

## شیوع ناهنجاری‌های خواب در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی و جمعیت کلی تبریز

دکتر نصرت الله پورافکاری: استاد گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط  
دکتر اصغر ارفعی: دانشیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
حسین داداش زاده: مربی گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
سیدجمال قائم مقامی: مربی گروه علوم صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۲/۳/۷، بازنگری نهایی: ۸۲/۱۲/۶، پذیرش: ۸۲/۱۲/۲۰

### چکیده

**زمینه و اهداف:** ناهنجاری‌های خواب اختلالاتی در نظم، کمیت یا کیفیت خواب هستند که منجر به نقایصی در کارکرد روزانه شخص می‌شوند. با وجود این که خواب نقش زیادی در ابقای سلامت جسمی و روانی انسان دارد و مطالعات زیادی در باره ماهیت آن صورت گرفته است، اختلالات مربوطه به ویژه در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلالات خواب در بیماران روان پزشکی و جمعیت عمومی، بررسی میزان مصرف داروهای خواب‌آور در این دو گروه و نیز مقایسه شیوع در دو جنس (زن و مرد) صورت گرفت.

**روش بررسی:** این پژوهش به روش توصیفی، مقطعی - مقایسه‌ای و گذشته‌نگر انجام گرفت. تعداد ۱۰۱۳ نفر در دامنه سنی بین ۱۵ الی ۷۵ سال کل آزمودنی‌های پژوهش را تشکیل می‌دادند که ۴۸۲ نفر از میان جمعیت عمومی تبریز و به طور تصادفی انتخاب شدند و گروه جمعیت عمومی را تشکیل دادند و ۵۳۱ نفر بیمار روان پزشکی به روش نمونه‌برداری پیاپی<sup>۱</sup> از میان مراجعان به دو کلینیک تخصصی روان پزشکی در تبریز انتخاب شدند و گروه بیماران روان پزشکی را تشکیل دادند. برای بررسی اختلالات خواب از پرسش‌نامه تاریخچه خواب کاپلان و سادوک استفاده شد و داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری فراوانی، درصد و مجذور کای تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** در پژوهش حاضر شیوع کلی اختلالات خواب در جمعیت عمومی برابر با ۳۵/۲۲ درصد به دست آمد. خواب آلودگی روزانه<sup>۲</sup> و اشکال در به خواب رفتن، به ترتیب با شیوع ۶۴ درصد و ۴۱/۳ درصد در جمعیت عمومی بیشترین فراوانی را داشتند. اختلال کابوس با ۱۶/۹ درصد، حرف زدن در خواب با ۲۶/۴ درصد، فلج خواب<sup>۳</sup> با ۱۶/۵ درصد، اختلال وحشت خواب<sup>۴</sup> با ۹/۶ درصد و خواب‌گردی با ۷/۱ درصد یافته های شایع در این پژوهش بودند. گروه بیماران روان پزشکی بیشتر از گروه جمعیت عمومی از داروهای خواب‌آور استفاده می‌کردند. شیوع اختلالات خواب در بیماران روان پزشکی به طور معنی‌داری (اغلب با  $p < 0/01$ ) بیشتر از جمعیت عمومی بود. خواب آلودگی به هنگام روز در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان دیده شد ( $p < 0/01$ ) و شکایت از خواب با افزایش سن در هر دو جنس افزایش می‌یافت ( $p < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** از مجموع یافته‌های این پژوهش می‌توان دریافت که اختلالات خواب شیوع بالایی دارد و با توجه به اثر آن بر سلامت افراد لازم است درمانگران، اختلال خواب مراجعان خود را جدی تر بگیرند.

**کلید واژه‌ها:** اختلال خواب، جمعیت عمومی، بیماران روان پزشکی

### مقدمه

جنس مؤنث، سن بالا، اختلال جسمی و روانی و سوء مصرف مواد با میزان بالای اختلالات خواب همراه است (۲). بی‌خوابی<sup>۵</sup> شایعترین و شناخته شده‌ترین نوع اختلال خواب است، اما انواع بسیار دیگری از اختلالات خواب نیز وجود دارد. لیندبرگ و همکاران در پژوهشی که در ۱۹۹۷ بر روی ۵۲۹ نفر از جمعیت عمومی ۲۰ تا ۴۵ ساله انجام دادند، دریافتند که فقط ۱۵/۳ درصد افراد نمونه آماری تقریباً هر روز به هنگام بیدار شدن از خواب احساس طراوت و تمدید قوا می‌کنند (۳). همچنین مگی و همکاران در

