مبانی نظری نظری وپیشینه تحقیق اختلالات خواب

فصل دوم : ادبيات پژوهش
مراحل خواب طبيعي
الگوي EEG در خواب NON REM
EEG در مرحله‌ي دوم (STAGE II)
مرحله‌ي چهارم خواب (STAGE IV)
الگوي EEG در خواب REM
اختلال خواب
طبقه بندي كلي اختلالات خواب
بدخوابي يا ديس سومنيا
اختلالات داخلي – روانپزشكي و خواب
اختلالات فرضي يا طبقه بندي نشده‌ي خواب
انواع اختلالات خواب
1- بي‌خوابي
حمله ي خواب ( ناركوپسي)
خر خر
سندرم پاهاي بي‌قرار
وقفه‌ي تنفسي ( آپنه)
بررسي نظريات موجود ، پيرامون خواب
نظريات برخواسته از ديدگاه روان شناسي
نظريات برخواسته از ديدگاه زيست پزشكي و عصب شناسي
نظريات برخواسته از فلسفه و عرفان
1- دانشمندان علم روانشناسي
تعبير خواب از ديدگاه فرويد ( روان كاوي)
صرفه جويي و ذخيره انرژي در زمان خواب
بررسي آيات و احاديث ،‌پيرامون خواب
پيشينه‌ي پژوهش
مطالعات مشابه داخلي
پراكندگي اختلال
آپنه‌ي خواب
سندرم پاي بي‌قرار
كابوس شبانه
راه رفتن در خواب
افراد فاقد اختلال
نتايج حاصل از مقايسه‌ي دموگرافيك
مطالعات مشابه خارجي

|  |  |
| --- | --- |
| درخواب بدم مرا خردمندي گفت  |  |
|  | گر خواب كي را گل شادي نشكفت  |
| كاري چه كني كه با اجل باشد جُفت  |  |
|  | خوش باش كه زير خاك بايد خُفت  |

مسأله‌ي خواب و بيداري و پديده‌هاي ديگر آن از مسائلي هستند كه ساليان دراز فكر بشر را به خود سرگرم ساخته است. نقش مهم و قابل توجهي كه خواب در زندگي انسان دارد ، از زمان‌هاي خيلي قديم شناخته شده است .

 آنچه تا كنون مشخص گشته آن است كه خواي روي سيستم تنفس ، قلب و عروق ، فشار خون ، درجه حرارت بدن تونوس عضلات و ترشح هورمون‌ها تاثير بسزايي دارد . از همه مهمتر با ابداع نوار مغزي ( EEG) توانستند خواب را به 2 مرحله‌ي NONREM , REM تقسيم كنند كه درمرحله‌ي NONREM در مقايسه با حالت بيداري فعاليت مغزي كاهش پيدا مي‌كند . ولي درمرحله‌ي REM ،‌مغز شروع به فعاليت درحد بيداري مي كند .

 و در اين مرحله است كه سرعت سنتز پروتئين و ايبونوكلئيك سازي افزايش مي يابد . هر چند خواب سبب آرامش و آسايش انسان مي شود ،‌ولي هميشه اين حالت طبيعي وجود ندارد .

انسان پس از يك خواب عميق ، شاداب و سبك بال از خواب برمي‌خيزد و دوباره آماده كار و كوشش روزانه مي‌شود . (مورين ، 1379، 6-204)

اتفاقي نيست كه اوصاف شگفت‌آوري به خواب نسبت مي دهند و خواب را براي سلامتي مفيد مي‌دانند و از آن به عنوان نيروي مولّدانرژي ،بهبود بخش و آرام كننده ياد مي‌كنند به هر حال خواب حالتي آشنا و غير قابل توصيف است كه درآن هوشياري شخص به حالت تعليق در مي آيد .

 اين مسأله ، غير عادي يا غير طبيعي نبوده و از اين رو با پديده‌هاي غير طبيعي ارتباط ندارد .

 بدون شك همان گونه كه اشكال غير طبيعي در هوشياري شخص بيدار داريم ، در زمينه‌ي خواب هم بي‌نظمي و اختلال بروز مي‌كند ما ثلث زندگاني خود را در خواب مي ‌گذرانيم . در اكثر فرهنگ‌ها ، داستان‌هاي زيادي در مورد خواب نوشته شده است ،‌نويسندگان هم در خلق آثاري در اين زمينه كوشا بودند .( خليلي1384، 27-1)

تريس رام شندي[[1]](#footnote-1) بي‌خوابي فوايد رواني و فيزيولوژيك خواب را بيان مي‌كند :

« خواب مأمن فرد بيچاره است ، حق انتخاب زنداني است ،‌آغوش گرم نااميدان ،‌فرسودگان و قلب شكستگان است . در ميان تمام نعمت‌هاي دلپذير طبيعت ،‌ارزانترين آن است ،‌براي انسان يك خوشبختي به حساب مي آيد زيرا كه تمام اضطراب‌ها و ناملايمات روز در زمان خواب به پايان مي‌رسد . ( علي خواه، 1371، 5-31)

شكسپير درباره خواب مي‌گويد :

 « خواب خادم ثانوي ضيافت درخشان طبيعت و غذاي اصلي سفره زندگي است »

از ميان بزرگان شرقي و ايراني ، خيام و اوحدي و نيز ابن سينا به نظر پردازي پيرامون خواب ، پرداخته‌اند از ميان آنان گروهي مانند خيام و اوحدي خواب را برادر مرگ مي پنداشتند .( النوم اخ الموت ) .

 اوحدي دراين باره گفته :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عز ناخفتن ارتو هستي كس  |  | نص يا ايها المزمّل بس  |
| شور از آب چشم بيداري  |  | به زبان چشم سخن جاري  |
| خواب را گفته‌اي برادر مرگ  |  | چون نخسبي همي زني درمرگ  |
| دل شب زنده‌دار زنده شور  |  | قالب مرده ، سرافكنده شور |
| خواب ، خون در بدن فسرده كند  |  | زندگاني را رنگ مرده كند  |
| جز شب تيره نيست آن ظلمات  |  | كه در او يافتند آب حيات  |
| نشود آب زندگي ريزان  |  | مگر از ديده‌ي سحر خيزان |

در پايان لازم است اشاره كنيم كه خواب فرايندي است كه اهميت آن باعث تاثيرات چشمگيري در فعاليت‌هاي روزمره‌ي انساني شده و در قرآن نيز آمده است كه آن مايه‌ي استراحت و موثر در آرامش و روح و روان مي‌باشد : «وهوالذي جعل لكم اليل لباساً و النوم سباتاً » : (او كسي است كه شب را براي شما پرده‌ پوش و خواب را مايه‌ي استراحت و آرام بخش ‌گرداند .) فرقان 47

مراحل خواب طبيعي : ***NORMAL SLEEP STYLE***

براي خواب 5 مرحله در دو مكانيزم فيزيولوژيك متناوب شرح داده شده است . درهر مرحله‌ي فعاليت الكتريكي مغز ، به صورت سيكل‌هاي سازمان يافته و تكرار شونده كه از آن به عنوان معماري خواب ياد مي شود نمايان مي گردد .

 اين يافته‌ها ، ديگر عقايد گذشته را كه خواب يك حالت غير فعال و صرفاً مُنفَعِل[[2]](#footnote-2) و ناشي از خستگي كار روزانه و بازتاب كاهش فعاليت‌هاي محيطي مي‌دانست ، كنار گذاشته است .و بيشتر درتأئيد اين مطلب است كه خواب و كما داراي پايه‌ي آناتومي – فيزيولوژيك واحدي است هر چه مراحل الكترو فيزيولوژيك خواب ، پيشرفت مي‌كند ، خواب نيز عميق‌تر شده و اين مطلب را مي‌رساند كه بيدار كردن مستلزم ، تحريكات شديدتري است خواب يك حالت فعال و پيچيده است و از مراحل 4 گانه‌ي خواب بدون حركات سريع چشم NONREM SLEEP و خواب با حركات سريع چشم REM SLEEP تشكيل شده است . (نجفي 1379، 71- 104)

 خصوصيات بيداري ومراحل خواب ، از طريق ارزيابي‌هاي فيزيولوژيك بوسيله‌ي ، پلي سومنوگرافي مشخص مي شود ، در پلي سومنوگرافي ، خواب براساس اكتروآنسفاسوگرام (EEG) الكترواكولوگرام (EOG) يا نوار الكتريكي حركات سريع چشم و الكتروميوگرام، از عضله‌ي چانه[[3]](#footnote-3) تفسير مي‌شود .

**الگوي *EEG* در خواب *NON REM***

از مشخصات مرحله‌ي اول خواب NON REM ، (STAGEY) در EEG پيدايش امواج با ولتاژ پايين و فركانس مختلط و نيز حركات ‌آميخته‌ي چرخش چشم‌هاست .

 در اين مرحله ، واكنش ، نسبت به تحريكات خارجي كم شده ،‌ولي مغز فرد كار مي‌كند .

جهت يابي دراين مرحله ،‌نسبتاً مختل است .

 ***EEG* در مرحله‌ي دوم *(STAGE II)***

از يك زمينه با ولتاژ به طور متوسط پايين تشكيل شده است كه همراه با دوك‌هاي خواب[[4]](#footnote-4) ،‌كه به صورت امواج حمله‌اي نيم تا دو و ثانيه‌اي با فركانس 12-14 Hz و همچنين مجموعه‌هاي K بوجود آمده است .

 مجموعه‌ي K [[5]](#footnote-5)عبارتست از يك موج نوك تيز و كند كه در آن ابتداي امواج منفي و جزء‌بعد آن مثبت خواهد بود مرحله‌ي سوم خواب (STAGE III)

 شامل فعاليت‌هاي تتا با فركانس 0-7 سيكل در ثانيه و دلتا با فركانس 3-1 سيكل در ثانيه همراه با ولتاژ بلند مي باشد . در اين مرحله ، مجموعه‌هاي K و دوك‌هاي خواب نيز بطور پراكنده ديده مي‌شود . ( همان منبع )

**مرحله‌ي چهارم خواب *(STAGE IV)***

مشابه مرحله ي 3 بوده ، بجز اينكه دراين مرحله امواج بلند دلتا ، دست كم 50% EEG را اشغال كرده است دوك‌هاي خواب نيز كم است يا اصلاً وجود ندارد .

 مراحل 3و 4 خواب ، اغلب با يكديگر تركيب شده ، از آن به عنوان خواب دلتا[[6]](#footnote-6)يا خواب با موج آهسته يا خواب عميق ياد مي شود .

 ضربانات قلب و نيز تعداد تنفس در مرحله‌ي 2 خواب[[7]](#footnote-7) NON REM منظم و تنها ،مختصري كاهش يافته است . منتها با عميق‌تر شدن خواب ، ضربان قلب و تنفس آهسته‌تر شده ولي در هر حال به صورت منظمي ثبت مي شود .

 در زمان خواب NON REM چنانچه EMG چانه به عمل آيد انقباضات تونيك همراه با ارتفاع متوسطي نشان مي‌دهد ، منتها ميزان آن نسبت به بيداري كامل كمتر است .

