





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده پزشکی شهید بابایی

پایان نامه جهت دریافت دکترای حرفه ای پزشکی عمومی

عنوان

بررسی فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار انواع اختلالات خواب

استاد راهنما

سرکار آقای دکتر کاظمی فر

استاد مشاور

سرکار خانم دکتر یزدی

نگارش

علی محسن

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

مادرم شبنم گلبرگ حیات پدرم عطر گل یاس بقاست
مادرم وسعت دریای گذشت پدرم ساحل زیبای لقاست
مادرم آئینه حجب و حیا پدرم جلوه ایمان و رضاست
مادرم سنگ صبور دل پدرم در همه حال کارگشاست
مادرم شهر امیداست و هنر پدرم حاکم پیمان و وفاست
مادرم باغ خزان دیده دهر پدرم برسرما مرغ هماست
مادرم موی سپید کرده زحزن پدرم نقش همه خاطره هاست
مادرم کوه وقار است و کمال پدرم چشمه جوشان عطاست

تقدیم به خواهر برادرهای عزیزم

تقدیم به استاد ارجمند خانم دکتر یزدی

تقدیم به شهیدان حق در سوریه

فهرست

۵	چکیده.....
۷	فصل اول : مقدمه و بیان مساله
۳۰	فصل دوم : بررسی متون و مروری بر مقالات.....
۳۶	فصل سوم : روش اجرا
۴۳	فصل چهارم : یافته ها.....
۵۴	فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری.....

منابع

واژه های کلیدی:

خودکشی ، بی خوابی ، خواب الودگی ، کیفیت خواب ، پاراسومنیا

چکیده

مقدمه

خودکشی یکی از علل اصلی مرگ در تمام سنین است. بر همین اساس خودکشی از موضوعات دارای اولویت بهداشت روان برای سازمان جهانی بهداشت محسوب می شود. مشکلات خواب عوامل بالقوه مهم برای افکار یا تلاش خودکشی هستند. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین افکار خودکشی و اختلالات شایع خواب انجام گردید.

روش بررسی

مطالعه به روش مقطعی توصیفی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد.

پرسشنامه در اختیار کلیه دانشجویان سال دوم تا هفتم دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شامل ۱۵۵ دانشجو قرار داده شد، از این تعداد ۱۵۰ پرسشنامه جمع آوری شد. بر اساس امتیازدهی استاندارد که پرسشنامه داشت، هر مورد امتیازدهی شده و نتایج در برنامه SPSS قرار داده شد.

یافته ها

نفرات که افکار خودکشی داشتند ۲۶ (۱۲ زن - ۱۴ مرد) نفر بودند. این افراد ۱۷,۳ درصد افراد جامعه مورد مطالعه ما تشکیل می دهند. افراد که مشکل خواب کلینیکال و شدید ۳۸ (۳,۲۵) بودند که رابطه معنی دار داشته با افراد دارای افکار خودکشی داشتند. افراد که مشکل خواب الودگی داشتند ۶۲ (۳,۴۱) بودند و رابطه معنی دار با افراد

دارای افکار خودکشی داشتند. در مورد کیفیت خواب ما ۹۴ نفر (۶۲,۷) کیفیت نامناسب خواب ابراز می کردند که ۲۵ نفر از افراد که افکار خودکشی داشتند در این گروه قرار می گرفتند، و رابطه معنی دار وجود داشته است. اما برای اختلالات پاراسومنیا و رابطه آن با افکار خودکشی فقط در کابوس شبانه رابطه معنی دار پیدا کردیم و از ۲۹ نفر که کابوس شبانه ذکر می کردند ۹ نفر افکار خودکشی داشتند. همچنین شیفت داشتند با افکار خودکشی رابطه معنی دار داشته است.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه یافته های قبلی را تایید کرد که بی خوابی و کابوس شبانه ارتباط قوی دارد با افکار خودکشی و همچنین کیفیت بد خواب و خواب الودگی روزانه هم رابطه با افکار خودکشی دارد. واقع پیشنهاد می کند که تمرکز درمانی روی اختلالات خواب می تواند کاربردهای مهمی در جلوگیری از میل به خودکشی باشد.