خواب حالت منظم، تکرار شونده و به آسانی برگشت پذیر ارگانسیم است که با بی‌حرکتی نسبی و بالا رفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرک‌های بیرونی در مقایسه با حالت بیداری مشخص می‌شود (۱). کنترل دقیق خواب جزء مهمی از کار بالینی است، زیرا اختلال خواب اغلب از علائم زودرس بیماری‌های روان پزشکی به شمار می‌رود. تشخیص دقیق و درمان خاص اختلالات خواب اهمیت زیادی دارد. اختلالات خواب ممکن است پیامدهای جدی، نظیر تصادف‌های مهلک مربوط به خواب آلودگی داشته باشد.

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. consecutive     | 4. terror sleep |
| 2. sleepiness      | 5. insomnia     |
| 3. sleep paralysis |                 |

یک تحقیق همه گیر شناختی اختلالات خواب در ۱۹۹۸ دریافتند که ۳۶ درصد مردان و ۵۴ درصد زنان یک نمونه آماری ۲۳۹۸ نفری از جمعیت عمومی بالای ۶۵ سال دچار بی خوابی هستند (۴).

در مطالعه‌ای که هوجسترزر در ۱۹۹۳ در زوریخ انجام داد، شیوع اختلالات خواب را برابر با ۲۶٪ درصد گزارش کرد. در همین مطالعه نشان داده شد که عوامل تنش‌زای روان‌شناختی، علایم روان‌پزشکی و به ویژه اختلالات اضطرابی و افسردگی با اختلالات خواب رابطه دارند (۵). از این رو، اختلال خواب نه تنها علامتی در ردیف سایر علایم بیماری‌های روان‌پزشکی است (۶)، بلکه ممکن است از علایم زودرس این بیماری‌ها نیز باشد. همچنین به نظر می‌رسد که ناهنجاری خواب در بیماری‌های داخلی مشکل‌گانی به شمار می‌رود که نیاز به توجه بالینی دارد. شکایات مربوط به خواب، علامت بالینی عمده‌ای است که به روان‌پزشکان گزارش می‌شود. بی‌خوابی درمان نشده با خطر جدی ابتلا به افسردگی بعدی و سوء مصرف مواد و به ویژه سوء مصرف الکل در ارتباط است (۷ و ۸).

خواب آلودگی یکی از علل ناشناخته احساس ملال طولانی مدت، تصادفات اتومبیل، و مداوای توأم با اشتباه توسط پزشکانی است که دچار محرومیت از خواب بوده‌اند (۹).

با توجه به ارتباط متقابلی که بین اختلالات خواب و سایر بیماری‌ها و به ویژه اختلالات روان‌پزشکی وجود دارد و با توجه به میزان بالای شیوع اختلالات خواب در جوامع مختلف (۱، ۳، ۴، ۵، ۸ و ۱۰) کوشیدیم تا با انجام پژوهشی در جامعه ایرانی برخی از جوانب مبهم مربوط به ناهنجاری‌های خواب در بیماران روان‌پزشکی و افراد متعلق به جمعیت کلی را برای درمانگران روشن کنیم با چنین ذهنیتی بود که پژوهش حاضر به منظور پاسخ‌گویی به پرسش‌های زیر انجام گرفت:

- ۱- تعیین شیوع انواع اختلالات خواب در بیماران روان‌پزشکی.
- ۲- تعیین شیوع انواع اختلالات خواب در جمعیت عمومی.
- ۳- تعیین میزان مصرف داروهای خواب‌آور (نسخه شده یا بدون نسخه) در گروه‌های مورد مطالعه.

۴- آزمون این فرضیه که شیوع ناهنجاری‌های خواب در اختلالات روان‌پزشکی بالاتر از میزان آن در جمعیت کلی است.

۵- آزمون این فرضیه که شیوع ناهنجاری‌های خواب در زنان بالاتر از مردان است.

۶- آزمون این فرضیه که شیوع ناهنجاری‌های خواب با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد.