 **الگوي *EEG* در خواب *REM***

 شامل فعاليت‌هايي است كه از لحاظ فركانس بيشتر مختلط بوده و ولتاژ آنها پايين است و بيشتر مشابه مرحله‌ي 1 خواب NON REM است از فعاليت هاي منحصر به فرد خواب REM ، پيدايش امواجي است كه ولتاژ آن بطور متوسطي بالا بوده ،‌شكل موج 3 گوش[[8]](#footnote-8) و فركانس آن 5-3 سيكل در ثانيه است و از آنها به عنوان امواج دندانه اره‌اي[[9]](#footnote-9) ياد مي شود . در خواب REM فعاليت انقباض تونيك در الكترو ميوگرافي (EMG) چانه ،‌ديده نمي شود يا به مقدار قابل ملاحظه‌اي كم شده است . ضمناً اين شارژهاي فازيك ، از فعاليت عضلاني به صورت نامنظم و حمله‌اي به وجود مي آيد .

 كاهش فعاليت EMG بازتاب فلج عضلاني است و به علت مهارفعالي است كه در فعاليت عضله به هنگام خواب REM بوجود مي آيد . (سيف ، بهزاد ، 1381، 61- 249)

 خواب NON REM با خواب REM در فواصل 100-85 دقيقه به صورت متناوب تكرار مي‌شود. فرد بالغ طبيعي و سالم در عرض 10 دقيقه به خواب مي‌رود و بطور طبيعي به ترتيب مراحل I و II و III و IV را طي مي كند . و سپس از مراحل IV و III و II برمي‌گردد . ( همان منبع)

 بعد از اولين دور ، خواب REM به وجود مي آيد . اين الگوي خواب طبيعي 5- 3بار تكرار مي‌شود به طور مشخص مراحل III و IV در نيمه‌ي اول يك دوره خواب بارزتر است و خواب REM هم از لحاظ شدت و هم از لحاظ مدت زمان به هنگام نيمه‌ي دوم خواب شبانه افزايش مي‌يابد .

در خواب REM ضربات قلب و تنفس به طور نامنظم افزايش مي يابد و روياهاي شفاف نيز بوجود مي آيد نوزادان % 50 خواب خود را به شكل خواب REM سپري مي كنند (‌البته خصوصيات EEG و حركات چشم آنها ، متفاوت از بالغين مي باشد .)

 هر سيكل خواب نوزاد 60 دقيقه ( 50% REM و 50% REM NON بوده كه هر 4-3 ساعت به طور متناوب و در فواصل شير خوردن تكرار مي شوند ) به دراز كشيده و بالا بالارفتن سن ، سيكل خواب به 100- 90 دقيقه افزايش مي‌يابد .

در افراد بالغ جوان 25-20 % كل خواب در خواب REM و 5-3 % در مرحله‌ي اول ، 60- 50% در مرحله‌ي دوم و 20-10% در مراحل سوم و چهارم سپري مي‌گردد .

 با افزايش سن از مقدار خواب و مراحل 3-4 كاسته و افراد مسن ( بالاي 70 سال ) عملاً فاقد خواب مرحله‌ي 4 بوده و مرحله 3 خواب آنها نيز كم است .

 سيكل 100-90 دقيقه در هر فردي ثابت و به شكل غير محسوسي در حركات معده‌اي روده‌اي ،‌گرسنگي ، درجات هوشياري و قدرت فعاليت شناختي زمان بيداري شركت دارد ( شكل 1)

 خواب REM (‌نواحي تيره‌ي شكل ) به طور دوره‌اي در سرار شب و درفواصل تقريباً 90 دقيقه‌اي و در تمام گروه‌هاي سني بوجود مي آيد . خواب REM تغييراتي اندكي در گروه‌هاي سني متفاوت نشان مي‌دهد .

 در حالي كه مرحله‌ي 4 خواب با سن كم مي‌شود .

**اختلال خواب :**

 هر فرد در طول زندگي تجربه‌ي زيادي با خواب و مشكلات آن پيدا مي‌كند . در اين رابطه نيازي نيست كه تاكيدي جهت درك و فهم ارزش خواب در رفاه و تندرستي صورت گيرد .

 اختلالات خواب از شايعترين شكايات بيماراني است كه به پزشك مراجعه مي كنند . بالغين در كشورهاي صنعتي دچار يكي از انواع اختلالات خواب به صورت گذرا يا دائمي هستند .( نجفي ،1379 ، 53-27)

 فعاليت‌هاي روزمره ، بطور مستقيم يا غير مستقيم تحت تاثير مشكلات خواب قرار دارند بيماري‌هاي خواب هم مي توانند در ايجاد اختلالات طبي و رواني نقش داشته باشند و هم در اثر آن‌ها بوجود آيند .

 بيست سال پيش بسياري از اين شكايات را با داروهاي خواب آور ، درمان مي كردند بدون آنكه بررسيهاي تشخيصي بيشتري به عمل آورند (همان منبع)

 ابتدا طبقه بندي اوليه اختلالات خواب در سال 1979 در مجله‌ي خواب منتشر شد . اين بيشتر يك طبقه بندي عملي و كاربردي بود ، و پيرامون علائم اصلي بي‌خوابي و پرخوابي دور مي زد . هر چند در رابطه‌ي با اختلالات مراحل خواب و نيز پاراسومنيا قسمت‌هاي خاصي منظور شده بود .بعد از آن طبقه بند‌ي‌هاي بياني ديگري كه براي پزشكان مفيد بود مطرح شد . در سال 1990 طبقه‌بندي بين‌المللي اختلالات خواب ، با تكيه بر جنبه‌هاي پاتوفيزيولوژي آن مطرح شد .

**طبقه بندي كلي اختلالات خواب**

 اختلالات خواب شامل 4 مقوله ي مهم است .

1. بدخوابي‌ها يا ديس سومنياها[[10]](#footnote-10)
2. پاراسومنياها [[11]](#footnote-11)
3. اختلالات داخلي – روانپزشكي و خواب
4. اختلالات طبقه بندي ، شده فرضي خواب [[12]](#footnote-12)

**بدخوابي يا ديس سومنيا:**

 از مشخصات آنها بروز اختلال در كيفيت ، مقدار يا زمان خواب بوده و شامل موارد زير است .

1. اختلال دروني خواب[[13]](#footnote-13)،‌كه منطبق بر اختلالات اوليه خواب است و باعث بي‌خوابي يا پرخوابي مي‌شود و مي تواند بازتاب مسائل داخلي شخص باشد .
2. اختلالات بروني خواب[[14]](#footnote-14) :شامل عوامل خارجي مي‌شود كه روي بدن تاثير گذارده و اختلالات خواب را موجب مي‌شود .
3. اختلالات ريتم شبانه‌روزي ، 24 ساعته و سير كاردين ، كه ناشي از تغييرات بوجود آمده در رابطه با ريتم سير كاردين مي شود.
4. پاراسومنيا طبق تعريف عبارت است از بروز پديده‌هاي نامطلوب فيزيكي كه عمدتاً در زمان خواب بوجود مي آيد و به 4 گروه تقسيم مي‌شود .
5. اختلالات برانگيختگي[[15]](#footnote-15) مثل : خواب گروهي ،‌ وحشت خواب و بيدار شدن با مَنگي[[16]](#footnote-16)
6. اختلالات زمان انتقال خواب – بيداري كه شامل اتفاقاتي مي‌شود كه درمرحله‌ي عبور بيداري به خواب بروز مي‌كند .
7. پاراسومنيا مرتبط با REM
8. ساير پاراسومنياها كه عبارت از يك گروه متفرقه از پديده‌هاي مرتبط با خواب است . ( خليلي 1384، 49-34)

**اختلالات داخلي – روانپزشكي و خواب :**

به زير گروه‌هاي زير تقسيم مي شود :

1) اختلالات رواني 2) اختلالات عصبي 3) ساير اختلالات طبي

 هر تشخيصي يك شماره رمز يا كد دارد كه مطابق پيشنهاد بين‌المللي بيماري‌هاست و در گزارشات پزشكي به آن استفاده مي‌شود .

**اختلالات فرضي يا طبقه بندي نشده‌ي خواب [[17]](#footnote-17):**

اين اختلالات بطور دقيق ، طبقه بندي يا تعريف نشده است از جمله آنها مي‌توان به كم خواب‌ها و پرخواب‌ها و ميوكلونوس شبانه اشاره نمود . افراد با خواب زياد يا كم ،‌كساني هستند كه بطور اصولي نياز به خواب كوتاه يا مفيد دارند.

 همچنين ميوكلونوس ياد شده ،‌شامل بسياري حركات شبه كششي است كه در قسمت‌هاي مختلف بدن موقع خواب بروز مي‌كند .(اختلالات خواب ،نجفي1379/39-1)

**انواع اختلالات خواب**

* 1. **بي‌خوابي[[18]](#footnote-18) :**

اصطلاح بي‌خوابي درمواردي بكار مي رود كه شخص از يك نشانه‌ي اختلال كه دراين مورد ناخشنودي از مقدار يا كيفيت خواب است ،‌شكايت داشته باشد (اتكينسون وهمكاران ، 1384، 372)

قضاوت در اينكه فرد دچار بي‌خوابي هست يا نه تقريباً هميشه ، امري ذهني است . بيشتر افراديكه از بي‌خوابي شكايت دارند ،هنگام بررسي درآزمايشگاه خواب ، معلوم مي‌شود خواب كاملاً عادي دارند .

 برعكس ،برخي ديگر كه از بي‌خوابي شكايتي ندارند ،‌بررسي نشان مي‌دهد كه در حد قابل تشخيص دچار اختلال خواب هستند[[19]](#footnote-19) .( تريندر، 1988) **.**

يكي از جنبه‌هاي سردرگم كننده در موضوع بي‌خوابي اين است كه مردم معمولاً در ميزان كم خوابي خور اغراق مي‌كنند . در پژوهشي ضمن بررسي خواب افراديكه خود را مبتلا به بي‌خوابي مي دانستند معلوم شد ، تنها در حدود نيمي از آنان به اندازه‌ي 30 دقيقه درطول شب بيدار مي‌مانند (‌كار سكادون[[20]](#footnote-20) ، ميتلر و دمنت[[21]](#footnote-21) 1974)

شايد مسأله اين باشد كه بعضي از مردم ،‌تنها مدت زماني را كه بيدار مانده‌اند به ياد مي آورند و چون از خواب خود هيچ خاطره‌اي ندارند ، تصور مي‌كنند اصلاً نخوابيده‌اند .

**حمله ي خواب ( ناركوپسي [[22]](#footnote-22))**

شخص مبتلا به حمله ي خواب ممكن است در اثناي نوشتن نامه ، هنگام رانندگي ، يا ضمن گفتگو ، به خواب برود اگر دانشجويي دراثناي تدريس استاد به خواب برد ،‌يك امر كاملاً طبيعي است اما اگر خود استاد در حال استاد در حال تدريس به خواب رود ، مي‌توان آن را حمله‌ي خواب به حساب آورد .

افراديكه به اين اختلال دچارند گرفتار حمله‌هاي خواب آلودگي مكرر و مقاومت ناپذير مي‌شوند و در واقع نامناسب به خواب مي‌روند . در موارد شديد حمله‌ي خواب ممكن است هر روز چند بار و هر بار بين 15 تا 30 ثانيه اتفاق بيافتد . افراد مبتلا به حمله‌خواب ، به سبب خواب آلودگي در طول روز ، قادر به ادامه‌ي شغل خود نيستند و رانندگي يا سروكار داشتن آنها با ماشين آلات ، بالقوه خطرناك است .

دست كم يك تن از هر هزار نفر دچار حمله‌ي خواب شديد و ناتوان كننده است و تعداد موارد خفيف و ناشناخته‌ي آن احتمالاً بيشتر است .(همان منبع )

افراد مبتلا به حمله‌ي خواب علاوه بر خواب آلودگي دچار يكي از موارد زير يا هر دومورد مي‌شوند.

