AUMJ Journal
Alborz University of Medical Sciences
Alborz University of Medical Sciences Journal, Summer 2025, Vol. 14, No 3: 276-290

Comparison of sleep quality and quantity, and sleepiness in people with bipolar disorder and borderline personality disorder

Marzieh Pourzargham [1 *]
Fatemeh Golshani [2]
Mehdi Samimi Ardestani [3]

Abstract

Introduction: Sleep disturbances are common in psychiatric disorders like borderline personality disorder (BPD) and bipolar disorder (BD), potentially aiding in their clinical differentiation. This study aimed to compare sleep quality, quantity, and daytime sleepiness in individuals with these disorders.

Method: This causal-comparative study included 40 participants (20 from each group) diagnosed with BD or BPD, based on DSM-5 criteria, referred to Imam Hossein Hospital in Tehran in 2017. Data were collected using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), Mood Disorder Questionnaire (MDQ), Borderline Personality Inventory, and self-reported sleep duration.

Results: MANOVA analysis revealed significant differences between the groups in sleep quality, quantity, and daytime sleepiness ($P < 0.05$). Individuals with bipolar disorder showed more unstable sleep patterns and higher daytime sleepiness than those with borderline personality disorder.

Conclusion: These findings may improve diagnostic accuracy and inform the development of targeted therapeutic interventions based on sleep patterns.

Keywords: Sleep disturbances, Borderline personality disorder (BPD), Bipolar disorder (BD), Sleep quality, Daytime sleepiness

1 Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran، Iran:
2 Department of Psychology and Social Sciences ، Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran
3 Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* Corresponding author:
pourzargham.elnaz@gmail.com

How to cite this article: Pourzargham M, Samimi ardestani M, Golshani F. Comparison of sleep quality and quantity and sleepiness in people with bipolar disorder and borderline personality. Alborz University Medical Journal 2025; 14 (3): 276-290

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

AUMJ Journal
Alborz University of Medical Sciences
نشریه دانشگاه علوم‌پزشکی البرز، تابستان ۱۴۰۴، دوره ۱۴، شماره ۳، صفحه‌های ۲۹۰-۲۷۶

مقایسه کیفیت و کمیت خواب و خواب‌آلودگی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی

مرضیه پورضرغام[۱*]
دکتر فاطمه گلشنی[۲]
دکتر مهدی صمیمی اردستانی[۳]

چکیده

مقدمه: اختلالات خواب یکی از ویژگی‌های شایع در بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی نظیر اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder) و اختلال دوقطبی (bipolar disorder)، محسوب می‌شوند که می‌توانند نقش مهمی در تمایز بالینی این دو اختلال ایفا کنند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت و کمیت خواب و میزان خواب‌آلودگی در میان افراد مبتلا به این دو اختلال بود.

روش کار: این مطالعه از نوع علی – مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۱۳۹۶ بود. از میان آنان، ۴۰ نفر (۲۰ نفر از هر گروه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تشخیص اختلالات بر اساس معیارهای DSM-۵ و تأیید روان‌پزشک انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتسبور (PSQI)، مقیاس خواب‌آلودگی اپوورث (ESS)، پرسش‌نامه اختلال خلقی (MDQ)، سیاهه اختلال شخصیت مرزی و گزارش طول مدت خواب (به‌عنوان شاخص کمیت خواب) استفاده شد.

یافته‌ها: داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) تحلیل گردید. نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر کیفیت و کمیت خواب و میزان خواب‌آلودگی تفاوت معناداری وجود دارد($P < ۰/۰۵$) و افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی از الگوهای خواب ناپایدارتر و میزان خواب‌آلودگی بالاتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش تعیین‌کننده کیفیت و کمیت خواب و میزان خواب‌آلودگی، یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توانند در ارتقای دقت تشخیص افتراقی و نیز در طراحی مداخلات درمانی هدفمند بر اساس الگوهای خواب مؤثر واقع شوند.

واژه‌های کلیدی: اختلالات خواب، اختلال شخصیت مرزی (BPD)، اختلال دوقطبی (BD)، کیفیت خواب، خواب آلودگی در طول روز

۱ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران
۲ گروه روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران
۳ دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول:
pourzargham.elnaz@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

مقدمه

اختلال دوقطبی یک بیماری روانی جدی است که از طریق دوره‌های متناوب خلق افسرده و خلق بالا مشخص می‌شود (۱). در سبب شناسی ایـــن اختلال در کنار سایر عوامل، نقش مهمی برای انتقال‌دهنده‌ی عصبی سروتونین قائل شده‌اند(۲). اختلال شخصیت مرزی با الگویی از بی‌ثباتی در روابط میان فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری بارز مشخص می‌شود. ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی موضوعی پیچیده است که نظرات متناقضی درباره آن وجود دارد. بین این دو اختلال همبودی و مشابهت‌های بسیار زیادی وجود دارد. تا حدی که در موارد زیادی این دو اختلال اشتباه تشخیص گذاری می‌شوند(۳). موضوع اختلال خواب در اختلالات روان‌پزشکی که اختلالات عاطفی یکی از مشخصه‌های اصلی آن‌هاست نظیر اختلال شخصیت مرزی (BPD) و اختلال دوقطبی (BD)، در طی دهه‌های گذشته توجه زیادی را به خود جلب کرده است. همان‌طور که مطالعات پرسشنامه‌ای نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شکایت بیشتری از مشکلات خواب دارند، از داروهای خواب‌آور بیشتر استفاده می‌کنند و کابوس و رؤیاهای ترسناک بیشتری را گزارش می‌دهند(۴،۵). بررسی مطالعات خواب نشان می‌دهد که تأخیر طولانی در به خواب رفتن، نرخ بالاتر بیدار شدن‌های شبانه، کاهش تأخیر در خواب همراه با حرکات سریع چشم (REM)، مدت طولانی‌تر خواب REM و نزدیکی بیشتر دوره‌های خواب REM در بیماران بزرگسال اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه کنترل افراد سالم بیشتر است ۵.

پژوهش‌های زیادی طیف مختلفی از مشکلات خواب را در اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی نشان داده‌اند(۷).

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی در ایران به بررسی نقش اختلالات خواب در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پرداخته‌اند. برای نمونه، مطالعه‌ای در سال(۲۰۲۳) در نشریه روان‌شناسی بالینی نشان داد که آشفتگی خواب و سوگیری حافظه‌ای مرتبط با مانیا، از طریق نقش میانجی حافظه کاری، می‌توانند بر روند بهبودی بیماران دوقطبی نوع یک تأثیرگذار باشند(۷). در پژوهش دیگری، همین تیم تحقیقاتی (۲۰۲۲) با استفاده از مدل‌یابی علی، نشان دادند که حساسیت به پاداش از طریق آشفتگی خواب و بینش شناختی، به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر بهبودی در بیماران دوقطبی اثر می‌گذارد(۸). همچنین، در مقاله «کیفیت خواب و سلامت روان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی» در سال ۲۰۱۵ ارائه شده است. این پژوهش به بررسی ارتباط بین کیفیت خواب و سلامت روان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که افراد با اختلال شخصیت مرزی نسبت به افراد بهنجار، کیفیت خواب پایین‌تری دارند و این اختلالات خواب می‌تواند با مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب و ناپایداری هیجانی مرتبط باشد. این یافته‌ها اهمیت مداخلات درمانی را که به بهبود کیفیت خواب می‌پردازند، در ارتقاء سلامت روان این بیماران برجسته می‌کند(۹).

مشکلات خواب در بیماران دوقطبی بسیار شایع است و تأثیرات زیان باری بر طول مدت بیماری، کیفیت زندگی، عملکرد و برون‌دادهای درمانی می‌گذارد(۱۰). مشکلات خواب در بیماران با اختلال دوقطبی معمولا با دیگر موقعیت‌های روان‌پزشکی و رفتارهای مخرب سلامتی نظیر مصرف مواد، اختلالات اضطرابی، افزایش وزن و فقدان تحرک همراه است (۱۱).