فصل اول

مقدمه و بیان مسأله

خودکشی از نظر آماری یک موضوع دشوار برای مطالعه است. بیشتر محققان تمرکز خود را روی رفتار خودکشی و تفکرات خودکشی گذاشته اند که هر دو ریسک فاکتور مهم برای خودکشی است رفتار خودکشی بدون تفکرات خودکشی به خودی خود خودکشی به حساب نمی آید. تفکر در مورد خودکشی یک جزء مهم رفتارهای خودکشی و لازمه ی آن است.

رفتار های خودکشی در افراد بزرگسال نسبت به افراد جوان کشنده تر است و همچنین افراد بزرگسال از راههای گوناگون تری برای خودکشی استفاده می کنند.

در یک مطالعه در امریکا خودکشی رو به افزایش که در افراد < ۶۵ سال ۳۰٪ بیشتر از افراد > ۶۵ سال است.

یک ریسک فاکتور مهم برای رفتار و تفکرات خودکشی اختلالات خواب است و تحقیقات نشان می دهد ارتباط مشخصی بین رفتار و تفکرات خودکشی با اختلالات خواب است و تحقیقات نشان می دهد ارتباط مشخصی بین رفتار و تفکرات خودکشی با اختلالات خواب وجود دارد که بطور گسترده هنوز بررسی نشده است.

بی خوابی شایعترین نوع اختلال خواب است که میتواند اختلال در تمرکز ایجاد کند. بی خوابی ترجمه لاتین insomnia و به معنی نبودن خواب است. تعریف بی خوابی به صورت ناتوانی در به خواب رفتن و یا ادامه یخواب است که یک دوره ی زمانی معقولی به طول بیانجامد. هم چنین بی خوابی برای حالتی هم به کار می رود که بیدار شدن همراه با احساس سرحالی شادابی نباشد و بی خوابی یک بیماری نیست. آن فقط یک علامت کلی مثل درد و یا تب است و تنها می تواند علامتی از وجود یک مشکل باشد. افراد دچار بی خوابی غالباً شکایت می کنند که قادر به بستن چشم هایشان و خوابیدن نیستند و می گویند که به اندازه ی کافی نمی خوابند. ولی غالباً مشکل اصلی این است که خواب آنها رضایت بخش و آرام نیست. بر طبق تحقیقات انجام شده، حدود ۳۰-۴۰٪

بزرگسالان می گویند که علایم بی خوابی را به صورت گهگاهی در طی یک سال گذشته داشته اند و حدود ۱۰-

۱۵٪ آنها بی خوابی مزمن دارند. شیوع بی خوابی با افزایش سن افزایش می یابد. (۱،۲،۳،۴،۵)

تقریباً یک سوم زندگی ما در خواب سپری می شود به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران خواب مرحله ای از استراحت

و تجدید قواست که این تجدید قوا بیشتر روحی است تا جسمی. مغز همواره برای بهتر کار کردن به فرصتی

برای ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی نیاز دارد به همین خاطر به هنگام خواب سلول های خاصی در مغز فعالیت دارند

و هرچه کمبود خواب بیشتر باشد این سلول ها مجبور به فعالیت بیشتری هستند. (۶)

به اعتقاد پژوهشگران خواب بیش از هر عامل دیگری در تجزیه و تحلیل اطلاعات مغز اهمیت دارد زیرا داده هایی

که در طول روز وارد مغز می شوند در هنگام خواب و در آرامش، دوباره سازماندهی می شوند. اما عمل بازسازی

اطلاعات در مغز افرادی که با مشکلات خواب که متخصصان علم خواب از آن به "اختلالات خواب" یاد می کنند

با توان کمتری صورت می گیرد. (۶)

بدون خواب استعداد شناسایی انسان تحلیل می رود و پس از سه تا چهار روز بی خوابی مغز دیگر نمی تواند به

درستی کار کند و ممکن است شخص دچار توهم شود.