 1- خشك زدگي[[23]](#footnote-23) (‌يعني دوره‌هاي ناگهاني ، دو سويه و بازگشت پذير فقدان كشيدگي طبيعي عضلاني كه از چند ثانيه تا چند دقيقه طول مي‌كند ) (‌ملاك الف )

2- يا بروز ناگهاني و عود كننده‌ي عناصر خواب با حركت سريع چشم (REM) در اتتقال بين خواب و بيداري كه با فلج عضلات ارادي يا توهمهاي رويا گونه ظاهر مي شود .( ملاك ب )

 اين نشانه‌ها ، نبايد به اثرات فيزيولوژيك يك ماده ( از جمله دارودرماني ) يابيماري جسمي ديگري مربوط باشد .( ملاك ج ) (DSMIV 897(

اصولاً حمله‌ي خواب در واقع گسترش رويدادهاي (REM) به ساعات روز است . مبتلايان در اثناي حمله‌هاي خواب ،‌ چنان سريع وارد حالت (REM) مي‌شوند كه ممكن است پيش از آنكه فرصت دراز كشيدن پيدا كنند ، كنترل ماهيچه‌هاي خود را از دست بدهند و از حال بروند . به علاوه در اين شرائط كه واقعيت جاي خود را به روياهاي روشن (REM) مي‌دهد ، بسياري از اين افراد گزارش مي‌كنند كه در آن حالت دچار توهماتي بوده‌اند حمله‌ي خواب در خانواده‌ها فراگير است . و شواهدي حاكي از آن است كه ژن‌ خاصي يا تركيبي از ژن‌ها ، استعداد ابتلا به اين اختلال را انتقال مي‌دهد (هابون ، 1988)

**خر خر**

 خر خر ، شايعترين مشكلي است كه هنگام خواب ايجاد مي‌شود . نه تنها اطرافيان بيمار آزورده مي‌شوند بلكه خود او نيز ناراحت و خجالت زده خواهد شد .

 اگر بافت نرم پشت گلو بيش از حد رها باشد ، مسير حلق را مي بندد و هواي خروجي سعي مي كند اين مانع را كنار بزند ، به اين ترتيب بافت مي‌لرزد و صدايي را كه ما مي‌شنويم توليد مي‌كند .

 با بالارفتن سن ، خرخر شديدتر مي‌شود . افراديكه گردن‌هاي كوتاه و پهن دارند ، بيشتر از بقيه خر خر مي‌كنند . چون ماهيچه‌هاي اطراف ناي آن‌ها نمي‌تواند چربي‌هاي دور آن را سرجاي خود نگه دارد .

دليل خر خر كردن ساير افراد ممكن است اين موارد زير باشد .

 سستي عضلات زبان يا حلق ( ماهيچه‌هاي شل باعث خر خركردن مي‌شوند )

 انسداد مجاري بيني (افراديكه مجاري بيني‌اشان تنگ است يا انسداد و يا انحراف بيني دارند معمولاً خروپف مي‌كنند )

 معمولاً اضافه وزن دليل اصلي خرخر است . (‌نجفي 1379- 21-13)

**سندرم پاهاي بي‌قرار**

 بعضي از مردم هنگام خواب احساس مي‌كنند ، پاهايشان مي‌خارد ، درد مي كند يا مي‌سوزد .

 معمولاً اين افراد مجبور مي‌شوند راه بروند ، پاهاي خود را بماند يا پاها را بالا ببرند تا احساس بهتري داشته باشند به احتمال زياد اين يك بيماري ارثي است است چون در نزديكان درجه اول بيمار ، 5 بار بيشتر از ديگران مشاهده مي‌شود .

تغييرات هورموني دوران بارداري هم ، اين علائم را تشديد مي كند .

 ساير موارد اين بيماري اغلب به دليل فقر آهن يا آسيب در پاها روي مي‌دهد .

 مصرف الكل و كافئين باعث بدتر شدن نشانه‌هاي بيماري مي‌شوند.( همان منبع )

**وقفه‌ي تنفسي ( آپنه )**

نام آپنه از يك لغت يوناني گرفته شده است كه به معني ( نياز به تنفس ) است .

 وقتي ماهيچه‌هاي انتهايي زبان و زبان كوچك( بافت كوچك گوشتي كه در انتهاي دهان آويزان است) بيش از حد ، سست باشند، مسير خروج هوا را مسدود مي‌كنند .

 اين اختلال ، الگوي طبيعي تنفس را تغيير مي‌دهد ، گاهي حتي پيش مي آيد كه تنفس بيمار هنگام خواب براي مدت 10 تا 25 ثانيه قطع مي‌شود.

 هنگام وقفه‌ي تنفسي ، سطح اكسيژن خون به طور قابل ملاحظه‌اي پايين مي آيد و اين باعث ترشح هورمونهاي اضطراري مي شود . در اين زمان فسفر يا پيغام ناگهاني صادر مي‌كند كه فرد را بيدار مي‌كند و به او مي‌گويد كه بايد مقدار زيادي هوا به درون شش‌هاي خود بفرستد . (پاول و ليندزي1379، 7-203 )

 ممكن است ، اين اتفاق ، بارها و بارها تكرار شود و حتي ديده شده كه بعضي بيماران تا صبح 350 مرتبه بيدار مي‌شوند و هر بار علائمي چون ، دهاني خشك ، بدني عرق آلود و و سردرد دارند.

 افراد مبتلا به وقفه‌ي تنفسي در خواب ممكن است خرخرهاي خفيفي داشته باشند كه يك شكايت بارز محسوب نمي‌شود . اين مشكل غالباً در افراد خيلي چاق ديده مي‌شود و ممكن است با شكايت از خواب آلودگي زياد يا بيخوابي همراه باشد .( 907 DSM IV)

**بررسي نظريات موجود ، پيرامون خواب :**

 چرا مي‌خوابيم ؟ آيا خواب به منظور استراحت و تجديد قواي بدني است ؟ آيا خواب وظيفه‌ي سازمان بخشي به تجربيات روزمره را به عهده دارد ؟ و يا اينكه خواب به كاركرد مغز نظم مي‌دهد ؟

 ارتباط خواب با وقايع و اتفاقاتي كه در باب منشاء ، اهميت و اثرات خواب ، نظريات متفاوتي ارائه مي‌دهند ، و از اين جهت است كه با يكديگر تفاوت دارند .

 **نظريات برخواسته از ديدگاه روان شناسي :**

 بعضي از روانشناسان رويا را تظاهراتي آشفته و نامنظم از خاطره‌ها و تجربه‌هاي نهفته در حافظه يا مغز انسان مي‌دانند به اين معني كه اين خاطره‌ها بي‌هدف و بي‌قاعده به طور تصادفي و بي‌دليل درخواب تجلي مي كنند و لذا حائز اهميت خاصي نيست. (‌پرواز ، 1384، 25-12)

 نظريه‌ي بالا ، تا پيش از ظهور زيگموند فرويد و كارل گوستا و يونگ عموميت داشت. اما با ظهور فرويد اين ديدگاه پيرامون خواب و رويا از اعتبار افتاد و از آن پس ، اكثريت روانشناسان و روان كاوان ، خواب را پيامي از درون ناخودآگاه انسان دانستند .

 براساس اين نظريه ، خواب‌هاي افراد از لحاظ باليني ، قابل تعبير و تفسير مي‌باشند .

حد متوسط اين عقيده كه مقبول استادان روان شناسي معاصر قرار گرفته اينست كه به احتمال قوي ، رويا براي خواب بيننده ، داراي مفهوم است و ممكن است بوسيله‌ي خود بيننده‌ي خواب يا بوسيله‌ي شخص ثالثي ( روان كاو ) قابل تعبير صحيح باشد .

 تعدادي از نظريه‌پردازان خواب ،روش‌ها و رويكردهايي را پيرامون علل پديد آورنده‌ و چگونگي شكل‌گيري خواب و رويا بيان كرده‌اند و در آن به توضيح و تفصيل اينكه خواب از چه عواملي نشأت گرفته ،بيانگر چه موضوعاتي مي‌باشد ، و در ارتباط با حال يا گذشته مي‌باشد، پرداخته‌اند . ( كياني ، 1384، 27-9)

 اين نظريه‌ها به ترتيب از سوي افراد زير بيان گريده‌اند .

 1- فرويد[[24]](#footnote-24) 2- يونگ[[25]](#footnote-25) 3- آدلر [[26]](#footnote-26) 4- لاوي[[27]](#footnote-27) 5- هال فرنچ[[28]](#footnote-28)

6- اولمن [[29]](#footnote-29) 7- اريكسون[[30]](#footnote-30) 8- وبوس[[31]](#footnote-31)

افراد نام برده از جمله نظريه‌پردازان سنتي پرامون خواب مي‌باشند البته مهمترين ديدگاه‌هاي پيرامون تاثير هشياري و ناهشياري در خواب نيز از سوي مقداري از اين دانشمندان از جمله، فرويد ، يونگ و آدلر مطرح گرديده است.(معنوي ، 1379، 36-29)

**نظريات برخواسته از ديدگاه زيست پزشكي و عصب شناسي :**

 اما علاوه بر ديدگاه روانشناسي ، ديدگاه‌هاي زيستي و بيولوژيكي نيز پيرامون خواب و چگونگي عملكرد آن مطرح گرديده است اين ديدگاه‌ها توسط تحقيقاتي كه در قرون اخير انجام شده و دانشمندان عصب شناس و زيست شناس محقق در اين باره ، به ثبت رسيده است ،‌عنوان مي‌گردد .

 از جمله‌ي اين افراد مي‌توان به نام ‌هايي چون :

 1- جري زيگل[[32]](#footnote-32) 2- هانس برگر[[33]](#footnote-33) 3- گليم نالت[[34]](#footnote-34) 4- ديمنت[[35]](#footnote-35)

5- ناتانيل كليت مند ( پدر تحقيقات خواب ) [[36]](#footnote-36)

6- و همچنين گريفن اشاره كرد[[37]](#footnote-37) (پرواز ، 1384، 9-252)

**نظريات برخواسته از فلسفه و عرفان :**

 نظريه‌پردازي پيرامون خواب و رويا ، خاص قرون جديد و دانشمندان عصر جديد نمي‌باشد ، بلكه از ديرباز فلاسفه و عرفاني بزرگ نيزبه اين مهم ، توجه داشته و تنظراتي را پيرامون شرائط و چگونگي آن ابراز نموده‌اند .

از فيلسوفان غربي باستان ارسطو و از فلاسفه‌ي ايراني ، ابن سينا ، بوضوح در اين باره نظر داده‌اند .( ماس ، جيمز پ ، 1379، 90-176)

از عرفا نيز : ابن عربي درباره خواب و شباهت و تفاوت آن با مرگ سخن گفته است . در ادامه به شرح نظريات ارائه شده درديدگاه‌هاي روان شناسي ، زيست پزشكي و عصب شناسي و نيز بيانات فيلسوفان و عرفا پيرامون خواب ، مي‌پردازيم .

 **1- دانشمندان علم روانشناسي :**

**A**-1)فرويد :( 1870 – 1937)

هر مطالعه‌اي در مورد تحليل‌هاي جديد و مدرن خواب بايد با مطالعه‌ي بنيان گذار آن ، زيگموند فرويد ، روانپزشك اتريشي ، آغاز شود . اين نظريه‌ها ، پايه و اساس تمام تحليل‌هاي امروزي خواب‌ها به حساب مي آيد .