مشکلات خواب در تمام مراحل اختلال دوقطبی شامل دوره افسردگی، دوره شیدایی و دوره مختلط بروز می‌کند. مشکلات خواب ممکن است در مراحل مختلف بیماری به شکل‌های مختلفی بروز کند. در دوره شیدایی معمولاً مشکلات خواب به‌صورت کاهش نیاز به خواب و دشواری در به خواب‌رفتن یا در خواب ماندن در ۶۹ تا ۹۹ درصد موارد ظهور می‌کند. در دوره افسردگی این مشکلات به صورت پرخوابی و خواب‌آلودگی شدید نمایان می‌شود(۱۲).

مشکلات خواب در طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی وجود دارد. علاوه بر اختلالات خلقی یکی از اختلال هایی که در آن مشکلات خواب به‌طور فراوان توسط افراد مبتلا گزارش می‌شود اختلال شخصیت مرزی است. اختلال شخصیت مرزی (BPD) با مشکلات اصلی اختلال عاطفی، و همچنین هویت و مشکلات بین فردی مشخص می‌شود. اگر چه مشکلات خواب در معیارهای تشخیصی قرار نگرفته است، اما حدود ۵۰٪ از بیماران آشفتگی در خواب را گزارش کردند (۴). یافته‌های پژوهشی اغلب شامل گزارش مشکلات ذهنی خواب مانند کاهش کیفیت خواب و سایر شکایات مانند کاهش اثر ترمیمی خواب هستند، با این حال مطالعات تخصصی خواب انجام شده در مورد بیماران مبتلا به BPD نتایج گیج‌کننده‌ای را به همراه داشته است. مطالعات متعدد کاهش تداوم خواب (افزایش زمان خواب، کاهش کارایی خواب، افزایش تعداد بیداری‌های شبانه، کاهش میزان خواب در مرحله امواج کم‌بسامد مغزی) را نشان دادند اما اخیراً با مطالعات دقیق انجام‌شده تفاوت‌های مشخصی بین بیماران BPD و افراد

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

گروه کنترل سالم یافت نشد(۱۵-۱۳،۱۱).

اختلال خواب همانند آنچه بیماران افسرده تجربه می‌کنند با نشانه‌هایی از جمله کاهش زمان تأخیر REM، افزایش مدت اولین دوره خواب REM و کاهش فاصله دوره‌های خواب REM گزارش شده است، اما همانند یافته‌های پیشین در سایر مطالعات تأیید نشده است(۲). به منظور بررسی تأثیر افسردگی اساسی همبود در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر آشفتگی‌های خواب گزارش شده توسط آن‌ها باتاگلیا و همکاران (۱۹۹۳، ۱۹۹۹) بیماران BPD را که هرگز افسرده نبودند مورد مطالعه قرار دادند. علیرغم فقدان افسردگی، اختلالات خواب REM مانند کاهش تأخیر در خواب REM و فشردگی خواب REM در طی اولین دوره آن در این بیماران وجود داشت. علاوه بر این، تأخیر طولانی مدت خواب ، افزایش زمان بیداری پس از خواب و کاهش کارایی خواب در این گروه از بیماران مبتلا به BPD هرگز افسرده یافت نشد (۱۵). در مطالعه‌ای دیگر، افسردگی همبود در بیماران مبتلا به BPD به مشکلات تداوم خواب و اختلالات REM در مقایسه با بیماران BPD بدون افسردگی همبود بیشتر مربوط بود(۱۷).

فیتز و همکارانش (۲۰۲۳) در مطالعه خود با درنظرگرفتن نتایج مطالعات پیشین، گزارش کردند که افراد با اختلال شخصیت مرزی از نظر نشانه‌شناسی کیفیت خواب ضعیف‌تری را نسبت به جمعیت عمومی نشان می‌دهند(۱۸)

می‌دانیم که در سبب‌شناسی اختلالات روانی از جمله این دو اختلال، نابهنجار بودن سطح میانجی‌های عصبی مختلف نقش تعیین‌کننده‌ای را بازی می‌کند (۱۹). یـــکی از میانجی‌های عصبی دخیل در فرایند، کیفیت و کمیت خواب انتقال‌دهنده سروتونین است که در اثر کاهش یا فقدان آن احساس خواب‌آلودگی ایجاد می‌شود. خواب‌آلودگی یکی از علل ناشناخته احساس ملال طولانی‌مدت، تصادفات اتومبیل و مداوای همراه با اشتباهات پزشکان است. همچنین سروتونین نقشی اساسی در شکل‌گیری رؤیاها دارد(۲۰).

همواره در پژوهش‌های علوم رفتاری علاوه بر اهمیت پرداختن به ماهیت یک مسئله، مقایسه آن مسئله در شرایط و موقعیت‌های گوناگون نیز حائز اهمیت بوده است. نظر به این امر، باتوجه‌به نقصان ادبیات پژوهشی در حیطه مورد بحث، پژوهشگر بر آن است تا مسئله کیفیت، کمیت و خواب‌آلودگی را در دو گروه بالینی اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی و مقایسه قرار دهد.

باتوجه‌به اینکه خواب یکی از پایه‌ای‌ترین نیازهای زیستی انسان است که نقش تعیین‌کننده‌ای در تنظیم هیجانات، کارکردهای شناختی و تعادل روانی دارد. در حوزه اختلالات روان‌پزشکی، اختلال در کیفیت و کمیت خواب و همچنین افزایش سطح خواب‌آلودگی، نه‌تنها یکی از پیامدهای رایج بیماری، بلکه عاملی مؤثر در تداوم و تشدید علائم به شمار می‌رود. اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی، علی‌رغم اشتراکاتی که در ناپایداری خلق، تکانش‌گری و اختلال در روابط بین‌فردی دارند، از منظر روان فیزیولوژیک ممکن است تفاوت‌های معناداری در الگوهای خواب نشان دهند. تشخیص افتراقی این دو اختلال همواره یکی از چالش‌های بالینی بوده است و بررسی شاخص‌های زیستی از جمله ابعاد خواب، می‌تواند به‌عنوان ابزاری کمک‌کننده برای تفکیک دقیق‌تر این دو اختلال عمل کند. با توجه به نبود مطالعات مقایسه‌ای داخلی در این زمینه، پژوهش حاضر تلاشی است در جهت پر کردن خلأ پژوهشی موجود و گامی برای ارتقای دانش بالینی مرتبط با تشخیص و درمان مبتنی بر نشانگان خواب در دو اختلال یادشده. یافته‌های این پژوهش می‌توانند به بهبود فرایند غربال‌گری، تدوین مداخلات هدفمند و ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک کنند.

نظر به اهمیتی که کیفیت و کمیت خواب و خواب‌آلودگی در تفکیک و تمایز این دو اختلال از یکدیگر داشته و می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل تشخیص افتراقی شناخته شود، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی از نظر کیفیت، کمیت خواب و خواب‌آلودگی تفاوتی وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از منظر روش‌شناختی در دسته مطالعات علی – مقایسه‌ای قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بود که در سال ۱۳۹۶ به بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین(ع) تهران مراجعه کرده بودند.

روش نمونه‌گیری و انتخاب آزمودنی‌ها

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند (purposive sampling) برای انتخاب آزمودنی‌ها استفاده شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش، در ابتدا مبنی بر سن افراد بود که شامل سنین ۱۸ تا ۵۵ سال می‌باشد. سپس بر اساس بررسی بالینی اولیه توسط روان‌پزشک متخصص، بیمارانی

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

که علائمی مطابق با اختلال دوقطبی یا اختلال شخصیت مرزی داشتند، شناسایی شدند. پس از انجام ارزیابی دقیق بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM)- ۵، افرادی که معیارهای کامل یکی از دو اختلال را دارا بودند با رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن به منظور توانایی درک مفاهیم پرسشنامه‌ها ، به‌عنوان گزینه‌های بالقوه ورود به مطالعه در نظر گرفته شدند.