واضح است که وقوف به مسایل فوق می‌تواند در امر شناخت، درمان و آموزش طرز اداره کردن بیمارانی که به نوعی دچار ناراحتی‌های خواب هستند، کمک کند.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر در قالب یک پژوهش توصیفی - مقایسه‌ای طراحی و انجام گرفته است. آزمودنی‌های پژوهش متشکل از تعداد ۱۰۱۳ نفر در دامنه سنی بین ۱۵ الی ۷۵ سال هستند که ۴۸۲ نفر از آنان از میان جمعیت عمومی تبریز و به تصادف انتخاب شده و گروه شاهد را

تشکیل داده‌اند، و ۵۳۱ نفر دیگر را افرادی تشکیل می‌دهند که با روش نمونه‌برداری پیاپی و از میان مراجعه‌کنندگان به دو کلینیک تخصصی روان‌پزشکی در شهر تبریز انتخاب شده‌اند و گروه بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهند.

برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به اختلالات خواب از پرسش‌نامه تاریخچه خواب<sup>۱</sup> که توسط کاپلان و سادوک تهیه شده است، استفاده شد (۱). پرسش‌نامه فوق پس از ترجمه به فارسی، از نظر اعتبار محتوایی توسط محققان مورد بررسی قرار گرفت و برخی از سؤال‌های آن که ربطی به متغیرهای مورد اندازه‌گیری در پژوهش حاضر نداشت، حذف شد.

روش کار در مراحل بعدی پژوهش به این ترتیب بود که پرسش‌نامه اختلالات خواب به ۵۶۰ نفر از جمعیت عمومی ۱۵ تا ۷۵ ساله در شهر تبریز که اختلال روان‌پزشکی قابل تشخیص نداشتند ارایه و از آن‌ها خواسته شد آن را مطابق توصیه پزشک تکمیل کنند. از طرف دیگر، همین کار و با همان پرسش‌نامه در میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌پزشکی نیز صورت گرفت و به این ترتیب تعداد ۱۱۲۰ پرسش‌نامه اختلالات خواب جمع‌آوری شد (۵۶۰ مورد برای افراد گروه جمعیت عمومی و ۵۶۰ مورد برای بیماران روان‌پزشکی). هرچند خود پرسش‌نامه اطلاعات لازم را در باره طرز تکمیل آن دارا بود، توضیح لازم توسط پرسشگر نیز داده می‌شد.

در ابتدا اطلاعات مندرج در پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک (همکاران طرح تحقیقاتی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و پرسش‌نامه‌های ناقص کنار گذاشته شد و به این ترتیب اطلاعات حاصل از تعداد ۱۰۱۳ پرسش‌نامه برای تجزیه و تحلیل آماری وارد رایانه شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش برحسب مورد، از روش‌های آماری فراوانی، درصد و مجذور کای استفاده شد. به منظور بررسی این فرضیه که شیوع ناهنجاری‌های خواب با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد، افراد گروه جمعیت عمومی به سه گروه سنی (زیر ۳۱ سال، ۳۱ الی ۶۰ سال، و ۶۱ به بالا) تقسیم شدند و ارتباط بین افزایش سن و شیوع اختلالات عمده خواب مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

در این پژوهش اطلاعات مربوط به اختلالات خواب در میان ۱۰۱۳ نفر مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۵۳۱ نفر (۲۵۵ مرد و ۲۷۶ زن) آزمودنی‌های گروه بیماران روان‌پزشکی و ۴۸۲ نفر (۲۳۵ مرد و ۲۴۵ زن) آزمودنی‌های گروه جمعیت عمومی را تشکیل می‌دادند. میانگین سنی افراد گروه بیماران روان‌پزشکی برابر ۲۹/۳۲ با انحراف معیار ۱۱/۹۶ و میانگین سنی افراد گروه جمعیت عمومی برابر ۲۸/۱۸ با انحراف معیار ۱۲/۱۹ بود.

جدول ۱ شیوع اختلال‌های عمده خواب را در کل آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک جنس نشان می‌دهد. توجه شود که در جدول یاد شده به علت وجود توأم چندین اختلال خواب در یک فرد ممکن است

جمع فراوانی موارد اختلال خواب به مراتب بیشتر از فراوانی کل افراد مورد بررسی باشد.

جدول ۲ میزان مصرف داروهای خواب آور (نسخه شده یا نشده) یا سایر داروهای روان پزشکی را که اثر خواب آوری نیز دارند، در دو گروه آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

نتایج آزمون این فرضیه که شیوع اختلالات خواب در گروه بیماران روان پزشکی بالاتر از گروه جمعیت عمومی است، در جدول ۳ نشان داده شده است.