 زيگموند فرويد و كارل يونگ ، هر دو روياها را كنشي بين ناخودآگاه و خود آگاه مي‌انگاشتند . همچنين اعتقاد داشتند كه ناخودآگاه انسان نيروي غالب در روياهاست .

 فرويد بر اين عقيده بود كه سانسور فعال بر ضد ناخودآگاه حتي در روياها نيز نمود دارد . ( پرواز ، 1384، 90-252)

رويا متشكل از دو بخش است .

نخست محتواي آشكار[[38]](#footnote-38): كه در واقع همان رويايي است كه مي‌بينيم . و محتواي نهفته[[39]](#footnote-39) كه همان اميال و آرزوهاي ارضا نشده‌اند كه رويا آنها را به شكل مبدل بازنمايي مي‌كند .

 روياها به تخليه‌ي انرژي مي‌انجامند كه اگر چنين نشود ممكن است باعث تعارضات ميان فردي ، احساس گناه يا اضطراب شوند. تكنيك تحليل رويا كه توسط فرويد مورد استفاده قرار مي‌گرفت تداعي آزاد [[40]](#footnote-40)ناميده مي‌شود . (رجبي ، 1382، 110- 90)

در اين تكنيك رويا بين تشويق مي‌شود تا به مضمون رويا بطور غير مستقيم نظر كند و بيشتر به افكار و احساساتي كه روياها پديد مي‌آورند تامل كرده و آنها را به زبان بياورد .

 خود اين افكار و احساسات مجدداً به افكار و احساسات ديگري منجر خواهد شد و اين روند ادامه مي يابد و سپس رشته‌ي تداعي معاني ثبت شده به رويا بين كمك مي‌كند تا به مضمون نهفته‌ي روياي خود پي برده و به خود شناسي برسد .

 در تداعي آزاد فرد تشويق مي‌شود تا فرايند انديشه ي خود را كنترل كند و از او خواسته مي شود تا هر چيزي راكه از ذهنش مي‌گذرد ، بدون هيچ سانسوري بيان كند ( همان منبع )

نظريه‌ي فرويد عموماً مبتني بر اميال جنسي ، پرخاشگري و نمادگري است .

 به عنوان مثال هر شي استوانه‌اي شكل در رويا آلت مردانه ، هر شي توخالي و داراي شكاف آلت زنانه و يا عبور قطار از تونل به برقراري رابطه جنسي تعبير مي‌شود .

به عقيده ‌ي فرويد روياها تركيبي از تجربيات كودكي با والدين و اتفاقات گذشته مي‌باشند .

وي اعتقاد داشت كه مضمون روياها تحقق و ارضاي آروزها و اميال سركوب شده و واپس رانده ما مي‌باشند .

 روياها به ناخودآگاه اين اجازه را مي‌دهند تا افكار و اميال غير قابل پذيرش اجتماع و فراخود را بروز داده و برآورده سازد .( شجاع تفتي، 1385، 76-39)

 تنش ميان نهاد و فراخود به سانسور روياها مي ‌انجامد . ناخودآگاه مصّر است كه تحقق و ارضاء آرزوها و اميال را بطور كامل و واضح به تصوير بكشد اما نيمه خودآگاه از آن ممانعت مي‌كند .

 بنابراين آرزوها و اميال خود را به صورت مبدل نمايان مي‌سازند تا از گزند سانسور و بازدارندگي ناخودآگاه درامان بمانند .( همان منبع )

 به عنوان مثال رويا ممكن است به شكل :

(ادغام) تلفيقي از چندين انديشه‌ي سركوب شده .

 ( جابجايي ) كه درآن اهميت رواني مضمون رويا به يك مضمون مورد پسند ناخودآگاه منتقل مي‌شود .

( بازنمايي ) تبديل انديشه‌ها به تصاوير

 ( فرافكني ) انتساب روياها و اميال خويش به فردديگر و يا

( نمادگرايي ) جايگزين شدن اعمال ، اشخاص و يا ايده‌ها با يك نماد يا نمود يابد .

 فرويد معتقد بود كابوس‌ها نتيجه‌ي تنش ميان فراخود و نهاد است .

 به عقيده وي ، ترس‌ها ، آرزوها واحساساتي كه از آنها بي اطلاع هستيم ، در روياها تجلي مي‌يابند .

 اما بصورت رمزگذاري شده و غير مستقيم ، ذهن ناهشيار از زبان شفاهي استفاده نكرده و از طريق نمادها با ما ارتباط برقرار مي‌كند . برخي نمادها و برخي جنبه‌ي كاملاً شخصي دارند . ( كري ، 1386، 59-340)

**تعبير خواب از ديدگاه فرويد ( روان كاوي )**

 رويا تجسم و يا تحقق آرزوهاي سركوب شده است كه اغلب به صورت مبدل ودگرگون شده در خواب ظاهر مي‌شود . روي اين اصل روانكاوان مي گويند كه خوابهاي خود را نقل كن تا مشكل و علل آن را برايت شرح دهم تعبير رويا كار ساده‌اي نيست و كساني كه به تعبير خوابها اقدام مي‌كنند بايد با مفهوم رويا و معاني سمبلها آن طوري كه فرويد مطرح كرده است ، آشنا باشند ، تا بتوانند تمايلات قسمت ناآگاه ذهن را در سطحي آگاه تبيين كنند.(شفيع آبادي ، 1384، 37-33)

 تحليل رويا [[41]](#footnote-41)روش مهمي براي برملا كردن مواد ناهشيار و بينش دادن به رويا به نحو نسبت به مشكلات حل نشده است . هنگام خواب دفاعها ضعيف مي شوند و احساس‌هاي سركوب شده به سطح مي‌‌آيند . فرويد روياها را شاهراهي به سمت ناهشيار مي‌داند زيرا اميال ، نيازها و ترس‌هاي فرد در روياها ابراز مي‌شوند . برخي انگيزه‌ها به قدري براي فرد غير قابل قبول هستند كه به جاي اينكه مستقيماً نشان داده شوند به صورت تغير شكل يافته يا نمادي آشكار مي‌شوند .

هركل كه از تعبير خواب به عمل روانكاوي مي‌رسد توجه و علاقه‌اش را درباره‌ي محتواي خوابها حفظ مي‌كند و مايل مي‌شود هر خوابي را كه بيمار نقل مي‌كند تا سر حد امكان به طور كامل تعبير و تفسير نمايد . اما في الفور ملاحظه مي كند كه تحت شرائط كاملاً متفاوتي عمل مي‌كند ، و اگر سعي برانجام دادن قصدش باشد ، با ضروري‌ترين تكاليف درماني مواجه مي شود . حتي اگر يكي از نخستين خوابهاي بيمار به طور شايان توجهي براي شروع نخستين توجيهات مناسب از آب در آيد ، ساير خوابها پي در پي به قدري طولاني و مبهم ظاهر مي‌شوند كه معني و مفهوم مستتر در آنها را نمي‌توان درجلسه‌اي كوتاه و درعرض يك روز استخراج كرد. (شجاع تفتي ، 1385، 76-39 )

روياها 2 سطح و محتوا دارند : محتواي نهفته و محتواي آشكار

 محتواي نهفته[[42]](#footnote-42):از انگيزه‌ها اميال و ترس‌هاي نهفته ، نمادي و ناهشيار تشكيل مي‌شوند چون تكانه‌هاي جنس و پرخاشگري ناهشيار كه محتواي نهفته را تشكيل مي‌دهند خيلي عذاب آور وتهديد كننده هستند به محتواي آشكار[[43]](#footnote-43) تغير شكل مي‌دهند كه قابل قبول‌تر است . محتواي آشكار همان رويايي است كه به نظر خواب بيننده مي رسد .( كوري ، 1385، 82-62)

مطالعه‌ي رويا به درك محتواي فرايندهاي رواني ناهشيار ذهن و نيز به درك محتويات واپس زده منجر مي شود. روانكاو با تعبير رويا مي‌كوشد تا با بررسي مطالبي كه به خواب آمده‌اند و در واقع پرونده‌ي رويا را تشكيل مي‌دهند ، در روندي روياها و يا حالت‌هاي غير مسخ شده و منحرف شده‌ي اميال نهاني را كشف كند. (ساعتچي ، 1380 ، 79-53)

 فرايندي كه محتواي نهفته‌ي رويا به وسيله ‌ي آن به محتواي كمتر تهديد كننده تبديل مي‌شود عمل رويا[[44]](#footnote-44) ناميده مي شود .

وظيفه‌ي درمانگر اين است كه معاني تغيير شكل يافته را با بررسي نمادهاي موجود در محتواي آشكار رويا بر ملا سازد . ( شفيع آبادي ، 1386، 37-33)

 تعبير خواب در روان كاوي چگونه بايد باشد ؟ آن ميزان از تعبيري كه در طي جلسه‌اي حاصل مي‌شود را بايد به عنوان فرصتي عالي در نظر گرفت و اگر هم محتواي خواب كاملاً روشن نباشد ، نقص به حساب مي آيد .

 اگر قبل از اينكه خواب‌هاي قديمي را تحليل كنيم خواب‌هاي تازه‌تري پديد آيد در اين صورت بايد خواب‌هاي جديدتر بررسي شوند هر انگيزه‌ي آرزومندي كه امروز خوابي را مي آفريند ، مادامي كه درك نشده است و از زير تسلط ناخودآگاه بيرون نكشيده شده است دوباره در ساير خواب‌ها نيز ظاهر خواهد شد . بنابراين ، غالباً جريان كار چنين است كه بهترين راه جهت تعبير خواب ، رها كردن آن و توجه به خواب تازه است . خوابي را كه ممكن است همان مطلب را در قالبي قابل دسترس‌ قرار دهد. (زيگموند فرويد ، 1387، 23-11)

 درمانگران در جلسات درمان ممكن است از درمانجويان بخواهند به جنبه‌هايي از محتواي آشكار رويا ، تداعي آزاد كنند تا از اين راه معاني نهفته را برملا سازند . درمانگران با كاويدن تداعي‌هاي آزاد درمانجويان همراه با آن‌ها در اين فرايند شركت مي‌كنند، تعبير كردن معاني عناصر رويا به درمانجويان كمك مي‌كند . سركوبي را كه مواد ربط دهنده روياها مي‌توانند گذرگاهي به سمت مواد سركوب شده باشد ،‌ آشكار كنند و آن را به بينش جديدي كه از كشمكش‌هاي موجود خود كسب كرده‌اند ربط دهند .روياها مي‌توانند ،‌گذرگاهي به سمت مواد سركوب شده باشند ، ولي اطلاعاتي را نيز درباره عملكرد فعلي درمانجويان در اختيار مي‌گذارند ( كري ، 1386 ، 87- 34)

آنچه در آخر مهم است پيرامون فن تعبير رويا ، در جريان روان درماني متذكر شويم آنست كه :

 تعبير خواب نبايد در طي درمان روان كاوي به عنوان فني مستقل دنبال شود بلكه استفاده‌ي از آن بايد در معرض قواعد تكنيكي باشد كه به طور كلي بر روان درمان حاكم است ( روان درماني فرويد ، 47-23، 1387)

**A-2) يونگ ( 1875- 1961)**

 يونگ نيز به ناخودآگاه اعتقاد داشت ، اما به آن به عنوان يك جنبه‌ي حيواني غريزي و جنسي نمي‌نگريست .بلكه بيشتر ناخودآگاه را روحاني مي‌ناميد .