برای افزایش دقت و همگنی در گروه اختلال دوقطبی، تنها بیمارانی انتخاب شدند که در مرحله پیگیری درمان قرار داشتند و از نظر بالینی در وضعیت پایدار (euthymic) بودند؛ به‌عبارت‌دیگر، در زمان انجام پژوهش در فاز حاد افسردگی یا مانیا قرار نداشتند. این انتخاب بر اساس نظر روان‌پزشک معالج صورت گرفت تا نتایج پژوهش تحت‌تأثیر نوسانات خلقی شدید قرار نگیرد.

همچنین شرکت‌کنندگانی که ملاک‌های زیر را داشتند، از پژوهش خارج شدند: وجود هم‌زمان سایر اختلالات شدید روان‌پزشکی (مانند اسکیزوفرنی یا اختلالات روان‌پریشی دیگر)، ابتلا به بیماری‌های نورولوژیک یا جسمانی مزمن که بر خواب تأثیرگذار باشند (مانند صرع، آپنه خواب، یا درد مزمن)، مصرف داروهای خاص خواب‌آور یا محرک خارج از پروتکل درمانی و عدم همکاری یا تمایل به ادامه مشارکت در طول فرایند پژوهش.

حجم نمونه

در مجموع ٤٠ نفر (۲۰ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی و ۲۰ نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) انتخاب شدند. بر اساس توصیه‌های روش‌شناختی در پژوهش‌های علی – مقایسه‌ای (دلاور، ۲۰۱۳) حداقل حجم نمونه مناسب برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته می‌شود که در این مطالعه رعایت شده است[۲۱].

برای تأیید تشخیص و جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ (*PSQI*)

این پرسشنامه که توسط بایسه و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شده شامل ۱۹ سوال خودسنجی و ۵ سوال مجاز برای شریک بدخواب یا هم اتاقی است. به منظور ارزیابی کیفیت خواب در بازه زمانی یک ماهه طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۹ سؤال خودسنجی و ۵ سؤال مکمل برای شریک خواب یا هم‌اتاقی است که تنها سؤالات خودسنجی مورد تحلیل و نمره‌گذاری قرار می‌گیرند. سؤالات مذکور هفت مؤلفه را شامل می‌شوند: کیفیت ذهنی خواب، نهفتگی خواب، مدت زمان خواب، کارایی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، و اختلال عملکرد روزانه. هر مؤلفه در مقیاسی از ۰ (عدم وجود مشکل) تا ۳ (مشکلات شدید) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کلی از مجموع مؤلفه‌ها به‌دست می‌آید؛ نمره بالاتر بیانگر کیفیت پایین‌تر خواب است. ۲۲در ایران، مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۲۰۱۳) نسخه فارسی این ابزار را مورد بررسی روان‌سنجی قرار داده‌اند. یافته‌های آنان نشان داد که این پرسشنامه از پایایی مناسبی برخوردار است، به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰,۷۷ گزارش شده است که نشان‌دهنده اعتبار قابل قبول این ابزار در جمعیت ایرانی است (۲۳).

مقیاس خواب‌آلودگی اپوورث (*ESS*)

این پرسش‌نامه توسط جانز (۱۹۹۱) در بیمارستان اپوورث شهر ملبورن ساخته شد. پرسشنامه خواب‌آلودگی اپوورث یک ابزار ۸ گویه می باشد که وضعیت خواب آلودگی ذهنی افراد را مورد سنجش قرار می دهد و افراد در مورد اینکه در وضعیت های مختلف چقدر احتمال دارد احساس خواب آلودگی کنند، مورد پرسش قرار می‌گیرند. نمره هر سؤال بین صفر الی ۳ می باشد به عبارتی دامنه نمره کلی امتیاز خواب آلودگی اپوورث از صفر (عدم امکان خواب آلودگی در هیچ وضعیتی) تا ٢٤ (احتمال زیاد خواب آلودگی در تمام ۸ وضعیت) تعیین شده است. نمره نهایی این مقیاس از صفر الی ۸ نشان دهنده وضعیت خواب‌آلودگی طبیعی، محدوده ۹ الی ۱۲ نشان دهنده وضعیت خواب‌آلودگی خفیف، محدوده ۱۳ الی ١٦ نشان دهنده خواب‌آلودگی متوسط و امتیاز بیشتر از ١٦ نشان دهنده خواب‌آلودگی شدید می‌باشد. اعتبار و روایی این ابزار در مطالعات متعدد مورد تایید قرار گرفته است(۲٤،۲۵).

نسخه فارسی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعددی در ایران اعتبارسنجی و بومی‌سازی شده است. در مطالعه‌ای با شرکت ۵۰۷ بیمار مشکوک به آپنه خواب یا نارکولپسی، نسخه فارسی ESS از نظر پایایی و روایی دارای نتایج مطلوبی گزارش شد؛ به‌طوری که آلفای کرونباخ برای همسانی درونی در سطح قابل‌قبول و ضریب بازآزمایی نیز معنادار بود. صادق‌نیا و همکاران (۲۰۱۳) تحلیل عاملی نیز ساختار مفهومی ابزار را تأیید کردند و به این ترتیب، این مقیاس به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا برای سنجش خواب‌آلودگی روزانه در جمعیت ایرانی مورد استفاده قرار گرفته و کاربرد بالینی و پژوهشی گسترده‌ای دارد(۲٦) .

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

کمیت خواب

در ایـــن پژوهش، کمیت خواب شرکت‌کنندگان از طریق اندازه‌گیری میانگین مدت‌زمان خواب شبانه آن‌ها طی هفته گذشته ارزیابی شد. این اطلاعات به‌صورت خودگزارشی و در قالب سؤالات مکمل همراه با سایر پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید. استفاده از شاخص طول مدت خواب به‌عنوان معیاری برای سنجش کمیت خواب، روشی رایج در پژوهش‌های بالینی و روان‌شناسی خواب به شمار می‌رود(۲۷).

برای جمع‌آوری داده‌ها و برای افزایش اعتبار داده‌های جمع‌آوری‌شده محقق شخصاً کار توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها را انجام داده است. داده‌های مورد استفاده در این پژوهش، داده‌هایی است که از هر دو پرسش‌نامه در نمونه مورد مطالعه به‌دست‌آمده است. پژوهشگر بدین منظور برای جمع‌آوری داده‌های مربوط برای توزیع پرسش‌نامه در بین نمونه مورد مطالعه به مراکز مربوطه (از جمله بیمارستان امام حسین (ع)) با اخذ نامه از معاونت پژوهش دانشکده مراجعه کرده و پرسش‌نامه‌ها را بین نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس توزیع و سپس جمع‌آوری کرده است. داده‌های گردآوری شده در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت. در بخش توصیفی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و همچنین با استفاده از نمودارهای فراوانی وضعیت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش شرح داده شد و در بخش استنباطی با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر باهدف مقایسه کیفیت خواب، کمیت خواب و میزان خواب‌آلودگی در دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی طراحی شده و از نوع مطالعات کمی با طرح علی-مقایسه‌ای است. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شده است. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید.

نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر (۲۰ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی و ۲۰ نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) بود که از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات تاحدامکان همگن‌سازی شده بودند.

در گام اول، تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت خواب، کمیت خواب و خواب‌آلودگی برای هر گروه به تفکیک محاسبه شد. در گام دوم، پیش‌فرض‌های آزمون مانوا (نرمال بودن، برابری واریانس‌ها، هم‌خطی) بررسی شد و سپس به‌منظور آزمون فرضیه‌های اصلی پژوهش، آزمون MANOVA برای بررسی تفاوت معنادار بین دو گروه اجرا گردید.