بیش از یک دوم افرادی که از مشکلات خواب رنج می برند در صدد درمان بر نمی آیند. کمبود خواب می تواند

موجب اشکال در تمرکز، ضعف حافظه، مشکلاتی در آزمونهای نوروپسیکولوژیک، و کاهش میل جنسی شود.

اختلالات خواب ممکن است عواقب وخیمی بدنال داشته باشند. (۶)

این که «کسی از بی خوابی نمی میرد» افسانه ای بیش نیست. بسیاری از اختلال‌های خواب تهدید کننده حیات هستند، چه به صورت مستقیم، مانند: «اختلال بی خوابی کشنده خانوادگی» یا «آپنه خواب انسدادی هنگام خواب» و چه به صورت غیرمستقیم، مانند: «حوادث مرتبط با اختلال‌های خواب» (۶).

هزینه غیرمستقیم حوادث ناشی از اختلال‌های خواب به تقریب ۱۰۰ میلیون دلار در سال در امریکا برآورد شده است. بنابر این اختلال خواب مشکلی جدی است که نه تنها بر خانواده بلکه بر همکاران و اجتماع به طور کل تاثیر می‌گذارد.

مرگ و میر در بین افرادی که کم‌تر و بیش‌تر از حد طبیعی می‌خوابند، افزایش می‌یابد. یک پی‌گیری ۶ ساله نشان داده است که مرگ و میر مردان ۳۰ ساله و بالاتر که کم‌تر از ۴ ساعت در شبانه روز می‌خوابیدند ۲/۸ بار بیش‌تر از کسانی بود که ۷-۸ ساعت می‌خوابیدند. از سویی دیگر مرگ و میر در مردانی که بیش از ۱۰ ساعت در شبانه روز می‌خوابند، ۱/۸ بار بیش‌تر از مردانی است که به میزان طبیعی می‌خوابند.

مقدار خوابی که افراد نیاز دارند به طور قابل توجهی متنوع است. اکثر بالغین ۷-۸ ساعت در شبانه روز می‌خوابند. اگر چه بعضی از افراد بدون این که عارضه ای برایشان داشته باشد کم‌تر از این میزان می‌خوابند. اغلب افراد بالای ۶۰ سال از مشکلات خواب شاکی هستند و تغییر در الگوی خواب در این سنین شایع است و بخشی از پدیده سالمندی است. (۶)

اختلالات خواب

عموم مردم و حتا برخی از بالینگران جدی بودن اختلال‌های خواب را درک نکرده اند. اگر چه افرادی که دچار مشکلات خواب هستند، کم‌تر مشکل خود را پی‌گیری می‌کنند ولی شاید علت آن بی تفاوتی بخشی از سیستم مراقبت‌های بهداشتی از جمله پزشکان نسبت به این مساله باشد.

ممکن است این بی تفاوتی ریشه در ناآگاهی آنان نسبت به اهمیت و تاثیرات منفی اختلال‌های خواب روی زندگی فرد داشته باشد.

بسیاری از مردم خواب راحتی ندارند و گرفتار اختلالات خواب هستند. آپنه خواب، بی‌خوابی، خروپف، سندرم پاهای بی‌قرار در خواب، راه رفتن هنگام خواب، صحبت کردن در خواب، کابوس‌ها و وحشت‌های شبانه از جمله مشکلاتی هستند که بسیاری از مردم با آن مواجه هستند .

بدخوابی، بیخوابی و دیگر اختلالات مرتبط با خواب باعث پایین آمدن کیفیت خواب و بیماری‌های مرتبط با خواب می‌شوند به گونه‌ای که تاکنون حدود ۱۶۸ بیماری مرتبط با خواب شناخته شده است.

چنانچه فرد خواب عمیق شبانه را تجربه نکند در طول روز دچار خواب آلودگی و خستگی می‌شود که این امر منجر به بروز مشکلاتی در محیط‌های کاری افراد و یا منجر به بروز تصادفات خواهد شد حدود، ۲۰ تا ۳۰ درصد تصادفات ناشی از مشکلات و اختلالات مرتبط با خواب است .