در کل، ۳۵/۲۲ درصد جمعیت عمومی به نوعی اختلالات خواب دچار بودند، و در میان شکایات مربوط به اختلالات خواب، احساس خواب آلودگی به هنگام روز و بیدار شدن مکرر از خواب شبانه بیشترین شیوع را به خود اختصاص می‌دادند (جدول ۳).

نتایج آزمون این فرضیه که شیوع اختلالات خواب در جنس مؤنث بیشتر از جنس مذکر است، در جدول ۴ آمده است. این مقایسه در تعداد کل آزمودنی‌های پژوهش انجام گرفته است.

در رابطه با این فرضیه که بین سن و شیوع اختلالات خواب در جمعیت عمومی رابطه وجود دارد، چهار اختلال شایع خواب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (احساس خواب آلودگی یا حملات خواب به هنگام روز، اشکال در به خواب رفتن، بیدار شدن از خواب بیش از یک بار، دیدن مکرر کابوس). در میان این چهار اختلال خواب فقط اختلال بیدار شدن های مکرر حین خواب یا همان "بیدار شدن از خواب بیش از یک بار" بود که رابطه معنی داری با سن افراد داشت و با افزایش سن آزمودنی‌ها، شیوع این اختلال نیز افزایش می‌یافت ( $\chi^2 = 55/55$  و  $p < 0/01$ ).

جدول ۱: شیوع انواع اختلالات خواب در کل آزمودنی‌ها به تفکیک جنس

اختلال خواب	مرد	زن	جمع	درصد
احساس خواب آلودگی یا حملات خواب به هنگام روز	۲۷۸	۳۶۱	۶۳۹	۶۳/۰۷
اشکال در به خواب رفتن	۲۱۴	۲۵۲	۴۶۶	۴۶
بیدار شدن از خواب بیش از یکبار	۱۴۸	۱۵۵	۳۰۳	۲۹/۹۱
دیدن کابوس به طور مکرر (دیدن مکرر خواب‌های وحشتناک)	۱۰۶	۱۳۶	۲۴۲	۲۳/۸۸
اختلال وحشت خواب	۵۸	۶۵	۱۲۳	۱۲/۱۴
اختلال خوابگردی (راه رفتن در خواب)	۴۲	۵۲	۹۴	۹/۲۷
حرف زدن در خواب	۱۴۵	۱۲۷	۲۷۲	۲۶/۸۵
تشنج در خواب	۱۶	۲۹	۴۵	۴/۴۴
فلج خواب	۸۶	۹۲	۱۷۸	۱۷/۵۷
خرخر کردن در حین خواب	۱۳۸	۹۴	۲۳۲	۲۲/۹۰
آپنه تنفسی (قطع مکرر تنفس در حین خواب)	۴۰	۴۲	۸۲	۸/۰۹
جمع موارد اختلال خواب	۱۲۷۱	۱۴۰۵	۲۶۷۶	

جدول ۲: میزان مصرف داروهای خواب آور یا سایر داروهای روان پزشکی که اثر خواب آوری نیز دارند.

نام داروی مصرفی	گروه بیماران روان پزشکی		گروه جمعیت عمومی	
	تعداد افراد	درصد	تعداد افراد	درصد
کلونازپام	۶۷	۱۲/۶۱	۲	۰/۴۱
آمی تریپتیلین	۴۲	۷/۹۰	۷	۱/۴۵
کلرپرومازین	۲	۰/۳۷	-	-
دیازپام	۲	۰/۳۷	۱۲	۲/۴۸
فلورازپام	۸	۱/۵۰	۱	۰/۲۰
لورازپام	۷	۱/۳۱	۴	۰/۸۲
آنتی هیستامین*	-	-	۱۲	۲/۴۸
استامینوفن کدیین*	-	-	۶	۱/۲۴
جمع	۱۲۸	۲۴/۱۰	۴۴	۹/۱۲

\* مورد مصرف این نوع داروها در اختلالاتی بغیر از ناراحتی خواب است. با وجود، این اثر خواب آوری قابل ملاحظه‌ای نیز دارند.