جدول ۱ ویـــژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها را نشان می‌دهد و در جداول بعدی نتایج آماری تحلیل‌ها از جمله مقادیر F، سطح معناداری (p) و اندازه اثر (Eta squared) برای هر متغیر گزارش شده‌اند.

در جدول ۱ داده‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌ها ارائه شده است:

جدول ۱ . ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونهٔ پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	تعداد کل	گروه	پاسخ	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تأهل	۲۰	دوقطبی	**متأهل**	۷	۴۶,۷
			مجرد	۱۳	۵۳,۳
		مرزی	**متأهل**	۷	۴۶,۷
			مجرد	۱۳	۵۳,۳
سابقه بستری	۲۰	دوقطبی	**دارای سابقه بستری**	۶	۳۰
			بدون‌سابقه‌بستری	۱۴	۷۰
		مرزی	**دارای سابقه بستری**	۱۲	۶۰
			بدون‌سابقه بستری	۸	۴۰

بر اساس اطلاعات جدول ۱، در هر دو گروه، ترکیب وضعیت تأهل مشابه بود؛ به‌طوری‌که در هر گروه ۷ نفر ۴۶,۷ درصد متأهل و ۱۳ نفر ۵۳,۳ درصد مجرد بودند. از نظر سابقه بستری، در گروه دوقطبی ۶ نفر ۳۰ درصد سابقه بستری داشتند و ۱۴ نفر ۷۰ درصد فاقد این سابقه بودند؛

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

در حالی که در گروه مرزی، ۱۲ نفر ٦۰ درصد سابقه بستری داشتند و ۸ نفر ٤۰درصد فاقد آن بودند. از نظر قومیت و محل سکونت، ۳۹ نفر از شرکت‌کنندگان تهرانی و فارس‌تبار بودند و تنها یک نفر از شهرستان‌های مجاور و قومیت غیرفارس در نمونه حضور داشت. تشخیص روان‌پزشکی بر اساس ملاک‌های DSM-۵ و توسط روان‌پزشکان متخصص بیمارستان صورت گرفته است، که روایی بالای تشخیص را تضمین می‌کند.

در جدول ۲، شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای متغیرهای وابسته (خواب‌آلودگی، کیفیت خواب و کمیت خواب) در هر دو گروه ارائه شده است. در ادامه، یافته‌های توصیفی و استنباطی پژوهش آورده می‌شود.

جدول ۲. شاخصه‌های گرایش مرکزی و پراکندگی متغیرهای وابسته به تفکیک گروه

گروه	متغیرهای وابسته	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
شخصیت مرزی	خواب‌آلودگی	۲۰	۴	۱۵	۱۰,۴۵	۲,۷۲۳۶۸	-۰,۶۵۲	۰,۱۲۳
	کیفیت خواب	۲۰	۱	۲۱	۱۵	۴,۲۷۹۷	-۱,۸۱۳	۵,۵
	کمیت خواب	۲۰	۴	۱۹	۱۰,۳۵	۳,۵۵۸۱۶	۰,۴۲۸	۰,۵۱۲
دوقطبی	خواب‌آلودگی	۲۰	۲	۱۹	۱۳,۵	۴,۳۳۴۶۸	-۰,۹۹۱	۱,۳۷
	کیفیت خواب	۲۰	۱	۳۵	۲۴,۲۵	۸,۷۷۷۲۱	-۱,۱۰۱	۱,۴۵
	کمیت خواب	۲۰	۶	۱۷	۱۳,۷۵	۳,۰۲۴۰۳	-۱,۳۵۸	۱,۲۸۷

جدول ۲ شاخص‌های گرایش مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) را برای هر یک از متغیرهای وابسته در دو گروه نشان می‌دهد. نتایج این جدول حاکی از تفاوت‌های قابل توجه بین گروه‌ها در برخی از متغیرها است:

خواب‌آلودگی، میانگین در گروه دوقطبی (M=۱۳,۵) بالاتر از گروه شخصیت مرزی(M=۱۰,٤٥) بود. این نشان‌دهنده خواب‌آلودگی بیشتر در بیماران دوقطبی است .کیفیت خواب، در گروه دوقطبی میانگین کیفیت خواب ۲٤,۲٥(±۸,۷۷) و در گروه شخصیت مرزی ۱٥(±٤,۲۸) بود، که بیانگر کیفیت خواب پایین‌تر در بیماران دوقطبی است. کمیت خواب، در گروه دوقطبی میانگین مدت زمان خواب ۱۳,۷٥ ساعت (±۳,۰۲) و در گروه شخصیت مرزی ۱۰,۳٥ ساعت (±۳,٥٦) بود. این تفاوت نشان‌دهنده خواب بیشتر در گروه دوقطبی است.

برای تحلیل داده‌ها و بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. آزمون‌های تحلیل واریـــانس نشان دادند که این تفاوت‌ها معنادار هستند.در تجزیه و تحلیل استنباطی و استخراج نتایج پژوهش از روشهای آماری تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید. متغیر مستقل این تحقیق شامل گروه افراد دارای اختلال بالینی و شخصیتی در دو سطح دو قطبی-شخصیت مرزی، می‌باشد. سه متغیر وابسته این تحقیق نیز شامل خواب آلودگی، کیفیت خواب و کمیت خواب می‌باشند.

جدول ۳ . نتایج آزمون‌های شاپیرو- ویلک[1] و کولموگروف-اسمیرنوف[2] مربوط به توزیع متغیرهای وابسته به تفکیک گروه

گروه	متغیرهای وابسته	کلموگروف اسمیرنوف			شاپیرو ویلک		
		آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
شخصیت مرزی	خواب‌آلودگی	۰,۲۰۱	۲۰	۰,۲	۰,۹۳۹	۲۰	۰,٦٦
	کیفیت خواب	۰,۲۰٦	۲۰	۰,۲	۰,۹۷۸	۲۰	۰,۹۲۱
	کمیت خواب	۰,۲٤٤	۲۰	۰,۲	۰,۹۱۹	۲۰	۰,۹٥۱
دوقطبی	خواب‌آلودگی	۰,۱۷۱	۲۰	۰,۲	۰,۹۸	۲۰	۰,۹۳۳
	کیفیت خواب	۰,۲۲۷	۲۰	۰,۲	۰,۹۱٦	۲۰	۰,٥۰۳
	کمیت خواب	۰,۱۹۸	۲۰	۰,۲	۰,۹۱۷	۲۰	۰,٥۱

1. Shapiro-Wilk
2. Kolmogorov-Smirnov

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

در تحلیل واریانس توزیع متغیرهای وابسته در تمامی سطوح متغیرهای مستقل، باید توزیع نرمال یا تقریباً نرمال باشد. برازش توزیع برای مقادیر متغیرهای وابسته با توزیع نرمال توسط آزمون‌های مختلفی در محیط SPSS قابل‌اجرا است. برای برازش توزیع متغیرهای وابسته با توزیع نرمال از آزمون‌های شاپیرو – ویلک و کولموگروف – اسمیرنوف استفاده شده است. با توجه به جدول ۳ مشاهده میـــشود که هر دو آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو ویلک نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر دو گروه دارد، چرا که سطح معناداری همهٔ آزمونها بزرگ‌تر از ۰۵,۰ است و لذا فرض صفر آزمونها (نرمال بودن توزیع) رد نگردیده و بدینترتیب شرط نرمال بودن توزیع دادهها برای استفاده از آزمونهای آماری پارامتریک مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ٤ بیانگر نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته میباشد:

جدول ٤. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیرهای وابسته	مقدار F	درجات آزادی۱	درجات آزادی ۲	سطح معناداری
خواب‌آلودگی	۱,۹۲۰	۱	۳۸	۰,۱۷۴
کیفیت خواب	۲,۰۲۶	۱	۳۸	۰,۱۶۳
کمیت خواب	۰,۵۶۷	۱	۳۸	۰,۴۶۶

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که سطح خطای آماره F بزرگ‌تر از ۰,۰۵ بوده و بنابراین واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در بین گروه‌های پژوهش برابر است.