از نظر کلینیکی و فیزیولوژی ، خواب به دو قسمت تقسیم می شود:

1- REM (Rapid eye movement) یا حرکات سریع چشم . در این فاز از خواب چه اتفاقاتی می افتد ؟

در هنگام به خواب رفتن ، چشم ها شروع به حرکات سریع در جهات مختلف می کنند . این فاز از خواب به خواب متناقض اشاره میکند چون فعالیت مغز با یک آدم بیدار و هوشیار فرق نمی کند و از لحاظ امواج مغزی که در الکتروانسفالوگرام ثبت شده با آدم هوشیار یکسان می باشد . در این مرحله از خواب فعالیت سیستم اتونومیک (سمپاتیک و پاراسمپاتیک) هر دو افزایش فعالیت دیده می شود . فشار خون ، ضربان قلب و برون ده قلبی در این مرحله از خواب با مقایسه با فرد بیدار نسبتا کاهش پیدا میکنند . بی ثباتی در در تعداد تنفس و افزایش مقاومت راه های هوایی فوقانی در این مرحله رخ می دهد . لازم به ذکر است که اپنه تنفسی و اختلالات تهویه در این مرحله از خواب اتفاق می افتد . درجه حرارت بدن در این مرحله از خواب به علت فعالیت و بی ثباتی سیستم اتونوم متفاوت است (تعریق و لرز) ممکن است یکی از اینها اتفاق بیافتد. (۷،۸)

2- NREM (Non rapid eye movement)

یا مرحله حرکات غیر سریع چشم . این مرحله از خواب ، خواب آرام نیز نامیده می شود . در این مرحله چه اتفاقی می افتد ؟ در این مرحله امواج در الکتروانسفالوگرام تبدیل به امواج اهسته می شود . حرکات چشم اهسته تر از فاز اول خواب می شود . سیستم پاراسمپاتیک غالبتر می شود . فشار خون ، ضربان قلب و برون ده قلبی کاهش قابل ملاحظه ای پیدا میکنند . تعداد تنفس نسبت به مرحله اول منظم تر می شود . درجه حرارت بدن به علت کاهش درجه حرارت هیپوتالامیک کاهش پیدا می کند . اختلالات خواب بسیار شایع است به طوری که از هر ۵ نفر بالغ یک نفر مبتلا به یکی از مشکلات خوابی که در زیر به صورت مفصل شرح داده شده است . بسیاری از بیمار ی های جسمی ، خواب را آشفته و هوشیاری را مختل می کنند . به علاوه، ممکن است خواب با بیماری

های جسمی همبودی داشته باشد. تقریباً هر بیماری جسمی که در د یا ناراحتی قابل ملاحظه تولید کند یا ناشی از اختلالات متابولیک باشد، می تواند هر دو کیفیت و کمیت خواب را به طور منفی تحت تأثیر قرار بدهد. بیماری هایی که سیستمهای تنفسی، قلبی عروقی، گوارشی و نورولوژیک را مبتلا می کنند، به ویژه از این لحاظ، مشکل ساز هستند. به علاوه، تقریباً هر بیماری عفونی که دامنه آن از سرماخوردگی معمولی تا آنفولانزا قرار دارد و همینطور سایر بیماری های نسبتاً شایع مانند عفونت های مجاری ادراری و اوتیت، می توانند خواب را مختل کنند. (۷،۸)

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS) ICSD(بر طبق تقسیم بندی بین المللی اختلالات خواب:

خواب به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می شود:

بی خوابی، شایعترین مشکل خواب در بیماران جسمی است که با شکایات دشواری در شروع یا حفظ خواب و یا خواب ناکافی که برای حداقل یک ماه طول بکشد و پریشانی بالینی قابل ملاحظه یا اختلال عملکرد اجتماعی یا شغلی ایجاد کند، مشخص شده است. بی خوابی یک اختلال ناهمگن است که توسط طبقه بندی بین المللی اختلالات خواب به انواع اولیه و ثانویه تقسیم شده است.

بی خوابی اولیه: شامل هر نوع بی خوابی است که علت دیگری ندارد و در آن گزارشهای ذهنی خواب آشفته، توسط پلی سومنوگرافی عینی تأیید شده است.