 وي معتقد بود كه روياها كوشش نمي‌كنند تا محتواي احساسات حقيقي ما را از ذهن بيدار پنهان سازند بلكه آنها دريچه‌اي هستند به ناخودآگاه. روياها براي مشكلاتي كه در بيداري با آن مواجه هستيم راه حل مي‌دهند .

 يونگ اعتقاد داشت كه به همه چيز مي‌توان بصورت جفت‌هاي متضاد نگريست : خير و شر / مرد و زن / عشق ونفرت . (روحاني ،1380، 82- 43)

بنابراين چيزي كه بر ضد نهاد قرار دارد ( ضد نهاد [[45]](#footnote-45) ) و سايه [[46]](#footnote-46) ناميده مي‌گردد .

 سايه نمايان گر جنبه‌هاي مطرود شخصيت فرد است . چيزهايي كه مايل به تصديق آنها در وجودمان نيستيم .

 جنبه‌اي از ما كه تا حدودي ناپسند ،‌بَدَوي و ناخوشايند است .

 وي معتقد بود رويا، راهي است براي برقراري ارتباط با ناخود آگاه .

 او ، تصوير سازي ذهني در رويا را روشي براي آشكار سازي چيزي در رابطه با خويشتن ، روابطمان با ديگران و يا شرائط حاكم بر زندگي مي‌پنداشت .

 روياها به ما كمك مي‌كنند تا استعدادهاي بالقوه‌ي خود را آشكار سازيم .

يونگ به نمادهاي جهاني براي تعبير خواب اعتماد داشت .( ضمير ناخودآگاه ،يونگ به نقل از اميري ، 1383 ، 28-12)

او معتقد بود كه مفهوم رويا از نظر فرويد ( كه صرفاً تحقق و ارضاي آرزوهاي سركوب شده است) يك ديدگاه ساده انگارانه است ( همان منبع )

 وي معتقد بود ناخودآگاه جمعي و كهن الگوها و يا آركي تايپ‌ها يك نماد قدرتمند زير بنايي هستند كه به عنوان نمادهاي رويا ، در روياها تجلي مي‌يابند .

 عناوين آركي تايپ‌ها ازديدگاه يونگ به شرح زير مي‌باشند .

1. نماد مادر و يا قهرمان ( مادينه‌ي روان يا آنيما ) .[[47]](#footnote-47)
2. نرينه‌ي روان يا آنيموس [[48]](#footnote-48)
3. سايه [[49]](#footnote-49)

يونگ معتقد بود كه همه‌ي ما از طريق ناخودآگاه جمعي از اين كهن الگوها ، برخوردار هستيم .

 او معتقد بود ،كه روياها تجلي ناخودآگاه شخصي ، بواسطه‌ي كهن الگوهاي ناخودآگاه جمعي هستند .

 به نظر وي ،رويا يك پيام مستقيم از ناخودآگاه ، شخصي است و تحريف‌هاي احتمالي رويا ، كوشش ناخودآگاه به منظور سركوب رويا نيست .(ليلي و ايس ، 1379، 708- 102)

روش آناليز روياي وي ، به اين منوال است كه رويا بين تشويق مي‌شود تا براي هر جنبه از روياي خويش افكار خود را در رابطه با تمام تداعي‌هاي نمادين بيان دارد . شامل تداعي‌هاي شخصي ، فرهنگي و كهن الگويي. سپس تداعي‌هاي نمادين متعدد بررسي گرديده و مهمترين آنها با يكديگر تلفيق و تعبير رويا ، براساس شخصيت خاص فرد انجام مي‌گرفت .

 وي نه تنها معتقد بود كه روياهاي انسان ، محتواي آرزوها و اميال گذشته‌ي وي مي‌باشند بلكه در عين حال به آينده نيز نظر داشته و هدف‌ها و مقاصد آتي را مشخص مي‌كنند .

همچنين يونگ معتقد بود كه روياها ممكن است حاوي حقايق ناگزير ، خطاهاي حسي؛ خيال پردازي‌هاي ماجراجويانه ، خاطرات ، برنامه‌ها و تجارب غير منطقي نيز باشند .

1. **3)‌ آلفرد آدلر :( 1870 – 1937)**

وي معتقد بود كه روياها ، ابزارهاي حل مساله بوده و با مشكلات روزمره زندگي مرتبط مي‌باشند بر مبناي اين نظريه چنانچه ما زياد رويا مي‌بينيم ، علت آن ممكن است مشكلات عديده ما در زندگي‌امان باشد . و يا برعكس اگر زياد رويا نمي‌بينيد ، به معني سلامت روان شما است . وي معتقد بود ، عناصر ،‌كنترل ، قدرت و انگيزش ، نيروي پيش برانه‌ در پس رفتارهاي ما مي باشند و نه تكانه‌هاي جنسي .

 وي عمده‌ترين نيروي پيش برانه را فائق آمدن بر احساس ناامني‌ها ، فرو دستي‌ها ،‌كهتري‌ها وكاستي‌ها بر مي‌شمرد كه روي هم رفته ، اراده‌ي منعطف به قدرت[[50]](#footnote-50) ناميده مي‌شود . وي اعتقاد داشت انسان در دوران نوزادي و كودكي دچار عقده‌ي حقارت گرديده و از اين رو پيوسته مي‌كوشد تا تمام عمر خود را صرف جبران آن (‌فقدان قدرت ) كرده وبه كمال برسد ( همان منبع )

 روياها راهي براي مطرح ساختن ناامني‌ها،‌مي‌باشند . وي اعتقاد داشت ، رفتارو كردار ما تحت حكمراني ناخودآگاه قرار ندارد بلكه كوشش در جهت كمال و نياز به كنترل به علت عملكرد ماست وي به اينكه ناخودآگاه و خود آگاه برضد يكديگر مي‌باشند ، اعتقادي نداشت . وي روياها را جبران بيش از حد كاستي‌ها نقاط ضعف‌ها ، در بيداري مي‌دانست . مثلاً شخصي كه از رئيس خود هراس دارد . در رويا جرئت كرده و برسر رئيس خود فرياد مي‌كشد وي معتقد بود ، روياها نه تنها با نشان دادن ترس‌هاي دروني و راه‌هاي كنار آمدن با آنها ما را ياري مي‌رسانند ، بلكه آنها ، نوع شخصيت و سبك زندگي ما را نيز بازگو مي كنند .( كياني 1384، 108، 78)

**B نظريات دانشمندان علوم عصب شناسي و زيست پزشكي**

**B-1) جري زيگل**

بسياري از دانشمندان براين نظر بوده‌ و هستند كه خواب كاركردهاي مهم حياتي را فراهم و آماده مي‌كند . در خواب ، مغز دست به تنظيم فعاليت‌هاي خود مي‌زند. حافظه محتويات خود را به يكديگر مرتبط كرده و اطلاعات را بايگاني مي‌سازد . در حين خواب سوخت و ساز بدن بازسازي مي‌شود و سرانجام سيستم دفاعي بدن تقويت مي‌گردد .

 براي جري زيگل ، زيست شناس امريكايي از دانشگاه كاليفرنيا ، اين توضيحات معمول درباره‌ي خواب كافي و جامع نيستند . تا از اين طريق بتوان بدرستي به سودمندي خواب در رابطه با ( تئوري تكامل ) پي برد . تاثير خواب از ديدگاه او بروي كاركردها و روندها بسيار اندك است .( Jouvet , 1967)

 بنا به نظر اين زيست شناس آمريكايي ، در زمان خواب ، توان حافظه تنها 15% مي‌تواند افزايش يابد .

 در زمان بيداري تمام اين فعاليت هاي بدني و مغزي بطور موثرتر و همه جانبه تر صورت مي‌پذيرد .

در زمان بيداري تمام اين فعاليت هاي بدني و مغزي بطور موثرتر و همه جانبه‌تر صورت مي‌پذيرد .

 **صرفه جويي و ذخيره انرژي در زمان خواب :**

نظريه‌ي « جري زيگل » كاملاً متفاوت از تئوري‌هاي رايج درباره‌ي اهميت خواب براي انسان و جانوران است او در توضيح نظريه‌ي خود در مجله‌ي علمي NEW SCIENTIST عنوان مي‌كند كه تمام فعاليت‌هاي بدني تابع اصل صرفه جويي انرژي هستند و تنها در روند تكامل انواع ، پس از گذشت زمان‌هاي طولاني توسعه يافته‌اند . (Marhand OHW , 1976)

براي توضيح آسانتر نظريه‌ي خود « جري زيگل » به ذكر نمونه‌هايي از دنياي جانوران مي‌پردازد .

 بطور مثال يك خفاش قهوه‌اي كوچك در روز حدود بيست ساعت مي‌خوابد و تنها در غروب به مدت كوتاهي بيدار است .

 درست زماني كه خوراك اصلي او يعني مگس‌ها ، نيز فعال و بيدار هستند .

 براي زيگل دقيقاً اين نوع فعاليت معناي واقعي خواب را بيان مي‌كند . صرفه جويي و ذخيره انرژي در خواب بدين منظور صورت مي‌گيرد تا جانور براي انجام مهمترين فعاليت‌هاي حياتي كاملاًسرحال و آماده باشد .

 جري زيگل به از اين نيز گام را فراتر نهاده و مدعي است كه خوابيدن نه تنها به معناي حفظ انرژي است ، بلكه در زمان خواب ، امنيت براي جانوران بيشتر است از زماني كه آنان بيدار هستند. (همان منبع )

در خواب كسي نمي‌تواند خود را مجروح كند بدين لحاظ ، خواب در مجموع مساله‌اي اقتصادي است هر كس كه توان و الزامات خوابيدن را دارد به خواب نيز مبادرت مي‌ورزد . ( Resymond . D . AD=dams , 1997)‌

**B-2) نظريه‌ي برانگيختگي سنتز [[51]](#footnote-51)**

اين نظريه مبتني است بر اينكه روياها رخدادهاي تصادفي مي باشند كه با فعاليت شديد نورون‌هاي مغز ايجاد مي‌شوند قسمتي از ساقه‌ي مغز موسوم به پل مغزي[[52]](#footnote-52) در هنگام خواب و مرحله‌ي (REM) كماكان به فعاليت خود ادامه داده و توليد تحريكات مي‌كند اما از آنجا كه درحين مرحله‌ي رويا بيني يعني مرحله‌ي REM، تمام بدن فلج است . از اين رو مغز با يك پارادوكس ،‌مواجه مي‌شود .

 به همين خاطر مغز براي اينكه بتواند چيزي كه تجربه مي‌كند را توجيه عقلي كند يك حكايت و داستان را كه ازمحتويات سيستم حافظه ، اقتباس كرده را بطور تصادفي خلق مي‌كند .

 روياها در ناحيه‌ي مغز قدامي توليد مي شوند ، آن هم بصورت تصادفي و بدون هدف به همين خاطر است كه مضمون روياها ، ناگهان تغير مي‌كند . و يا روياها معمولاً فاقد انسجام مي باشند .

 بنابر نظريه‌ي سنتز – برانگيختگي روياها ، صرفاً مكانيزم‌هاي بيولو‍ژيكي بي‌معني و بدون كاركرد مي باشند.( همان منبع )

به عنوان مثال ،تحريكات تصادفي ممكن است مشابه آنهايي باشد كه حين دويدن ايجاد مي شوند. بنابراين ذهن رويا بين آن تحريكات را به شكل روياي دويدن تفسير و دخيل مي‌كند . و چنانچه در طي روز ،فرد از ديدن يك گربه غافل شده باشد ، مغز از آن حافظه نيز استفاده كرده و ايجاد رويا مي‌كند ، با اين مضمون كه فرد توسط يك شير ، تعقيب مي‌شود .