جدول ۵. نتایج آزمون چندمتغیری

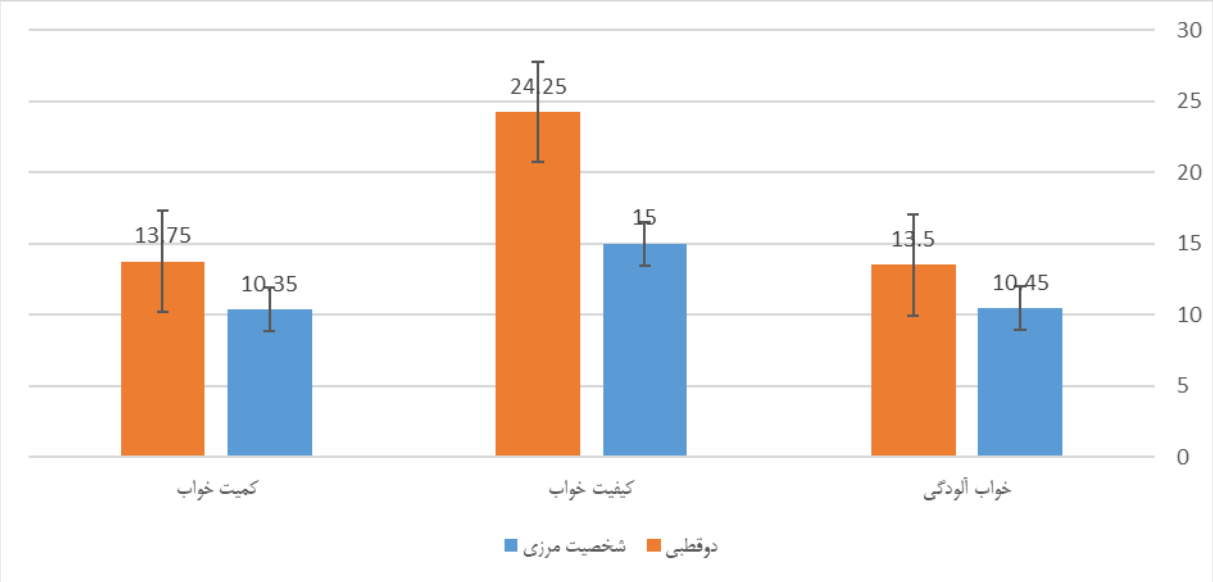
نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P-Value	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلای	۰,٤٥٧	۱۰,۰۸۹	۳	۳٦	۰	۰,٤٥٧	۱
لامبدای ویلکس	۰,٥٤۳	۱۰,۰۸۹	۳	۳٦	۰	۰,٤٥٧	۱
اثر هتلینگ	۰,۸٤۱	۱۰,۰۸۹	۳	۳٦	۰	۰,٤٥٧	۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۰,۸٤۱	۱۰,۰۸۹	۳	۳٦	۰	۰,٤٥٧	۱

نتایج شاخص‌های چندمتغیری نشان می‌دهد، با توجه به اینکه سطح معناداری برای هر چهار آزمون کمتر از ۵ درصد است، حداقل یکی از متغیرهای وابسته در بین دو گروه با هم تفاوت معناداری دارد. (P <۰,۰۵)

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

جدول ٦. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا)

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	خواب‌آلودگی	۹۳,۰۲۵	۱	۹۳,۰۲۵	۷,۰۹۹	۰,۰۱۱	۰,۱۵۷
	کیفیت خواب	۸۵۵,٦۲۵	۱	۸۵۵,٦۲۵	۱۷,۹٤٦	۰,۰۰۰	۰,۳۲۱
	کمیت خواب	۱۱۵,٦۰۰	۱	۱۱۵,٦۰۰	۱۰,٦۰۳	۰,۰۰۲	۰,۲۱۸
خطا	خواب‌آلودگی	٤۹۷,۹۵۰	۳۸	۱۳,۱۰٤			
	کیفیت خواب	۱۸۱۱,۷۵۰	۳۸	٤۷,٦۷۸			
	کمیت خواب	٤۱٤,۳۰۰	۳۸	۱۰,۹۰۳			
مجموع	خواب‌آلودگی	۵۹۰,۹۷۵	۳۹				
	کیفیت خواب	۲٦٦۷,۳۷۵	۳۹				
	کمیت خواب	۵۲۹,۹۰۰	۳۹				



نمودار ۱. وضعیت توصیفی متغیرهای وابسته به تفکیک دو گروه

فرضیه اول: کیفیت خواب در بین مبتلایان به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی تفاوت دارد.

با توجه به جدول ٦ نتیجه گرفته می‌شود که مقدار آماره F برای اثر گروه در سطح اطمینان ۹۵درصد معنادار است (P <۰,۰۵)؛ لذا فرضیه تحقیق در این سطح اطمینان تأیید می‌شود. میزان شدت اثر نشان می‌دهد، اختلاف بین دو گروه دارای اندازه اثر ۳۲ درصدی بوده است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی برابر با ۲۵,۲٤ و در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برابر با ۱۵ بوده است. با توجه به اینکه در مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ نمرات بالاتر نشان‌دهنده اختلال شدیدتر در کیفیت خواب هستند، نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه مورد بررسی از نظر متغیر کیفیت خواب، تفاوتی معنادار وجود دارد و بیماران دوقطبی از

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

باقی ماند.

۲. وجود اختلالات همبود

برخی از بیماران دچار هم‌زمانی چند اختلال روان‌پزشکی بودند، مانند اضطراب فراگیر، ترومای پس از حادثه، یا اختلال وسواس که هر یک از آن‌ها به طور بالقوه می‌توانند بر خواب تأثیر بگذارند. کنترل دقیق این اختلالات در شرایط بالینی ایران بسیار دشوار بود و این موضوع بر دقت نتایج اثرگذار بوده است.

۳. استفاده از گزارش‌های خوداظهاری:

ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش بیشتر بر پایه خود گزارش‌دهی بودند. ایـــن روش به‌ویژه در بیماران با اختلالات خلقی و شخصیت می‌تواند تحت‌تأثیر تحریف‌های شناختی یا نوسانات خلقی قرار گیرد و دقت داده‌ها را کاهش دهد. نبود ابزارهای عینی مانند پلی‌سومنوگرافی یکی از محدودیت‌های مهم محسوب می‌شود.

٤. محدودیت در نمونه‌گیری و تعمیم‌پذیری:

نمونه پژوهش تنها از یک بیمارستان (امام حسین تهران) انتخاب شده است که ممکن است ویژگی‌های خاص جمعیت‌شناختی یا درمانی این مرکز، یافته‌ها را قابل‌تعمیم به دیگر مراکز درمانی سراسر کشور نسازد. علاوه بر این، دسترسی به بیماران در شرایط روحی و روانی پایدار جهت پاسخگویی دقیق به پرسش‌نامه‌ها دشوار بود.

پیشنهادهای کاربردی

۱.طراحی مداخلات بالینی مبتنی بر خواب:

با توجه به تفاوت‌های مشخص در الگوی خواب میان بیماران دوقطبی و مرزی، می‌توان مداخلات بالینی اختصاصی برای بهبود خواب طراحی کرد. به طور مثال، تدوین پروتکل‌های درمانی ترکیبی از رفتاردرمانی شناختی برای بی‌خوابی (CBT) و آموزش تنظیم هیجانات برای بیماران مرزی می‌تواند اثربخش باشد.