جدول ۳: مقایسه شیوع اختلالات خواب در دو گروه از آزمودنی‌ها (گروه بیماران روان‌پزشکی و گروه جمعیت عمومی).

p-value	$\chi^2$	گروه جمعیت عمومی		گروه بیماران روان‌پزشکی		اختلال خواب
		تعداد افراد	درصد	تعداد افراد	درصد	
*N.S	۰/۰۵	۶۴	۳۰/۸	۶۳/۲	۳۳/۱	احساس خواب آلودگی یا حملات خواب به هنگام روز
<۰/۰۱	۷/۶۰	۴۱/۳	۱۹/۸	۵۰/۱	۲۶/۷	اشکال در به خواب رفتن
<۰/۰۱	۱۳/۶۶	۲۴/۶	۱۱/۶	۳۵/۶	۱۸/۷	بیدار شدن از خواب بیش از یک بار
<۰/۰۱	۲۴/۶۴	۱۶/۹	۸/۱	۳۰/۵	۱۶/۱	دیدن کابوس به طور مکرر (دیدن مکرر خواب‌های وحشتناک)
<۰/۰۱	۵/۴۶	۹/۶	۴/۶	۱۴/۶	۷/۷	اختلال وحشت خواب
<۰/۰۵	۴/۹۲	۷/۱	۳/۴	۱۱/۳	۶/۰	اختلال خواب‌گردی (راه رفتن در خواب)
*N.S	۰/۰۹	۲۶/۴	۱۲/۷	۲۷/۴	۱۴/۴	حرف زدن در خواب
<۰/۰۱	۶/۳۰	۲/۸	۱/۳	۶/۳	۳/۲	تشنج در خواب
*N.S	۲/۱۹	۱۶/۵	۷/۷	۲۰/۴	۱۰/۱	فلج خواب
<۰/۰۵	۵/۳۲	۲۰/۷	۹/۶	۲۷/۳	۱۳/۵	خرخر کردن در حین خواب
<۰/۰۱	۶/۷۰	۷/۳	۳/۰	۱/۳	۵/۲	آپنه تنفسی (قطع مکرر تنفس در حین خواب)

\* غیر معنی دار

جدول ۴: مقایسه شیوع اختلالات خواب در دو جنس

p-value	$\chi^2$	زنان		مردان		اختلال خواب
		تعداد افراد	درصد	تعداد افراد	درصد	
<۰/۰۱	۱۴/۳۸	۶۹/۱۵	۳/۶۱	۵۷/۴۳	۲۷/۸	احساس خواب آلودگی یا حملات خواب به هنگام روز
N.S	۱/۹۸	۴۸/۱۸	۲/۵۲	۴۳/۵۸	۲۱/۴	اشکال در به خواب رفتن
N.S	۰/۱۵	۲۹/۶۹	۱/۵۵	۳۱/۰۲	۱۴/۸	بیدار شدن از خواب بیش از یک بار
N.S	۲/۲۶	۲۶/۰۵	۱/۳۶	۲۱/۸۱	۱۰/۶	دیدن کابوس به طور مکرر (دیدن مکرر خواب‌های وحشتناک)
N.S	۰/۰۲	۱۲/۴۲	۶/۵	۱۱/۹۵	۵/۸	اختلال وحشت خواب
N.S	۰/۳۸	۹/۹۰	۵/۲	۸/۵۸	۴/۲	اختلال خواب‌گردی (راه رفتن در خواب)
N.S	۳/۵۳	۲۴/۳۷	۱/۲۷	۲۹/۸۳	۱۴/۵	حرف زدن در خواب
N.S	۲/۵۶	۵/۷۳	۲/۹	۳/۳۸	۱/۶	تشنج در خواب
N.S	۰	۱۸/۶۲	۹/۲	۱۸/۴۱	۸/۶	فلج خواب
<۰/۰۱	۱۴/۱۱	۱۹/۰۶	۹/۴	۲۹/۶۷	۱۳/۸	خرخر کردن در حین خواب
N.S	۰/۲۴	۹/۵۲	۴/۲	۱۰/۸۱	۴/۰	آپنه تنفسی (قطع مکرر تنفس در حین خواب)

## بحث

عمومی بیشترین فراوانی را دارند (۶۴ درصد و ۴۱/۳ درصد). به نظر می‌رسد که اکثر افراد جامعه به نوعی با این دو مشکل مربوط به خواب دست و پنجه نرم می‌کنند. مگی و همکاران نیز در تحقیقی به سال ۱۹۹۸ شیوع بی‌خوابی را در جمعیت عمومی بزرگ سال برابر با ۳۶ درصد در مردان و ۵۴ درصد در زنان گزارش کرده‌اند (۴).