**B-3) نظريه‌ي كاركرد حافظه و يادگيري رويا**

 از نظر عصب شناسي روياها برانگيختگي‌هاي حافظه بلند مدت همراه مي‌باشد .

 كاركرد خواب پردازش ، رمزگذاري و انتقال داده‌ها از حافظه كوتاه مدت به حافظه‌ي بلندمدت است در مرحله‌ي NONREM پردازش حافظه‌ي هوشيار ( اظهاري ) و در مرحله‌ي دوم پردازش حافظه‌هاي ناخودآگاه ( روندي ) انجام مي‌گيرد . در طي روز يك كاركرد و اجرايي ، حافظه‌ي بلندمدت را از حيث سازگاري وهماني با واقعيت وارسي مي‌كند (‌همان منبع )

 B-4) نظريه‌ي گريفن

روياها ، به شكل استعاره‌هاي حسي ، بيان مي گردند . روياها ، ترجمان استعاره‌اي انتظارات ما درحين بيداري مي‌باشند . انتظاراتي كه در طي روز ، قادر به عملي كردن آنها نيستيم سبب پديد آمدن برانگيختگي‌هاي هيجاني مي‌شوند. به منظور فرونشاندن اين برانگيختگي‌ها روياها ، خلق مي‌شوند رويا بيني با تكميل استعاري الگوي انتظارات ، آن برانگيختگي‌هاي هيجاني را بي‌اثر مي‌كنند (m.s Aldrich , 1996)

**C- نظريات دانشمندان علوم فلسفه و عرفان :**

 نظريه‌ي فيلسوفان مشايي درباره‌ي خواب برگرفته از نظريه‌ي فلاسفه‌ي يوناني به ويژه ارسطوست . كه رساله‌اي مستقل در باب خواب و بيداري[[53]](#footnote-53)نوشته است و خواب را نتيجه‌ي تصرف قوه‌ي تخليه ( فنطاسيا )[[54]](#footnote-54)كه در زبان انگليسي ( فانتازي ) [[55]](#footnote-55)مي‌گويند ، دانسته است.

 و بعد فيلسوفان مسلمان آن را ( حس مشترك ) خوانده‌اند.

 ارسطو همچنين در كتاب ( حساس و محسوس ) گفته است كه در روياي صادقانه عقل كلي صورتي را به عقل جزئي ، القاء مي‌كند( امين 84، 312)

ارسطو معتقد بود كه خواب‌ها هميشه آينده را پيشگويي نمي‌كنند، بلكه به خاطرات زمان بيداري شخص نيز مربوط مي‌شوند . ارسطو به خواب‌هايي كه در اثر حواس گوناگون شخص ديده مي‌شوند نيز توجه داشت . مثلاً اگر شخصي هنگام خواب گرمن باشد ، ممكن است خوابي در ارتباط با گرما و آتش ببيند . ( خواب و رويا ،‌رجبي ، 1382، 22-10)

 ارسطو بر اين باور بودكه استفاده از معناي استعاري خواب در تعبير و تجزيه و تحليل خواب‌ها ، مساله‌اي مهم است و معتقد بود كه مقادير خواب‌ها فقط بازتابي از اتفاقات دنياي واقعي نيستند و مي‌توانند استعاره‌اي از مقادير و موقعيت‌هاي ديگر باشد . تحليل‌هاي جديد رويا براساس همين نظريه شكل گرفته است. ( همان منبع )

**C-2(** پيش از ارسطو **بقراط حكيم** كه بنيان گذار طب جديد است ، معتقد بود كه خواب نشانه‌اي است كه مي‌توان بوسيله‌ي آن بيماري را تشخيص داد .

 ديگر دانشمندان يوناني نيز اين نظريه را تائيد مي كردند و به همين دليل بسياري از يونانيان باستان براساس خواب‌هايي كه در مورد قسمت‌هاي مختلف بدن مي‌ديدند معالجه مي‌شدند .

 پيوند بين رويا و بيداري حائز اهميت است . تا حدي كه فيلسوفان اشراقي همچون حاج محمد هادي سبزواري درمنظومه‌ي حكمت مي‌گويد كه آنچه نفس انساني در خواب يا بيداري شهود كند نتيجه‌ي اتصال نفس او به عالم ملكوت است (علي خواه، 1371، 6-201)‌

1. **C)** ابن سينا در فصل هجدهم خط و هم اشارات و تنبيهات مي‌گويد :

نفس انسان در حال خواب ، فرصت مي‌يابد كه از خيالات جاري و اشتغالات روزمره ، رهاشود و به عالم قدسي ، صعود كند و با عالم غيب و جوهر عاليه متصل شود.

1. **C)** ابن عربي از عرفاي بزرگ معتقد است كه روياها ، ادراكاتي را در اختيار فرد زنده قرار مي‌دهند كه تا حدودي شبيه ادراكات مردگان است ( همان منبع )

 از ديدگاه عرفان ،‌رويا يك امر باطني است و زمينه‌ي راه يابي به بسياري از علوم باطني و پنهاني و حتي ظاهري را فراهم مي‌سازد . و بهتر است گفته شود ، يك الهام دروني و رسول باطني است كه با زبان وحي گونه ، معرفت امور و آگاهي و وصول انسان را به سوي سعادت حقيقي تسريع مي‌بخشد .

(رجبي ، 1382، 11- 82)

**بررسي آيات و احاديث ،‌پيرامون خواب:**

در قرآن كريم ،‌آيات بسياري درباره‌ي خواب و رويا و تعبير آن به عنوان بخشي از زندگي انسان و بالاخص انبياء بيان شده است . در قرآن و روايات نسبت به ابعاد مختلف خواب ، تمايلات و روش استفاده‌ي انسان از اين نعمت حق تعالي بسيار سخن رفته است و همان گونه كه خواب شب را براي انسان موجب آرامش و تعادل دانسته است ، بيداري در آن را نيز مورد اهتمام قرار داده و آن را راهي براي كمال و جبران تمام كاستي‌ها ، رشد و بلوغ فكري و زمينه‌اي براي وصال حق و عشق مستي مي‌داند . در مواردي هم كه خواب كم را در روز ، موجب تقويت حافظه ،‌ تعادل مزاج و تعقل بر مي‌شمارد.( همان منبع )

 خداوند در قرآن كريم مي‌فرمايد : از نشانه‌هاي قدرت خداوند است ، خوابيدن شما در شب و روز ، تا اينكه از فضل پروردگار ، به طلب روزي خود برخيزيد . در اين حالت براي مغز كه سخن حق را بشنوند ،‌عبرت‌هايي است ( روم - 23)

خداوند در سوره‌ي زمر ، آيه‌ي 42، خواب را به مرگ تشبيه كرده است . خداوند جان‌ها را در هنگام مرگ مي‌ميراند و جان‌هايي كه نمرده‌اند ، موقع خواب آنها مي‌‌گيرد.

 جابربن حيان مي گويد : خواب بر 2 قسم است خواب راست و خواب دروغ .

خواب راست بر 3 وجه است . اول : تبشير كه خداي تعالي ، فرشته‌اي را كه موكل كرده است تا آنچه خواهد گذشت ، بر سر فرزند آدم ، از نيك و بد ، به او بنماياند . و آن فرشته را ملك ايزديا خواند و چون كسي را بشارت بايد رسيد ، اندركارهاي دنيا و آخرت ، از پند دادن مسلمانان و جهت گرفتن از كافران ، در روز قيامت به آنها مي‌نماياند .

 دوم : تحذير : كه خداوند همان فرشته را توفيق دهد تا بنده را از آن چيزهايي كه وي را از اطاعت حق دور خواهد كرد و به معصيت نزديك برحذر دارد .

 سوم :الهام كه خداوند همان فرشته را گويد تا به بندگان بنماياند، كه اطاعت بايد كردن و نيكو مي بايد نهادن . (ابن سيرين ، 1379، 84-5)

**دانيال نبي مي‌گويد :**

 خواب در اصل 2 چيز است : يكي آگاه كند ، بيننده را از حقيقت و ديگر آگاه كند از سرانجام كارها و اين‌ها بر 4 قسم است .

1. خواب امر كننده ، 2- خواب بازدارنده ، 3- خواب پند دهنده ، 4- خواب بشارت دهنده ( همان منبع )

 **رسول خدا مي‌فرمايند :**

 خواب بر 3 قم است : 1- قسم از خداي متعال است بشارت مومنان را در زندگي

قسم دوم وسوسه‌ي شيطان است كه انسان را اندوهگين مي‌كند .

قسم سوم خواب‌هاي آشفته است . ( همان منبع )

 **پيشينه‌ي پژوهش :**

 در سال 2002 LIMA PF و همكارانش از بخش فيزيولوژي ، آزمايشگاه فدرال[[56]](#footnote-56)ريودوژانيروي برزيل ، مطالعه‌اي باهدف بررسي الگوي خواب بيداري دانشجويان پزشكي ، تحت عنوان دو گروه زود آغاز و دير آغاز از لحاظ زمان آغاز كلاس‌هايشان انجام دادند . هدف از اين مطالعه ، مشخص نمودن تاثير زمان آغاز كلاس‌هاي گوناگون دانشجويان روي الگوي خواب – بيداري آن‌ها بود . اطلاعات از دانشجويان پزشكي 2 ترم تحصيلي دانشكده‌ي پزشكي كه زمان آغاز كلاس‌هاي آنها ، با هم متفاوت بود با استفاده از ابزارهاي زير جمع آوري شد . (mcrritt- 1995)

نتايج به دست آمده نشان داد كه گروهي از دانشجويان كه (LATE CLAS) بودند اولاً كيفيت خواب بهتري داشتند ( PSQY 3/5 در برابر 4. 3) ثانياً ، شروع خواب آنها ، تاخير كمتري داشت .

 ( ساعت 23:59 ،‌ شروع خواب آنها بود ، در برابر 0.54h )

ثالثاً : مدت زمان دوره‌ي خواب آنها ، كوتاهتر بود (‌مدت خواب 6 ساعت و ' 55 در برابر 7 ساعت و ' 25)‌ (ecleras- 1996)

در سال 1976 JOHN MW و همكارانش ، مطالعه‌اي را به منظور بررسي ارتباط عملكرد آكادميك دانشجويان پزشكي با تيپ شخصيت آن‌ها و نيز عادات خواب آنها به انجام رساندند.

 بدين منظور ، عملكرد آكادميك 104 نفر دانشجوي سال چهارم رشته‌ي پزشكي در ارتباط با عادات خواب آنها ، ارزيابي گرديد . اين ارزيابي بوسيله‌ي پرسشنامه‌اي كه دانشجويان ، و ضعيت خواب خود را در آن گزارش مي نمودند صورت گرفت همچنين با انجام تست MMPI ،‌دانشجويان SCORE بندي آنها در كدهاي مختلف تست مشخص گرديد .

 نتايج نشان داد كه دانشجويان پزشكي با عملكرد آكادميك ضعيف‌تر ، بطور مشخص ، صبحها ، ديرتر از خواب بيدارمي‌شوند ،‌بويژه در آخر هفته‌ها ، همچنين اين افراد بصورت مشخصي از كيفيت خواب ضعيف‌تري برخوردار بودند .