۲.آموزش کادر درمان در مراکز روان‌پزشکی:

لازم است روان‌پزشکان و روان‌درمانگران بااهمیت خواب به‌عنوان شاخص افتراقی میان اختلالات آشنا شوند و ارزیابی الگوی خواب را در مصاحبه‌های بالینی خود بگنجانند. دوره‌های بازآموزی در این زمینه می‌تواند کیفیت خدمات روان‌پزشکی را افزایش دهد.

۳. راه‌اندازی کلینیک‌های خواب در بیمارستان‌های روان‌پزشکی:

ایجاد واحدهای تخصصی پایش خواب در مراکز روان‌پزشکی کشور، با

کیفیت خواب ضعیف‌تری نسبت به بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی برخوردارند.

مقادیر میانگین پاسخ‌ها نشان می‌دهد که متوسط کیفیت خواب در افراد دوقطبی از متوسط کیفیت خواب در افراد شخصیت مرزی (۱۵) بیشتر می باشد.

فرضیه دوم: کمیت خواب در بین مبتلایان به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی تفاوت دارد.

با توجه به جدول ٦ نتیجه گرفته می‌شود مقدار آماره F برای اثر گروه در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است ($P <۰,۰۵$). و لذا فرضیه تحقیق در این سطح اطمینان تأیید می‌شود.

بر اساس نتایج تحلیل آماری، تفاوت معناداری در کمیت خواب میان دو گروه مورد بررسی مشاهده گردید. به طور مشخص، میانگین ساعات خواب در گروه دوقطبی ۱۳,۷۵ و در گروه مرزی ۱۰,۳۵ ساعت گزارش شده است. این اختلاف با اندازه اثر متوسط (۰,۲۲) نشان می‌دهد که بیماران دوقطبی در مقایسه با بیماران مرزی، به‌طور معناداری ساعات خواب بیشتری دارند.

فرضیه سوم: خواب‌آلودگی در بین مبتلایان به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی تفاوت دارد.

با توجه به جدول ٦ نتیجه گرفته می‌شود که مقدار آماره F برای اثر گروه در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است ($P <۰,۰۵$). و لذا فرضیه تحقیق در این سطح اطمینان تأیید می‌شود. میزان شدت اثر نشان می‌دهد اختلاف بین دو گروه دارای اندازه اثر ١٦ درصدی بوده است. مقادیر میانگین پاسخ‌ها نشان می‌دهد که متوسط خواب‌آلودگی در افراد دوقطبی (۱۳,۵) از متوسط خواب‌آلودگی در افراد شخصیت مرزی (۱۰,٤۵) بیشتر است. با توجه به ساختار نمره‌گذاری مقیاس خواب‌آلودگی اپوورث که نمرات بالاتر آن نشان‌دهنده شدت بیشتر خواب‌آلودگی ذهنی هستند، مشخص می‌شود که بیماران دوقطبی به طور معناداری سطح بالاتری از خواب‌آلودگی را تجربه می‌کنند.

بحث

هدف پژوهش حاضر " مقایسه کیفیت و کمیت خواب و خواب‌آلودگی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی" است، با توجه به اهمیتی که کیفیت و کمیت خواب در تفکیک و تمایز این دو اختلال از یکدیگر داشته و می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل تشخیص افتراقی شناخته

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

شود، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی از نظر کیفیت و کمیت خواب و خواب‌آلودگی تفاوتی وجود دارد؟ در زیر یافته‌های مربوط به هر فرضیه مورد بحث قرار می‌گیرد.

میانگین کیفیت خواب در بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی گردید. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که این اختلاف در بین دو گروه معنادار است.

با توجه به نتایج ذکر شده، یافته های پژوهش با نتایج هوینه و همکاران (۲۰۱۵)، بنکا و همکاران (۱۹۹٦)، برادلی و همکاران (۲۰۱۷)همسو بوده و نشان می دهد که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی الگوی خواب آشفته تری در مقایسه با بیماران شخصیت مرزی دارند(۲۹ ,۲۸ ,۱۸ ,۱۵). اختلالات خواب معمولا در بیماران BD به‌خصوص در دوره‌های حاد اختلالات خلقی،دیده می‌شود. در سبب‌شناسی این اختلال در کنار سایر عوامل، نقش مهمی برای انتقال‌دهنده‌ی عصبی سروتونین قائل شده‌اند(۳۰). اگر چه هنوز هم مکانسیم دقیق ارتباط میان الگوی آشفته خواب و نشانگان اختلالات دو قطبی مشخص نیست اما فرضیه های اندکی در خصوص تبیین این ارتباط وجود دارد از جمله این که کاهش کیفیت و کمیت خواب که موجب افزایش تکانشگری و خشونت در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می گردد ناشی از کاهش سرتونین در مغز این بیماران است(۳۲ ,۳۱). برای بررسی دقیق تر این موضوع بایستی میزان سرتونین موجود در مغز این بیماران و گروه کنترل افراد سالم بررسی شده و ارتباط کاهش سطح سروتونین و آشفتگی های خواب را به طور اختصاصی در پژوهش های آینده بررسی کرد(۳۲).

از دیـــگر فرضیه‌های موجود در تبیین کاهش کیفیت خواب در بیماران دوقطبی فرضیه کاهش ارتباط میان قشر پیشانی و سیستم لیمبیک در بیماران دارای این اختلال است. بر اساس این نظریه قشر پیشانی به‌خوبی از عهده مدیریت عواطف برنیامده و در نتیجه برانگیختگی عاطفی موجب آشفتگی و کاهش کیفیت خواب در بیماران دارای اختلال دوقطبی می‌گردد. با توجه به اهمیت تمایز این دو اختلال در فرایند تشخیص و درمان، توجه به الگوهای خواب می‌تواند راهگشای روان‌درمانگران و روان‌پزشکان در محیط‌های درمانی کشور باشد(۳۳).

یـــافته‌های پژوهش نشان داد که کیفیت خواب در بیماران دوقطبی به طور معناداری پایین‌تر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. در فضای درمانی ایران نیز این موضوع از سوی روان‌درمانگران بالینی گزارش می‌شود، زیرا بیماران دوقطبی به‌ویژه در فازهای حاد افسردگی و مانیا با آشفتگی‌های جدی خواب مراجعه می‌کنند. از سوی دیگر، ساختار خدمات درمانی در ایران که بیشتر مبتنی بر مداخلات دارویی است، می‌تواند اهمیت بررسی دقیق‌تر کیفیت خواب را افزایش دهد، چرا که الگوهای خواب ممکن است تحت‌تأثیر داروها قرار گیرد و منجر به سوءبرداشت بالینی شود(۱۲).

در مورد کمیت خواب نیز یافته‌ها نشان دادند که بیماران شخصیت مرزی به طور معناداری خواب کمتری نسبت به بیماران دوقطبی دارند. در بافت بالینی کشور، بسیاری از روان‌درمانگران اشاره می‌کنند که بیماران مرزی با شکایاتی نظیر کابوس‌های مکرر، دشواری در به خواب‌رفتن، و بیدارشدن‌های مکرر شبانه به درمانگاه‌ها مراجعه می‌کنند. یکی از تبیین‌های کاربردی این یافته در بافت فرهنگی ایران، نبود فضای امن و خصوصی برای خواب در بسیاری از خانواده‌های ایرانی به‌ویژه در خانواده‌های دارای تعارضات شدید هیجانی است؛ امری که در بیماران مرزی با دشواری در تنظیم هیجانات، می‌تواند اثر مضاعفی بر خواب داشته باشد(۹).