اوهایون و همکاران در ۱۹۹۷ در پژوهشی روی افراد بالاتر از ۱۴ سال شیوع اختلال بی‌خوابی را ۳۷/۲ درصد گزارش کردند که در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر شاخص نسبتاً پایینی است (۱۱). البته با توجه به این که کیفیت و کمیت خواب علاوه بر وضعیت فیزیولوژیک بدن از بسیاری عوامل دیگر روان‌شناختی و اجتماعی و به ویژه سبک زندگی افراد تأثیر می‌پذیرد (۱۲، ۱۳، ۱۴)، وجود تفاوت در شیوع اختلالات مربوط به آن در جوامع مختلف امری غیرمتظره نیست.

در پژوهش حاضر شیوع کلی اختلالات خواب در جمعیت عمومی ۳۵/۲۲ درصد به دست آمد. این مقدار شیوع بیشتر از شاخصی است که هوچسترز در مطالعه خود به سال ۱۹۹۳ در زوریخ گزارش کرده است (یعنی ۲۶/۲ درصد جمعیت عمومی) (۵). تفاوت بین این دو شاخص مربوط به شیوع، احتمالاً به تفاوت موجود در نوع اختلالات خواب بررسی شده و نیز به تفاوت در سبک زندگی افراد در دو جامعه و متغیرهای دیگری باز می‌گردد که می‌توانند در نظم طبیعی خواب و بیداری افراد تأثیر بگذارند. توماس راس نیز طی مقاله‌ای در ۲۰۰۱ می‌نویسد که دامنه شیوع اختلالات خواب در جمعیت عمومی از ۱۰ تا ۵۰ درصد را شامل می‌شود (۶).

مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، احساس خواب آلودگی به هنگام روز و اشکال در به خواب رفتن، دو نوع اختلالی هستند که در جمعیت

دیدن مکرر کابوس یا همان خواب‌های وحشتناک نیز یکی دیگر از اختلالات خواب است که شیوع آن در جمعیت عمومی در پژوهش حاضر ۱۶۷۹ درصد به دست آمد (جدول ۳). البته منابع معتبر روان‌پزشکی می‌نویسند که حدود ۵۰ درصد افراد هر از گاهی کابوس می‌بینند، اما این پدیده وقتی به صورت یک اختلال روان‌پزشکی مطرح می‌شود که به طور مکرر رخ دهد و منجر به بیدار شدن خواب بیننده شود (۱ و ۱۰). یکی دیگر از اختلالات خواب که در پژوهش فعلی میزان بالایی از شیوع را نشان می‌دهد «حرف زدن در خواب» است. البته حرف زدن در خواب جنبه آسیب‌شناختی کمتری دارد و در منابع علوم رفتاری به عنوان یافته‌ای شایع از آن یاد می‌شود و نیازی به درمان نیز ندارد (۱). پژوهش حاضر شیوع حرف زدن در خواب در جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال را برابر ۲۶/۴ درصد نشان داد (جدول ۳). از دیگر اختلالات خواب که شیوع بیشتری نشان دادند می‌توان به فلج خواب (۱۶۷/۵ درصد)، اختلال وحشت خواب (۹/۶ درصد)، آپنه یا همان اختلال انسداد تنفس حین خواب (۷/۳ درصد)، اختلال خواب‌گردی یا همان راه رفتن در خواب (۷/۱ درصد) اشاره کرد. شیوع آپنه خواب انسدادی طبق مطالعه مارک هووالد در جمعیت کلی نسبتاً بالا است (۲٪ در زنان و ۴٪ در مردان) (۱۵).

در پژوهش حاضر معلوم شد که داروهای خواب‌آور در هر گروه از آزمودنی‌ها (گروه جمعیت عمومی و گروه بیماران روان‌پزشکی) مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما فراوانی افرادی که از این داروها استفاده می‌کنند، بسته به نوع دارو در دو گروه آزمودنی‌ها فرق می‌کند. با مراجعه به جدول ۲ ملاحظه می‌شود که داروهای کلوناریام، آمی‌تریپتیلین، فلورازپام و لورازپام در گروه بیماران روان‌پزشکی به مراتب بیشتر از جمعیت عمومی مصرف می‌شود و از طرف دیگر دیازپام، آنتی‌هیستامین‌ها، استامینوفن داروهایی هستند که در گروه جمعیت عمومی به مراتب بیشتر از بیماران روان‌پزشکی استفاده می‌شوند. برخی از این داروها در اصل برای درمان بی‌خوابی انتخاب نمی‌شوند اما با توجه به این که اثرات خواب‌آوری زیادی نیز دارند، ممکن است چرخه خواب و بیداری فرد مصرف‌کننده را به هم بزنند. سالمندان معمولاً داروهای متعددی برای مشکلات جسمی مصرف می‌کنند که موجب اختلال خواب می‌شود (۱۶).