 همچنين مطالعه نشان داده كه دانشجويان با عملكرد آكادميك ضعيف در سه SCORE از تست MMPI يعني كدهاي 3 (HYSTEXIA) ، 4 ( PSYCHOPATHIC) ، 8 ( SCHIZOPHERENIA) ، نمرات بالاتري را كسب مي‌نمودند .

 در پايان مطالعه ، نتيجه ‌گيري مي شود كه اطلاع از وضعيت خواب دانشجويان ، بخصوص آنها كه در معرض ريسك بالاتري از افت تحصيلي و دانشگاهي خود مي‌باشند . موجب خواهد شد ، اين افراد هر چه سريعتر شناسايي شده و به آنها ، كمك شود از طريق اصلاح وضعيت خواب آنها.[[57]](#footnote-57)

در سال 1999، JOACHIM H و همكارانش از انسيتو تحقيقات پزشكي دانشگاه ERLANGEN – NUREMBERG، در كشور آلمان اين سوال را مورد مطالعه و بررسي قرار دادند كه آيا ، خرخر كردن دانشجويان پزشكي ، ريسك فاكتوري در جهت مردود شدن آنها در امتحاناتشان ، محسوب مي‌گردد يا خير ؟ (Aldrich , 1992)

 دراين مطالعه‌ي جالب ، ( 201 دانشجوي پزشكي ، 61% پسر و 39% دختر ، با متوسط سن 6/24) مورد مطالعه و بررسي ، قرارگرفتند .

 اين دانشجويان براساس ميزان خر خر شبانه‌ي گزارش شده به 3 گروه بدون خر خر شبانه / خر خر شبانه گاه به گاه و خر خر شبانه مكرر طبقه بندي شده و در پايان نمره نهايي آنها در درس طب داخلي نيز لحاظ گرديد .78نفر ( % 8/38) دانشجويان بدون خرخر و، 99 نفر ( 3/49) با خر خر گاه به گاه و 24 نفر ( % 9/11) دانشجويان خرخر مكرر داشتند . متوسط نمره نهايي امتحاني دانشجويان هم %62 براي گروه با خر خر مكرر ، 65% براي گروه خرخر گاه به گاه ، و 6/69 براي گروه بدون خرخر بدست آمد .

 دراين ميان 8/12% از گروه اول ، 2/22% از گروه دوم و 7/41% از گروه سوم درامتحان طب داخلي مردود شده بودند .

**مطالعات مشابه داخلي :**

 در تحقيقي كه توسط مسلم تركاشوند دانشجوي دكتري ، دانشكده‌ي پزشكي واحد كرمانشاه صورت پذيرفته بود ، شيوع اختلالات خواب دومين دانشجويان دانشگاه نام برده به اين صورت بوده است :

 لازم به ذكر است كه اين مطالعه روي 393 نفر از دانشجويان پزشكي دانشگاه انجام گرديده ، كه از اين ميزان ، 151 نفر مرد و 242 نفر زن بوده‌اند .

 **پراكندگي اختلال :**

 بي‌خوابي : شيوع بي‌خوابي ، در دانشجويان پزشكي مورد مطالعه 116 نفر ( 51/29) % مي‌باشد شيوع اين اختلال در افراد مذكر 57 نفر ( 7/37) % و در افراد مونث 59 نفر ( 3/24) % مي‌باشد .

 پرخوابي : شيوع اين اختلال در دانشجويان پزشكي مورد مطالعه 84 نفر ( 3/21) % مي باشد در ميان افراد مذكر 51 نفر ( 7/33) % و در افراد مونث 33 نفر ( 6/13) % مبتلا به پرخوابي هستند .

**آپنه‌ي خواب :**

 اين اختلال 36 نفر ( 1/9)‌% افراد شركت كننده در مطالعه را مبتلا كرده است .

در افراد مذكر 23 نفر ( 2/15 ) % در افراد مونث ( 3/5) % يعني 13 نفر ، شيوع دارد .

 **سندرم پاي بي‌قرار :**

شيوع اين اختلال در دانشجويان شركت كننده در مطالعه 25 نفر (3/6 )% مي‌باشد . در افراد مذكر 11 نفر ( 2/7) % و در افراد مونث 14 نفر ( 7/5) % شيوع دارد .

**كابوس شبانه :**

35 نفر ( 9/8) % از شركت كنندگان در مطالعه به اين اختلال مبتلا هستند 18 نفر (9/11) % از افراد مذكر و 17 نفر ( 02/7) % از افراد مونث مبتلا به كابوس شبانه هستند .

**راه رفتن در خواب :**

 شيوع اين اختلال در ميان شركت كنندگان در مطالعه 6 نفر(5/1)% مي‌باشد 2 نفر (3/1) % از افراد مذكر و 4 نفر ( 6/1) % از افراد مونث اين اختلال را دارا مي باشند .

 **افراد فاقد اختلال :**

 39 نفر از دانشجويان ( 9/9)‌% هيچ شكايتي از اختلالات ذكر شده نداشتند . دران بين افراد مذكر 9 نفر ( 9/5) % و در ميان افراد مونث 30 نفر ( 3/12) % فاقد هرگونه ، شكايت از اختلالات خواب مي‌باشند .

**نتايج حاصل از مقايسه‌ي دموگرافيك :**

 **جنس :**

 در مطالعه‌ي حاضر 43% دانشجويان پسر و 57% دختر بودند .

 بين دانشجويان مورد مطالعه‌ي دختر و پسر ، از لحاظ كيفيت خواب ، احساس خواب آلودگي واحساس نياز به خواب بيشتر ، تفاوت آماري معني داري ديده نشد .

 دانشجويان دختر دچار اشكال در تداوم خواب بيشتر مي‌بودند و 18% آنان در طول شب مكرراً از خواب بيدار مي شوند.

 مدت زمان خواب شبانه و روزانه‌ي دخترها ، بيشتر از پسرها بوده و در صد بيشرتي ، عادت به خواب نيمروزي دارند ( 90% دخترها ،‌67% پسرها )

 اكثريت دانشجويان دختر بين ساعات 12-11 شب مي‌خوابند واكثريت دانشجويان پسر بعد از ساعت 12 مي‌خوابند اما ، ساعت بيدار شدن هر دو ضمن 7-6 صبح مي‌باشد .

 **وضعيت تاهل :**

 61% دانشجويان مورد مطالعه مجرد و 39% آنها ، متاهل بودند كيفيت خواب دانشجوياتن مجرد ، بوضوح بهتر از دانشجويان متاهل مي‌باشد يعني 64% مجردها در برابر 46% متاهلين

 از لحاظ ، احساس خواب آلودگي در طي روز ، احساس نياز به خواب بيشتر ، واشكال در تداوم خواب ، تفاوت معني داري ، ديده نشد .

همچنين در تحقيق ديگري كه توسط يكي از دانشجويان مقطع دكتري روانپزشكي دانشكد‌ه‌ي پزشكي ايران به منظور دريافت درجه دكتري صورت پذيرفته است و در آن شيوع اختلالت خواب ، در رابطه با فاكتورهايي چون : سن ، جنس ، مقطع باليني ، مصرف سيگار ، سنجيده شده است نتايج حاكي از آن است :

 7/42 % از دانشجويان پزشكي از وضعيت خواب خود راضي نبوده و از كيفيت خواب خوبي برخوردار نمي‌باشند .

 همچنين 52% از دانشجويان از احساس خواب آلودگي در طي روز ، رنج مي‌برند .

 حدود 14% از دانشجويان پزشكي دچاراشكال در تداوم خواب بوده و در طي خواب مكرراً از خواب مي‌پرند از لحاظ مدت زمان تاخير در شروع خواب حدود 20% دانشجويان بيشتر از ' 30 تاخير در شروع خواب داشتند حدود نيمي از دانشجويان پزشكي 6-7 ساعت خواب شبانه دارند و 2-1 ساعت خواب روزانه دارند .

 48% دانشجويان مورد مطالعه بين 11-12 شب و 40% بعد از ساعت 12 مي‌خوابند .

**سن :** متوسط افراد مورد مطالعه ، 1/1  25/22 بود كه متوسط سني پسرها كمي بيشتر از دخترها بدست آمد .

 محدود سني دانشجويان از 20 تا 37 سال بود . 67% زير 25 سال و 33% بالاي 25 سال داشتند .

 كيفيت خواب دانشجويان زير 25 سال به مراتب بهتر از دانشجويان بالاي 25 سال مي‌باشد . به گونه‌اي كه 63% دانشجويان زير 25 سال ، از كيفيت خواب ، مطلوب‌برخوردار بودند . اين درحالي است كه اين رقم در دانشجويان بالاي 25 سال 46% است .

 انقطاع مكرر خواب در دانشجويان بالاي 20 سال ،‌دوبرابر بود .

 دانشجويان زير 25 سال مدت تاخير در شروع خواب كمتري داشته و اكثريت ظرف كمتر از 15 دقيقه به خواب مي روند ،‌در حالي كه اين مدت در دانشجويان بالاي 25 سال بين 15تا 30 دقيقه مي‌باشد .

 همچنين دانشجويان جوانترعادت كمتري به خواب نيمروزي داشته و نيز درصد كمتري از آنها ، 2 ساعت در روز وبيش از 7 ساعت در شب مي‌خوابند .

 **مصرف سيگار :** در ميان دانشجويان مورد مطالعه 15% آنها ، سيگاري بودند كه تنها 5/4% آنها دختر و اكثريت مابقي ، پسر مي‌باشند . دراين مطالعه‌ي مشخص شد كه مصرف سيگار مستقيماً بر روي كيفيت خواب موثر بوده و اكثر افراد غير سيگاري از كيفيت خواب بهتري برخوردار بودند ( 60% در برابر 40%)

همچنين تاخير در شروع خواب افراد سيگاري به مراتب بيشتر بود ( 36% در برابر 16% )

 **مصرف چاي يا قهوه :**

تنها 9% دانشجويان عادت به مصرف چاپ و قهوه نداشتند و 91% باقي به اين امر عادت داشتند كه در ميان اين افراد هم ،‌اكثريت بين 3-1 فنجان چاي يا قهوه روزانه مي‌نوشند و تنها 3% آنها بيش از 7 فنجان در روز مصرف دارند . در اين مطالعه ، بوضوح ديده مي‌شود كه افرادي كه عادت به مصرف چاي يا قهوه ندارند از كيفيت خواب بهتري بهره‌ مي برند .( 85% در برابر 55% ) و نيز درصد بيشتري عادت به خواب نيمروزي ندارند .

 **وجود بيماري جسمي :** تنها 7% دانشجويان از سلامت جسمي كامل برخوردار نبودند نيمي از آنان دچار اختلال ارتوپدي و مفصلي بوده ، 20% از سردرد، 10% از گاستريت 10% از اختلالات غدد اندوكرين ( تيروئيد ) و 10% باقيمانده هم از ساير اختلالات جسمي رنج مي بردند . به دليل پايين بودن درصد اين دانشجويان مطالعات آنماري بدست آمده معنادار نبوده و قابل استناد نيستند .

**مطالعات مشابه خارجي :**

 بي‌خوابي يك شكايت شايع در جامعه است . حدود 40-20% جمعيت جامعه اين مشكل را دارند كه در سنين بالا و در زنان شايع‌تر است . در بررسي روي دانشجويان دانشگاهي در كره كه روي 1414 دانشجو انجام شد % 2/30 آنها از خواب ناكافي شاكي بودند .( Yoss- 1957)

مطالعه‌ مشابه روي دانشجويان دانشگاهي در پاريس ، شيوع پرخوابي را %10 و مطالعه‌اي ديگر %8/6 ذكر كرده‌اند .