یافته سوم پژوهش، میزان بیشتر خواب‌آلودگی در بیماران دوقطبی نسبت به بیماران مرزی بود. این یافته نیز با تجارب بالینی در مراکز روان‌پزشکی ایران همخوانی دارد. بیماران دوقطبی در فازهای افسردگی تمایل زیادی به خوابیدن دارند، یا حتی بدون خواب کافی احساس کسالت مفرط دارند. این وضعیت در مراکز بستری ایران که برخی از بیماران بدون برنامه‌ریزی دقیق دارویی یا روان‌درمانی تنها با داروهای آرام‌بخش تحت مراقبت هستند، بیشتر دیده می‌شود. این نکته اهمیت آموزش تیم‌های درمانی درباره نظارت دقیق بر الگوی خواب را دوچندان می‌کند(۳٤).

محدودیت‌های پژوهش

۱. تأثیر داروهای روان‌پزشکی بر الگوی خواب:

بسیاری از بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تحت درمان دارویی بودند. داروهایی مانند لیتیوم، والپروات، اولانزاپین یا خواب‌آورها (مثل زولپیدم یا دیازپام) می‌توانند مستقیماً بر کیفیت، کمیت و معماری خواب تأثیر بگذارند. ازآنجاکه امکان حذف یا یکسان‌سازی نوع دارو برای شرکت‌کنندگان وجود نداشت، این متغیر به‌عنوان یک عامل مخدوش‌کننده

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

استفاده از پلی‌سومنوگرافی یا دستگاه‌های پوشیدنی (Wearables) می‌تواند امکان تشخیص دقیق‌تری فراهم کرده و اطلاعات مکملی برای درمان فراهم سازد.

٤. توسعه پژوهش‌های نوروفیزیولوژیک در خواب:

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده از فناوری‌هایی مانند fMRI یا EEG در بررسی الگوهای مغزی در خواب در بیماران دوقطبی و مرزی استفاده کنند. پژوهش‌های ترکیبی روان‌شناسی – نوروساینس می‌توانند بینش‌های بالینی عمیق‌تری در اختیار قرار دهند.

۵. بررسی نقش آموزش‌های تنظیم هیجانی:

با توجه به نقش اختلال در تنظیم هیجانات در ایجاد بی‌خوابی، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان (مانند ذهن‌آگاهی، تنفس عمیق، پذیرش و تعهد) می‌تواند بخشی از پروتکل درمانی این بیماران باشد. اجرای آزمایشی این آموزش‌ها در کلینیک‌های روان‌درمانی کشور و ارزیابی تأثیر آن بر خواب توصیه می‌شود.

٦. بازنگری در پروتکل‌های دارویی خواب‌آور:

با توجه به مصرف گسترده و گاه نادرست داروهای خواب‌آور توسط بیماران روان‌پزشکی در ایران، لازم است پروتکل‌های دارویی بازبینی شوند تا از تجویز طولانی‌مدت داروهای خواب‌آور اجتناب گردد و جایگزین‌های غیردارویی مورد توجه قرار گیرند.

۷. تکرار پژوهش در مناطق مختلف کشور:

برای افزایش اعتبار و قابلیت تعمیم نتایج، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی مشابه در استان‌های دیگر با بافت فرهنگی و اقتصادی متفاوت انجام گیرد. تفاوت‌های اقلیمی، فرهنگی و سبک زندگی می‌تواند بر الگوی خواب اثرگذار باشد.

با توجه به اهمیتی که یافتن عوامل اختصاصی هر اختلال در تشخیص افتراقی و صحیح مشکلات مراجعین و در نتیجه دریافت درمان متناسب با آن دارد، پیشنهاد می‌شود موضوع پژوهش در نمونه‌هایی از سایر مراکز درمانی کشور تکرار شود تا بر اساس نتایج مجموعه‌ای متنوع از پژوهش‌ها به نتایج محکم‌تری دست یافت.

با توجه به ورود تکنولوژی‌های تصویربرداری مغزی پیشرفته در سال‌های اخیر به کشور، پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی مبتنی بر تصویربرداری مغزی در خواب در هر دو گروه افراد دارای اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی صورت‌گرفته تا به‌وسیله تحلیل الگوهای فعالیت مغزی، به تفاوت‌های جزئی‌تر و عمیق‌تر بین این دو گروه پرداخته شود.

ازآنجاکه بر اساس فرضیه‌های موجود بخش زیادی از آشفتگی‌های خواب در بیماران هر دو گروه ناشی از عدم توانایی در تنظیم و مدیریت هیجانات و عواطف آنهاست، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به نقش آموزش‌های تنظیم عواطف و هیجانات و تأثیر آن بر کیفیت و کمیت خواب در این بیماران پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

میانگین کمیت خواب در بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی متفاوت بوده است. نتایج تحلیل واریانس نشان می دهد که این اختلاف در بین دو گروه معنادار می باشد. با توجه به نتایج ذکر شده در یافته های پژوهش با نتایج هوینه و همکاران (۲۰۱۵)، وینسپر و همکاران (۲۰۱۷) و کینگ۱ (۲۰۲۳)، همسو بوده و نشان می دهد که افراد مبتلا به اختلال مرزی از نظر کمیت خواب در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی میزان خواب کمتری دارند(۱۵, ۳۵, ۳٦) . همان‌طور که مطالعات پرسشنامه‌ای نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شکایت بیشتری از مشکلات خواب دارند، از داروهای خواب‌آور بیشتر استفاده می‌کنند و کابوس و رؤیاهای ترسناک بیشتری را گزارش می‌دهند(٤, ۳۷).بررسی مطالعات خواب نشان دهنده تأخیر طولانی در به خواب رفتن، نرخ بالاتر بیدار شدن‌های شبانه، کاهش تأخیر در خواب همراه با حرکات سریع چشم۲ (REM)، مدت طولانی‌تر خواب REM و نزدیکی بیشتر دوره‌های خواب REM در بیماران بزرگسال اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه کنترل افراد سالم است(۵, ۱۵). با توجه به نرخ بالای کابوس ها و رویاهای ترسناک شبانه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی یکی از تبیین های موجود در خصوص میزان کمتر خواب این گروه در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی شرطی شدن نسبت به مکان و شرایط خواب و ایجاد تداعی میان حالت خواب و تجربه رویاهای ترسناک و کابوس ها باشد که منجر به تاخیر طولانی در به خواب رفتن در این گروه می گردد(۳۸).

میانگین خواب‌آلودگی در بین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ۱۳,۵ و

1 king

2 rapid eye movement

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ۱۰،۴۵ بوده است. نتایج تحلیل واریـــانس نشان می‌دهد که این اختلاف در بین دو گروه معنادار می باشد. با توجه به بیشتر بودن مشکلات و آشفتگی های خواب در میان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر بودن میزان خواب آلودگی آنها در موقعیت ها مختلف منطقی به نظر می رسد به جز در دوره های مانیا که ممکن است بیمار با وجود کاهش میزان خواب شبانه روزی در طول روز احساس خواب آلودگی نداشته باشد. هنش، تیلمان و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که افراد دارای اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد گروه کنترل مشکلات خواب بیشتری داشتند و میانگین آنها در آزمون خواب آلودگی بیشتر از گروه کنترل بود (۳۹). با توجه به خصوصیت بیماران دوقطبی که در دوران افسردگی بیشتر وقت خود را در رختخواب سپری می‌کنند و حتی در صورت بیرون از رختخواب بودن انگیزش چندانی برای فعالیت ندارند، این موضوع می‌تواند نقش تاثیر گذاری در بالا بودن میزان احساس خواب آلودگی در موقعیت های مختلف برای این گروه در مقایسه با بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی باشد.