در مقایسه کلی بین دو گروه آزمودنی‌ها ۱۲۸ نفر از گروه بیماران روان‌پزشکی (۲۴/۱۰ درصد) به نوعی از داروهای خواب‌آور استفاده می‌کردند، در حالی که این مقدار برای گروه جمعیت عمومی برابر با ۴۴ نفر است (۹/۱۲ درصد). صرف نظر از این که مصرف داروهای خواب‌آور در دراز مدت منجر به بروز اختلال در نظم طبیعی خواب می‌شود یا نه، این قسمت از یافته‌های پژوهش فعلی هماهنگ با نتایج پژوهش سپالا و همکاران در ۱۹۹۷، مگی و همکاران در ۱۹۹۸ و اوهایون و همکاران در ۱۹۹۷ است. در هر مورد از این پژوهش‌ها دیده شده که مصرف داروهای خواب‌آور در افرادی که مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی یا جسمی هستند به مراتب بیشتر از افراد سالم است و حتی این محققان به وجود ارتباط یا همبستگی بین مصرف داروهای خواب‌آور و شدت شیوع اختلالات خواب اشاره کرده‌اند (۴، ۱۱ و ۱۳).

یافته‌های پژوهش حاضر این فرضیه را که شیوع اختلالات خواب در بیماران روان‌پزشکی بیشتر از جمعیت عمومی است، تأیید می‌کند. در این پژوهش به استثنای سه مورد از اختلالات بررسی شده مربوط به خواب (احساس خواب آلودگی به هنگام روز، حرف زدن در خواب و فلج خواب) سایر اختلالات خواب همگی به طور معنی‌داری (اغلب با  $p < 0/01$  و فقط دو مورد با  $p < 0/05$ ) در گروه بیماران روان‌پزشکی شایع‌تر از جمعیت عمومی بودند (جدول ۳). لیندبرگ و همکاران نیز در پژوهش خود در ۱۹۹۷ به نتایجی همسو با یافته‌های این قسمت از پژوهش ما دست یافته بودند (۳). نتایج حاصل از تحلیل آماری با معذور کای، این فرضیه را که شیوع اختلالات خواب در جنس مؤنث بیشتر از جنس مذکر است، به جز در یک مورد (احساس خواب آلودگی یا حملات خواب به هنگام روز) تأیید نکرد (جدول ۴). تنها اختلال خواب که به طور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان دیده شد «احساس خواب آلودگی به هنگام روز» بود ( $p < 0/01$ ). این در حالی است که برخی منابع روان‌پزشکی و علوم رفتاری به مواردی از اختلالات خواب اشاره کرده‌اند که در یکی از دو جنس بیشتر از دیگری دیده می‌شود (۱۴). طبق مطالعه کرلی بانلدز بی‌خوابی اولیه در زنان شایع‌تر است (۱۶).

به نظر می‌رسد که یافته پژوهش فعلی مبنی بر این که زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان در طول روز احساس خواب آلودگی می‌کنند ( $p < 0/01$ ) یافته‌باتثباتی باشد. مگی و همکاران نیز در پژوهش خودشان در ۱۹۹۸ به نتیجه مشابهی دست یافتند و دریافتند که جنسیت مؤنث احتمال ابتلا به بی‌خوابی و عدم رضایت از خواب را به طور معنی‌دار افزایش می‌دهد (۴). لیندبرگ و همکاران نیز در پژوهشی که در ۱۹۹۷ بر روی ۵۲۹ نفر از جمعیت عمومی ۲۰ تا ۴۵ ساله انجام دادند، متوجه شدند که هرچند میانگین مدت زمانی که زنان به طور کلی برای خواب صرف می‌کنند بیشتر از میانگین آن در مردان است، اما زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان احتیاج به خوابیدن پیدا می‌کنند (۳). روزکایند نیز در پژوهش خود در ۱۹۹۲ گزارش کرده است که اختلال خواب در زنها بیشتر از مردها دیده می‌شود و شکایت از خواب با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد (۱۵ و ۱۶).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر که با نتایج پژوهش روزکایند مبنی بر افزایش شکایت از خواب توأم با افزایش سن (۱۷) هماهنگی دارد این است که بیدار شدن‌های مکرر شبانه یا همان بیدار شدن از خواب بیش از یک‌بار رابطه معنی‌داری با افزایش سن آزمودنی‌ها دارد ( $\chi^2 = 55/55$  و  $p < 0/01$ ). سه اختلال دیگر خواب (احساس خواب آلودگی به هنگام روز، اشکال در به خواب رفتن و دیدن مکرر کابوس) رابطه معنی‌داری با افزایش سن آزمودنی‌ها نشان ندادند.