شيوع آپنه‌ي خواب در مطالعات مختلف % 3 ، 59/11 و %2/4 گزارش شده است كه در مردان شايعتر از زنان بوده است .

 در مطالعات گسترده روي يك جمعيت 16202 نفري ، % 7/2 آنها ، سندرم پاي بي‌قرار داشتند . (mulling Tony , 1993)

در سال 2001 ، ANO LIGIA و همكارانش در دپارتمان فيزيولوژي و آزمايشگاه كرونر بيولوژي NOTAL در برزيل ، مطالعه‌اي را به منظور بررسي ارتباط بين چرخه‌ي خواب – بيداري دانشجويان پزشكي وعملكرد آكادميك آن‌ها انجام دادند .

 در اين مطالعه 36 دانشجوي پزشكي كه 21 نفر پسر و 15 نفر دختر با متوسط سني 7/20 مورد بررسي قرار گرفتند . تمامي دانشجويان برنامه‌ي آموزشي يكساني از روز دوشنبه تا جمعه داشتند .

 داوطلبان به يك پرسشنامه Psq1 پاسخ داده و نيز گزارشي از برنامه ي 2 هفته‌اي از وضعيت خواب و بيداري خود ،ارائه دادند .

 نتايج به دست آمده حاكي از آن بود كه 9/38 %‌دانشجويان ،كيفيت خواب نامطلوبي را در PSA1 خود گزارش نموده بودند دانشجوياني كه ساعت اول بعد از ظهر و يا نزديك ظهر ، داشتند از كيفيت خواب پايين تري برخوردار بودند همچنين بين زمان شروع خواب ، بي‌نظمي خواب و طول مدت خواب و عملكرد آكادميك ،‌ارتباط وجود داشت .

 اين نتايج ، مطرح كننده‌ي اين موضوع است كه الگوي زماني افراد كيفيت چرخه‌ي خواب بيداري آنان را تحت تاثير قرار مي‌دهد بي نظمي در چرخه‌ي بيداري دانشجويان به اندازه‌ي محروميت از خواب روي يادگيري دانشجويان پزشكي تاثير مي‌گذارد . (marhand 1976)

شيوع كابوس شبانه در دانشجويان در يك مطالعه % 5/7 بود كه در زنان بيشتر از مردان گزارش شد .( Antonio culebars , 1996)

حركات متناوب پاها در خواب ،‌شيوع %4 در جامعه دارد .

در يك مطالعه‌ روي 121 نفر در نيويورك ،‌مشخص شد % 1/6 از شركت كنندگان هيچ اختلال خوابي نداشتند .(mendleson . WB, 1995 )

فهرست منابع :

1. شفيع آبادي ، عبدا... ،1389 ، نظريه‌هاي مشاوره و روان درماني ، تهران مركز ، نشر دانشگاهي .
2. ساعتچي ،‌دكتر محمود،1388، مشاوره روان درماني ، ( نظريه‌ها و راهبرد) ، نشر ويرايش .
3. كري ، جرالد ، 2007، نظريه‌هاي مشاوره روان درماني ، (‌نظريه و كاربست ) ، ترجمه: سيد محمدي، يحيي ، ارسباران .
4. فرويد ، 1385، نظريه‌هاي روان درماني ، ترجمه : شجاع تقي ، سعيد ، چاپ شمشاد .
5. پاول و ليندزي ، 2013، تشخيص و درمان اختلالات رواني بزرگسال در روانشناسي باليني ، ترجمه ، نيك خو محمد رضا ، آواريس ياسن ، هاماياك ، انتشارات ماني .
6. اتكينسون و همكاران ، 2013، زمينه‌ي روانشناسي باليني هيلگارد ، انتشارات رشد .
7. مورين ، چارلز ، 2008، روانشناسي بي‌خوابي ، ترجمه : بخشايش ، عليرضا ، انتشارات دانشگاه يزد .
8. معنوي ، عزالدين ، 1388، خواب و رويا از ديدگاه پزشكي ، نشر ، عطار .
9. خليلي ، مهدي ، 1389، اختلالات خواب ، انتشارات پگاه .
10. يونگ ، 1380، روانشناسي دين ،ترجمه : روحاني ،‌دكتر فؤاد ، انتشارات پگاه
11. يونگ ، ضمير ناخودآگاه ، 1383، ترجمه ، اميري ، محمدعلي ، انتشارات : سميعي.
12. فرزام ، پرواز ، 1392، روياهاي فرويد ، انتشارات سيمرغ .
13. واليس ، ليلي ، 1379، تحليل علمي و گام به گام رويا ، انتشارات هنگام .
14. علي خواه ، محمد مهدي ، 1390، خواب و رويا ، انتشارات جمال الحق .
15. سيف بهزاد ، 1390خوابيدن و خواب ديدن ، ويراستار ، احمد ، كسيدا، انتشارات پيشگام .
16. رجبی ، داوود، 1388، خواب و رويا ، انتشارات كمال الملك .
17. نجفي ، محمد رضا ، 1389، اختلالات خواب ، اصفهان ،‌دانشگاه علوم پزشكي .
18. كياني ، كاظم ، مخبري ، هادي ، 1390، روانشناسي خواب ، درمان بي‌خوابي و ساير اختلالات خواب ، لوح دانش .
19. ماس ، جيمز پ ، 2010، نيروي خواب ،ترجمه : بهارك ، جهانگير ، عطار
20. خوي نژاد ، دكتر غلامرضا ، 1386 ، روش‌هاي پژوهش در علوم تربيتي ، انتشارات سمت .
21. دلاور،‌دكتر علي ، 1384، روش تحقيق در روانشناسي و علوم تربيتي ، نشر ويرايش .

منابع لاتين :

1. buysse DJ ,Clinical diagnosis in 216 insomnia paticnts sleep 1994 ; 17:630 .
2. Jacob EA , Reynolds CF III, Kiupfer DJ: therole of polysomnography nin the diff . diag . Of Ch . Insomnia AMJ Psychiatry 1988; 145:346.
3. Hauri PJ:Wrist actigraphy in Insomnia . Sleep 1992 ; 15 : 293.
4. Mendelson WB.Effects of flurazepam and zolpidem on the perception of sleep in Insomnias . Sleep 1995;18:92.
5. Antonio Culebras : Clinical Handbook of sleep disorders ; Bottrworth Heinemann; pp: 13- 27 ; 1996.
6. Carpenter M.B ;sutin J.Muman Neuroanatomy . Williams and Wikins Eighth Edition . pp :700-701; 1983.
7. Jouvet, M.Neurophsiology of the states of sleep , physiol .Rev.47:117-177;1967.
8. Marhand OHN , Dyken ML:Sleep abnormalities in patients with brainstem lesions: Neurology 26:769.1976.
9. Raymond D.Adams ; principles of Neurology McGraw Hill; 1997 ; pp : 380 .
10. M.S.Aldrich; Neurologic clinics; sleep Dis. I.W.B Saunders co.1996 pp:545-566.
11. Mcrritt , Textbook of Neurology . Williams and Wikins; Ninth edition ; 1995 pp:875-884.
12. Culeras A . Clinical handbook of sleep disorders.Butterworth- Heinemann1996;pp:159-173.
13. Yoss RE;Criteria for the diagnosis of the narcoleptic syndrome . Pro staffmayo clin 1957;32:320.
14. Aldrich Ms,;Dopamin-receptor autoradiography of human narcoleptic brain . Neurology 42:410-413, 1992.
15. Mullington J,: Scheduled naps in the management of daytime sleepiness in narcolepsy- cataplexy . Sleep 16:444-456,1993.
16. Schmidt HS.Protriptyline:An effective agent in the Treat , of nar . and hyper. AMJ psych.134:183-185,1979.
17. Aldrich MS:The clinical spectrum of narcolepsy and idiopathic hypersomnia. Neurology 46:393-401, 1996.
18. Billard M:A menstruation – Linked periodic hopersomnia neurology 1975;25:436.
1. .Tristram shandy [↑](#footnote-ref-1)
2. .passive [↑](#footnote-ref-2)
3. .nap [↑](#footnote-ref-3)
4. .Sleep spindles [↑](#footnote-ref-4)
5. .K-Complex [↑](#footnote-ref-5)
6. .delta sleep [↑](#footnote-ref-6)
7. Slow wave sleep [↑](#footnote-ref-7)
8. .Triangular [↑](#footnote-ref-8)
9. .saw tooth waves [↑](#footnote-ref-9)
10. . Dyssomnias [↑](#footnote-ref-10)
11. .parasomina [↑](#footnote-ref-11)
12. .proposed sleep disorder [↑](#footnote-ref-12)
13. Intrinsic dis [↑](#footnote-ref-13)
14. .extrinsic dis [↑](#footnote-ref-14)
15. Arousal [↑](#footnote-ref-15)
16. .confusional arousal [↑](#footnote-ref-16)
17. . proposed sleep disorder [↑](#footnote-ref-17)
18. .insomniu [↑](#footnote-ref-18)
19. .Toinder [↑](#footnote-ref-19)
20. . carskadon [↑](#footnote-ref-20)
21. .mitler [↑](#footnote-ref-21)
22. .narcolepsy [↑](#footnote-ref-22)
23. .cataplexy [↑](#footnote-ref-23)
24. .Freud [↑](#footnote-ref-24)
25. .Yung [↑](#footnote-ref-25)
26. .Adler [↑](#footnote-ref-26)
27. Lovy [↑](#footnote-ref-27)
28. .French [↑](#footnote-ref-28)
29. .Vlman [↑](#footnote-ref-29)
30. .Erikson [↑](#footnote-ref-30)
31. .Boss [↑](#footnote-ref-31)
32. .Jerry siegel [↑](#footnote-ref-32)
33. .hansBurger [↑](#footnote-ref-33)
34. .Guillemnult [↑](#footnote-ref-34)
35. .Dement [↑](#footnote-ref-35)
36. .nathaniel kleitman [↑](#footnote-ref-36)
37. .Grrifen [↑](#footnote-ref-37)
38. .manifect content [↑](#footnote-ref-38)
39. .Latent contect [↑](#footnote-ref-39)
40. .Free Association [↑](#footnote-ref-40)
41. .dream analiz [↑](#footnote-ref-41)
42. .Latent content [↑](#footnote-ref-42)
43. .manifest content [↑](#footnote-ref-43)
44. .dream work [↑](#footnote-ref-44)
45. .Counter Ego [↑](#footnote-ref-45)
46. . Sadow [↑](#footnote-ref-46)
47. . Anima [↑](#footnote-ref-47)
48. . Animus [↑](#footnote-ref-48)
49. .Shadow [↑](#footnote-ref-49)
50. .Will to power [↑](#footnote-ref-50)
51. .Activation synthesis theory [↑](#footnote-ref-51)
52. .pons [↑](#footnote-ref-52)
53. .Desomno parvanturlia [↑](#footnote-ref-53)
54. .Fantasia [↑](#footnote-ref-54)
55. .phantasy [↑](#footnote-ref-55)
56. .Lima pf , pattern [↑](#footnote-ref-56)
57. .johns M.W Dudley " the sleep habits , personality and academic performance 10(3) 158-162 - 1976 , May (1999) [↑](#footnote-ref-57)