بی خوابی ثانویه: که اخیراً توسط انستیتو ملی بهداشت (National Institute of Health) بی خوابی همبود نامیده شده، شامل بی خوابی همراه با اختلالات پزشکی و روانپزشکی می شود. اگر چه در طی سال های اخیر،

توجه بالینی به پژوهش درباره خواب منجر به طبقه بندی اختلالات مشخص و عینی تعریف شده ای از اعمال مربوط به خواب/بیداری شده است و پیشرفت هایی در زمینه ارزیابی اختلالات خواب به ویژه پلی سومنوگرافی صورت گرفته، اما پژوهش های اندکی تأثیرات ذهنی کیفیت خواب (خوب) و (بد) را با استفاده از مقیاس های درجه بندی خود گزارشی در افراد عادی و بیماران جسمی مورد مطالعه قرار داده اند. در واقع به سوابق پژوهشی درباره کیفیت خواب اطلاعات اندکی درباره اینکه افراد (Evans) اعتقاد اوانز خواب خود را چگونه توصیف می کنند، فراهم می کند که نشان می دهد اگر قرار است پژوهش ها درباره کیفیت خواب موفق باشند، باید به تجارب افراد نیز حساس باشند و از مقیاس هایی استفاده کننده که کیفیت خواب ذهنی را ارزیابی می نماید. (۸،۷)

شایعترین اختلالات خواب:

۱- Dyssomnias :

اختلالاتی است که برای تولید خواب یا اشکال در شروع یا حفظ خواب یا خواب آلودگی بیش از حد تعریف می شود. خود به سه دسته تقسیم می شود:

۱-ا : اختلال خواب درونی : اختلال در داخل بدن وجود دارد مثل بیماریهای جسمی ، روانی و عصبی می باشد ، ولی باعث ایجاد اختلال خواب اولیه می شوند.

۱-ب : اختلال خواب برونی : هر عامل خارجی و محیطی باعث ایجاد اختلال خواب اولیه می شود وبا حذف این عامل خواب به حالت نرمال بر میگردد.

۱-ج : اختلال سیکل خواب : به عنوان مثال شیفت کاری یا تغییر زمان منطقه باعث ایجاد اختلال سیکل خواب شبانه روزی می شود. (۸)

۲- پاراسومینا:

نابهنجاری خواب یا همان پاراسومینا از طریق پدیدار شدن وقایع رفتاری یا فیزیولوژیکی نابهنجاری در رابطه با خواب، مراحل تشخیص خواب یا فواصل خواب- بیداری، مشخص می شود. پاراسومینا یک پدیده غیر عادی و ناخوشایند است که ناگهان در ضمن خواب پدید آمده یا در آستانه بین خواب و بیداری روی می دهد. اکثر پاراسومیناها در مراحل ۳ یا ۴ خواب روی داده و لذا خواب به خاطر آورده نمی شوند. (۸)

۳- اختلال های تنفسی وابسته به خواب یا (آپنه):

مشکلات تنفسی وابسته به خواب نیازمند تشخیص و ارزیابی دقیق است آپنه خواب شامل عدم تنفس مؤثر به هنگام خواب می باشد و ممکن است از انسداد کامل یا نسبی راه های هوایی ناشی شود یا عدم کنترل مرکز عصبی تنفس موجب آن گردد و یا هر دو عامل نقش داشته باشند. آپنه خواب اغلب به خاطر صدای بلند، خرناس های شبانه و یا وقفه های مشاهده شده در تنفس پوشیده می ماند. گاه گاهی به دنبال بررسی علت خواب آلودگی شدید در روز، این عارضه کشف می شود. آپنه خواب تمام سنین را گرفتار می کند و محدود به بزرگسالان نمی شود. یکی از علایم مهم وقفه تنفسی در خواب خرخر بلند و دائمی است، البته این به آن معنی نیست که تمام کسانی که خرخر می کنند دچار این بیماری هستند، ولی اگر بیمار فرد میانسالی است که خرخر بلند و دائمی دارد و چاق است و در طی روز از خستگی شکایت دارد شصت و پنج تا نود و پنج درصد احتمال دارد دچار این بیماری باشد، هر چند تشخیص نهایی با انجام تست پلی سمنو گرافی است. (۹)