به طور کلی، از مجموع یافته‌های این بررسی و تحقیقات گذشته می‌توان دریافت که اختلالات خواب به هر علتی که به وجود آمده و تداوم داشته باشند، شیوع بالایی دارند و با توجه به ارتباط متقابل بین بهداشت خواب و سلامت عمومی افراد، درمانگران در هر حیطه و تخصصی که فعالیت می‌کنند، بهتر است اختلالات خواب مراجعان

شناسایی، و مهمتر از همه، قابل درمان پدید می آید (۱۸). در درمان بسیاری از این اختلالات پزشکان عمومی نیز می توانند سهیم باشند.

خود را مد نظر قرار دهند. عدم شناسایی و درمان اختلالات خواب می تواند پیامدهای ناگوار فردی و اجتماعی برای بیمار داشته باشد. اختلالات خواب تقریباً همیشه ناشی از اختلالات خاص، قابل

## References

1. Kaplan HL, Sadock, BL. Synopsis of psychiatry, 9th ed. Williams & Wilkins, New York, 2003; PP:756-760.
2. Sadock B, Sadock V: Pocket handbook of clinical psychiatry, 3rd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2001; P:208.
3. Lindberg E, Janson C, Gislason T, et al: Sleep disturbances in a young adult population: can gender differences be explained by differences in psychological status? Jour. Sleep, 1997; 20 (6): 381-7.
4. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N: sleep complaints in community – dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. Jour Am Geriatr. Soc, 1998; 16(2): 161-8.
5. Hochstrasser B: Epidemiology of sleep disorders. Ther. Umsche, 1993; (10): 679-83.
6. Roth T: New developments for treating sleep disorders. Jour. Clin. Psychiat. Memphis. 2001; 62:3.
7. Brown KI, Adrich MS, Robinson EAR: Insomnia, self medication, and relapse of alcoholism. Am. J.Psychiatry 2001; 158; 399-404.
8. Lavie P: The enchanted world of sleep. Journal of American Psychiatry, 2000; 157(7): 1190.
9. Kay J, Tasman A: A companion to psychiatry. Saunders, Philadelphia, 2000; P:460.
10. American Psychiatric Association: DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed), Washington DC: APA, 1994.
11. Ohayon MM, Caulet M, Priest RC, Guilleminault C: DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. Br. J. Psychiatry, 1997; 171: 382-8.
۱۲. دیلوکالات ج: روان شناسی فیزیولوژیک. ترجمه بیابانگرد ع، علیپور آ. جلد اول، چاپ اول، انتشارات دانشگاه شاهد، تهران ۱۳۷۳، صص ۴۰۹ تا ۴۶۴.
13. Seppala M, Hyypya MT, Impivaare O: Subjective quality of sleep and use of hypnotics in an elderly urban population. Aging. Milano. 1997; 9(5): 327-34.
14. Sadock B, Sadock V: Comprehensive textbook of psychiatry, 7th ed. Lippincott, Williams and Wilkins, Baltimor, PP: 1680-2000.
15. Mark. W Mahowald, What is causing excessive daytime sleepiness Symposive , Postgrad Med. Vol 107/Nos / March 2000.
16. Curley L Bonds, SLeeping Disorders, eMedicine Continued Education, Nov. 7. 2002, University of California.
17. Rosekind MR: The epidemiology and occurrence of insomnia. Jour. Clin. Psychiat, 1992; 53: 4-6.
18. Mark W Mahowald, sleep disorders, Postgrad Med. 2000; 107(3): 107. University of Minnesota Medical Center, Minneapolis.