تشکر و قدردانی

با توجه به نوع اختلال هر دو گروه، هماهنگی با بیمارستان جهت دسترسی به بیماران هر دو گروه و حفظ هشیاری و تمرکز آن‌ها در هنگام پرکردن پرسش‌نامه‌ها دشوار بود. در پایان از تمامی پرسنل بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) و جناب دکتر صدر (رئیس وقت بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع)) که در تکمیل پژوهش و در اختیار قراردادن نمونه‌های بالینی اهتمام ورزیدند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافعی را گزارش نمی‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر شامل بخشی از پایان نامه ارشد دانشگاه آزاد به طور مشترک بین واحد تهران مرکز و واحد ساوه است. که در این مطالعه ملاحظات اخلاقی مطابق کدهای دانشگاه رعایت شده است.

مشارکت نویسندگان

مرضیه پورضرغام: اجرای تحقیق و آنالیز داده‌ها

فاطمه گلشنی: طراحی تحقیق و نظارت

مهدی صمیمی اردستانی: آنالیز آماری و استاد مشاور

References

1.Shah A, Banner N, Heginbotham C, Fulford B. 7. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 8. Bechara, A., Dolan, S. and Hindes, A.(2002) Decision-making and addiction (Part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? Neuropsychologia, 40, 1690–1705. 9. Office of Public Sector Information (2005) The Mental Capacity Act 2005. http://www. Substance Use and Older People. 2014; 21:9.

2.Bond K. A brief psychoeducation intervention for patients with bipolar disorder: effect on attitudes and beliefs and their relationship to clinical outcomes: The University of Manchester (United Kingdom); 2014.

3.Esposito CM, Barkin JL, Ceresa A, Buoli M. Does the comorbidity of borderline personality disorder affect the response to treatment in bipolar patients? International Clinical Psychopharmacology. 2024; 39:51-8.

4.Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. Psychiatry and clinical neurosciences. 2008; 62:48-55.

5.Fleischer M, Schäfer M, Coogan A, Häßler F, Thome J. Sleep disturbances and circadian CLOCK genes in borderline personality disorder. Journal of Neural Transmission. 2012; 119:1105-10.

6.Lereya ST, Winsper C, Tang NK, Wolke D. Sleep problems in childhood and borderline personality disorder symptoms in early adolescence. Journal of abnormal child psychology. 2017; 45:193-206.

7.Anbari-Meybodi N, Basharpoor S, Narimani M. Recovery from bipolar I disorder based on sleep disturbance and mania-related memory bias: The mediating role of working memory. Journal of Clinical Psychology. 2023; 15:107-17.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

8.Meybodianbari N BS, Narimani M. The role of reward sensitivity and cognitive insight in recovery from bipolar I disorder with the mediating role of working memory. Clinical and Counseling Psychology Research. 2022; 12:119-39.

9.Taherifard M AA, Hajlo N,. Sleep quality and mental health in people with borderline personality disorder. 2015.

10.Sylvia LG, Dupuy JM, Ostacher MJ, Cowperthwait CM, Hay AC, Sachs GS, et al. Sleep disturbance in euthymic bipolar patients. Journal of psychopharmacology. 2012; 26:1108-12.

11. Harvey AG, Schmidt DA, Scarnà A, Semler CN, Goodwin GM. Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. American Journal of Psychiatry. 2005; 162:50-7.

12.Steardo Jr L, De Filippis R, Carbone EA, Segura-Garcia C, Verkhratsky A, De Fazio P. Sleep disturbance in bipolar disorder: neuroglia and circadian rhythms. Frontiers in psychiatry. 2019; 10:501.

13.Faraji H. Dream themes and rejection sensitivity of individuals with and without borderline personality disorder: a comparative study. The European Research Journal. 2024:1-12.

14.Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide: Oxford University Press; 2016.

15.Huynh C, Guilé J-M, Godbout R. Polysomnographic studies on sleep in adult borderline personality disorder. Presse Medicale (Paris, France: 1983). 2011; 41:e63-75.

16.Battaglia M, Strambi LF, Bertella S, Bajo S, Bellodi L. First-cycle REM density in never-depressed subjects with borderline personality disorder. Biological Psychiatry. 1999; 45:1056-8.

17.Plante DT, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder. Journal of psychosomatic research. 2013; 74:278-82.

18.Fitzpatrick S, Crenshaw A, Earle EA, Radosavljevic D, Kuo JR. The influence of sleep on emotion dysregulation in borderline personality disorder, generalized anxiety disorder, and healthy controls. Psychiatry Research. 2023:115273.

19.Wieckiewicz M, Martynowicz H, Lavigne G, Lobbezoo F, Kato T, Winocur E, et al. An exploratory study on the association between serotonin and sleep breathing disorders. Scientific Reports. 2023; 13:11800.

20.Aung O, Amorim MR, Mendelowitz D, Polotsky VY. Revisiting the Role of Serotonin in Sleep-Disordered Breathing. International Journal of Molecular Sciences. 2024; 25:1483.

21.Delavar A. Theoretical and Practical Foundations of Research in the Humanities and Social Sciences. Tehran: Roshd Publications; 2013.

22.Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989; 28:193-213.

23.Mehrabizade M AA, Shahaniyeylagh M, Rezaee S,. Comparison of general health, job stress, and burnout of teachers in special and regular schools. Clinical Psychology and Personality. 2013; 11:53-64.

24.Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. sleep. 1991; 14:540-5.

25.Johns MW. Reliability and factor analysis of the Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1992; 15:376-81.

26.Sadeghniiat Haghighi K, Montazeri A, Khajeh Mehrizi A, Aminian O, Rahimi Golkhandan A, Saraei M, et al. The Epworth Sleepiness Scale: translation and validation study of the Iranian version. Sleep and Breathing. 2013; 17:419-26.

27.Darbandi M AN, Azadi S, Mirzaee K,. Comparing the effectiveness of behavioral activation group therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in people with cancer. Women and Family Studies. 2023; 500:0.

28.Bradley A, Webb-Mitchell R, Hazu A, Slater N,

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]

Middleton B, Gallagher P, et al. Sleep and circadian rhythm disturbance in bipolar disorder. Psychological medicine. 2017; 47:1678-89.

29.Benca RM. Sleep in psychiatric disorders. Neurologic clinics. 1996; 14:739-64.

30.Benedetti F, Riccaboni R, Locatelli C, Poletti S, Dallaspezia S, Colombo C. Rapid treatment response of suicidal symptoms to lithium, sleep deprivation, and light therapy (chronotherapeutics) in drug-resistant bipolar depression. The Journal of clinical psychiatry. 2013; 74:16908.

31.Shi J, Badner JA, Hattori E, Potash JB, Willour VL, McMahon FJ, et al. Neurotransmission and bipolar disorder: a systematic family-based association study. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2008; 147:1270-7.

32.Pardossi S, Fagiolini A, Cuomo A. Antidepressants in Bipolar Depression: From Neurotransmitter Mechanisms to Clinical Challenges. Actas Españolas de Psiquiatría. 2025; 53:621-31.

33.Yoo S-S, Gujar N, Hu P, Jolesz FA, Walker MP. The human emotional brain without sleep—a prefrontal amygdala disconnect. Current biology. 2007; 17:R877-R8.

34.Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. American journal of psychiatry. 2008; 165:820-9.

35.King JD, Cheng S, Fok MLY, Pappa S, Munjiza J. Interventions to improve the sleep quality of adults with personality disorder: A systematic review. Personality and Mental Health. 2023.

36.Winsper C, Tang NK, Marwaha S, Lereya ST, Gibbs M, Thompson A, et al. The sleep phenotype of borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2017; 73:48-67.

37.Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. The Journal of clinical psychiatry. 2004; 65:1485.

38.Belohradova K, Prasko J, Vanek J, Ociskova M, Genzor S, Bocek J. Nightmares in borderline personality disorder–narrative review. Neuroendocrinology Letters. 2023; 44.

39.Hensch T, Wozniak D, Spada J, Sander C, Ulke C, Wittekind DA, et al. Vulnerability to bipolar disorder is linked to sleep and sleepiness. Translational Psychiatry. 2019; 9:294.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-07-12]