در بیماران مبتلا به وقفه تنفسی، در موقع خواب راه تنفس فوقانی روی هم خوابیده توقف تنفس باعث افت سطح اکسیژن خون و تلاش مجدد فرد برای شروع تنفس می گردد. این پدیده باعث می شود فعالیت الکتریکی مغز بیمار برای چند ثانیه از حالت خواب به بیداری تبدیل شود (این مدت آنقدر کوتاه است که فرد چیزی به خاطر نمی آورد. تکرار این پدیده در طی شب باعث می شود که همواره امواج مغزی فرد بین بیداری و مرحله اول خواب در نوسان باشد و به مراحل عمیق تر خواب وارد نشود و یا مدت کوتاهی را در مرحله عمیق خواب بگذرانند. به این ترتیب هر چند فرد ساعت ها در رختخواب گذرانده از خواب با کیفیت مطلوب بی بهره مانده است و صبح احساس خستگی می کند. این پدیده دارای عوارض کوتاه مدت و دراز مدت است. نتیجه این اختلال در شب خستگی و چرت زدن بیمار در روز بعد است، ولی عارضه دراز مدت آن صدمات عروقی و افزایش احتمال فشار خون و سکته مغزی است تصور می شود که در میان مردان میانسال مبتلا به فشار خون اولیه، سی در صد، دچار وقفه تنفسی خواب تشخیص داده نشده باشند. (۹)

لذا تفتیش پزشکان در مورد علائم این بیماری در افراد مبتلا به فشار خون بسیار با اهمیت است. بیماران دچار اسم شبانه یا اسم مقاوم به درمان می بایست از نظر علائم این بیماری مورد پرس و جو قرار گیرند و در صورت وجود بایستی از نظر احتمال وقفه تنفسی در خواب مورد بررسی قرار گیرند. همینطور است بیمارانی که دچار علائم قلبی شبانه یا مقاوم به درمان هستند. (۹)

دو نوع آپنه خواب وجود دارد:

آپنه انسدادی و آپنه مرکزی. آپنه مرکزی که شیوع کمتری دارد هنگامی رخ می دهد که مغز نمی تواند فرمان لازم برای حرکت عضلات تنفسی و شروع دم را بدهد. آپنه انسدادی که بسیار شایع تر است هنگامی رخ می دهد که به رغم تلاش فرد و عضلات تنفسی اش برای تنفس، هوا به داخل یا خارج از بینی و دهان وی جریان پیدا نکند. هر چند خرخر همیشه با آپنه خواب همراه نیست ولی تقریباً همیشه آپنه خواب با خرخر در فواصل بین دو حمله آپنه همراه است. ممکن است در هر ساعت ۲۰ تا ۳۰ حمله آپنه اتفاق بیفتند. بیمار ممکن است از احساس خفگی حین خواب، سردرد صبحگاهی و خواب آلودگی و گیجی روزانه شکایت داشته باشد. تشخیص و درمان آپنه خواب بسیار مهم است؛ زیرا این مشکل می تواند منجر به افزایش فشار خون، سکته قلبی و مغزی و نارسایی قلب و ریه گردد. آپنه معمولاً هنگامی رخ می دهد که راه هوای نسبتاً بسته حلق، با شل شدن عضلات در حین خواب کاملاً مسدود گردد و به رغم وجود تلاش برای تنفس، تبادل هوا از ریه به بیرون صورت نگیرد. عدم ورود و خروج هوا از ریه سبب بالا رفتن سطح دی اکسید کربن خون و پایین آمدن سطح اکسیژن خون می گردد. این تغییرات باعث بیدار شدن فرد می گردد. با بیداری بیمار، شلی عضلات حلق کم شده و راه هوایی مجدداً باز می شود و هوا جریان می یابد. این بیدار شدن های مکرر هر چند باعث تداوم تنفس می شود ولی سبب می گردد که بیمار خواب عمیق نداشته باشد. به عبارتی به محض این که خواب بیمار به سمت عمیق شدن پیش می رود با یک حمله آپنه، بیمار بیدار می شود. ممکن است فرد مبتلا به "آپنه خواب" متوجه هیچ یک از وقایع حین خواب خود نگردد. (۹، ۱۰)

