضروری است.

References

- Abad, V., Sarinas, P., & Guilleminault, C. (2008). Sleep and rheumatologic disorders. *Sleep Med Rev*, 12, 211- 228.
- Abela, J., & Hankin, B. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during transition from early to middle adolescence: A multivalve longitudinal study. *J Abnorm Psychol*, 120, 259- 271.
- Asghari, N., Aliakbari, M., & Dadkhah, A. (2012). The effects of group logotherapy on decreasing the degree of depression in female olds. *MEJDS*, 1(2), 31- 38. (Persian)
- Burwell, R., & Shirk, S. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36, 56- 65.
- Carney, C., Edinger, J., Meyer, B., & et al. (2006). Symptom-focused rumination and sleep disturbance. *Behav Sleep Med*, 4, 228- 241.
- Carney, C., Harris, A., Falco, A., & Edinger, J.D. (2013). The relation between insomnia symptoms, mood, and rumination about insomnia symptoms. *J Clin Sleep Med*, 9 (6), 567- 575.
- Chen, S., & Wang, H. (2007). The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self- care behavior in patients with rheumatoid arthritis. *J Nurs Res*, 15(3), 83- 92.
- Davis, R., & Nolen- Hokesema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminations and on ruminators. *Cog Ther and Res*, 24, 699- 711.
- Davoudi, I., Zargar, Y., Mozaffaripour, E., & et al. (2012). The relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. *Health Psychology*, 1(1), 59- 73. (Persian)
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta- analysis of the effect of anxiety and depression on the patient adherence. *Arch Intern Med*, 160, 2101- 2107.
- Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther*, 45: 2664- 2678.
- Gross, R., & Borkovec, T. (1982). Effects of a cognitive intrusion manipulation on the sleep-onset latency of good sleepers. *Behav Ther*, 13, 112- 116.
- Espie, C. (2007). Understanding insomnia through cognitive modeling. *Sleep Med*, 8, s3- s8.
- Harvey, A. (2000). Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *Br J Clin Psychol*, 39, 275- 286.
- Hayashino, Y., Yamazaki, S., Takegami, M., & et al. (2010). Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh sleep quality index: results from a population- based survey. *Sleep Med*, 11, 366- 371.
- Izadi Avajji, F., Adib Hajbaghery, M., & Kafai Atri, M. (2013). Determining Disturbing Factors of Sleep Quality among Hospitalized Elderly Patients in Kashan Hospitals, Iran 2009. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*, 20(6), 688- 698. (Persian)
- Joormann, J. (2006). Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cogn Ther Res*, 30, 149- 160.
- Lawrence, A., & Agarwal, A. (2013). Depression in rheumatoid arthritis: an under recognized comorbidity. *Indian J Rheumatol*, 8, 153- 154.

- Lee, Y.C., Chibnik, L.B., Lu, B., & et al. (2009). The relationship between disease activity, sleep, psychiatric distress and pain sensitivity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Arthritis Res Ther*, 11, R160.
- Lee, T., Park, B., Son, H., & et al. (2012). Cost of illness and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in South Korea. *Value Health*, 15, S43- S49.
- Lo, C., Ho, S., & Hollon, S. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behav Res Ther*, 46, 487- 495.
- Mansori, A., Bakhshipoor Rodsari, A., Mahmood Alilo, M., & et al. (2012). The comparison of worry, obsession and rumination in individual with Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depression Disorder and normal individual. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 7 (4), 55- 74. (Persian)
- Michaud, K., & Wolfe, F. (2007). Comorbidities in rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 21 (5), 885- 906.
- Miranda, R., & Nolen- Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behav Res Ther*, 45, 3088- 3095.
- Moberly, N., & Watkins, E. (2008). Ruminative self-focus and negative affect: an experience sampling study. *J Abnorm Psychol*, 117, 314- 323.
- Mostafa, H., & Radwan, A. (2013). The relationship between disease activity and depression in Egyptian patients with rheumatoid arthritis. *Egyptian Rheumato*, 35, 193- 199.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*, 3, 400- 424.
- O'Connor, R., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behav Res Ther*, 46, 392- 401.
- Sivertsen, B., Krokstad, S., Overland, S., & Mykletun, A. (2009). The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health: The HUNT-2 study. *J Psychosom Res*, 67, 109- 116.
- Surrence, K., Miranda, R., Marroquin, B., & Chan, S.H. (2009). Brooding and reflective rumination among suicide attempters: Cognitive vulnerability to suicidal ideation. *Behav Res Ther*, 47, 803- 808.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cogn Ther Res*, 27, 247- 259.
- Tutuncu, Z., & Kavanaugh, A. (2007). Rheumatic Disease in the Elderly: Rheumatoid Arthritis. *Rheum Dis Clin N Am*, 33, 57- 70.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319- 328.
- Watkins, E., & Teasdale, J. (2001). Rumination and over general memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *J Abnorm Psychol*, 110, 353- 357.
- Whitmer, A., & Gotlib, I. (2011). Brooding and Reflection Reconsidered: A Factor Analytic Examination of Rumination in Currently Depressed, Formerly Depressed, and Never Depressed Individuals. *Cogn Ther Res*, 35, 99- 107.
- Wolfe, F., Michaud, K., & Li, T. (2006). Sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis: evaluation by medical outcomes study and visual analog sleep scales. *J Rheumatol*, 33, 1942- 1951.
- Zarepoor, F., Kamali, M., Alagheband, M., & et al. (2012). Evaluation of depression and its relationship to exercise in women over 20 years. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*, 20 (1), 64- 72. (Persian)

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 41), pp. 47-56, 2016

Prediction of depression and sleep quality based on thought rumination and its components (inhibition and reflection) in patients with Rheumatoid arthritis

Vesal, Mina

University of Shiraz, Shiraz, Iran

Mohammad Nazarinya, Ali

Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: Jan 02, 2016

Accepted: Feb 29, 2016

Rheumatologic diseases are often associated with a high prevalence of psychological disorders. In spite of the prevalence of rheumatoid arthritis in Iran, the role of psychological factors has not been evaluated among the population affected by this disorder. The aim of the present study is to predict depressive symptoms and sleep quality based on rumination and its subtypes in patients with Rheumatoid Arthritis. To do so, in a descriptive correlational study, 75 patients with Rheumatoid arthritis referred to Hafiz rheumatology clinic at Shiraz University of Medical Science were selected through convenience sampling method, and assessed for style of response, quality of sleep, and depression. Research tools included Response Styles Questionnaire (RSQ), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and Beck Depression Inventory (BDI). Data analysis was performed coefficient of correlation and linear regressions were used to compare data. The results indicated that the rumination and its subtypes significantly predict the quality of sleep and depressive symptoms ($p < 0.01$). Also, brooding was a better predictor than reflection to predict the sleep quality and depressive symptoms. Results confirmed that patients who are afflicted by chronic rumination are more likely to experience symptoms of depression and poor quality sleep. It may increase the complication of Rheumatoid Arthritis.

Keywords: Thought rumination, Inhibition, Reflection, Depressive symptoms, Sleep quality

Electronic mail may be sent to: m69vesal@gmail.com