معمولاً بیمار از حملات توقف تنفس خود و بیدار شدن های مکرر بی اطلاع است اما از سردرد صبحگاهی، احساس عدم رضایت از خواب و خواب آلودگی روزانه شکایت دارد. ممکن است بیمار قادر نباشد روی

موضوعات خاص فکر خود را متمرکز کند و همچنین در طول روز و حتی حین کار مکرراً چرت بزند. آپنه خواب در آزمایشگاه خواب یا دستگاه پلی سومنوگرام تشخیص داده می شود و برحسب شدت و علت آن تحت درمان های مختلف جراحی و غیر جراحی قرار می گیرد. افرادی که دچار خواب آلودگی در طی روز هستند خود و دیگران را در معرض تهدید قرار می گیرند، یکی از خطرات مهم که این افراد را تهدید می کند و نیز از سوی این افراد جامعه را مورد تهدید قرار می دهد حوادث رانندگی و حوادث موقع کار است. در کشور های پیشرفته رانندگان وسائط نقلیه عمومی از نظر اختلالات خواب مورد بررسی قرار می گیرند و در صورت ابتلای فرد تا زمانیکه فرد درمان نشده و درمان وی از طرف متخصص مورد تایید قرار نگرفته است، به وی اجازه رانندگی داده نمی شود. (۹)

۴- خواب آلودگی: (narcolepsy)

معمولاً این حالت توسط محرومیت از خواب به وجود می آید. این مسئله ممکن است در اثر کاهش طول کلی خواب باشد و یا قطع خواب، موجب خواب آلودگی در روز شود. نارکولپسی حالت مزمن خواب آلودگی شدید در روز می باشد و بسیار جدی است و اغلب در بچه ها و نوجوانان تشخیص داده می شود. این حالت خیلی نادر است و به طور متوسط بین ۱,۰-۴ درصد را برای آن گزارش می کنند. شایع ترین علامت نارکولپسی، خواب آلودگی بیش از حد روزانه و حملات چرت زدن است که ممکن است همراه علائم فوق باشد یا نباشد. تشخیص این بیماری با گرفتن تاریخچه و انجام پلی سومنوگرام میسر است که در آن تغییرات خاص نوار مغز در حین خواب که مؤید تغییرات ریتم خواب می باشد مشخص می گردد. هر چند درمان قطعی این بیماری ممکن نیست ولی بعد از تشخیص صحیح، پزشک شما می تواند با برنامه ی درمانی که برای بیمار ترتیب می دهد علائم و مشکلات خواب و بیداری وی را تا حد قابل توجهی کاهش دهد و در ارتقاء کیفیت زندگی او مؤثر باشد. (۱۱)

۵- کابوس شبانه: (Nightmare)

خواب اتفاق می افتد و به عنوان حملات اضطراب - رویا تقسیم بندی می Rem کابوس شبانه در مرحله گردد به نظر می رسد، علت آن شبیه سایر علل وابسته به اضطراب باشد. افراد معمولاً قادرند متن کابوس شبانه را، حداقل بعد از بیداری، گزارش نمایند. برای بهبودی کابوس های شبانه گاه گاهی اطمینان دادن و توجه دادن به گذرا بودن عامل استرس کافی است. اگر کابوس شبانه شدید باشد و یا به صورت متناوب اتفاق افتد، باعث بروز مشکلاتی شده و موجب تداخل با زندگی روزانه و یا عملکرد طبیعی فرد می شود. (۸)

۶- خواب بیش از حد:

در افراد مبتلا به پر خوابی دامنه مدت دوره خواب اساسی از ۸ تا ۱۲ ساعت است و اغلب با مشکل در بیدار شدن به هنگام صبح همراه است. در افراد مبتلا به این اختلال چرت زدن های روزانه بسیار زیاد است. عمده ترین دلیل این است که فرد شب را خوب نخوابیده، علت این مشکل میتواند یک بیماری مانند دیابت، عفونت ویروسی و یا مشکل در غده تیروئید باشد. همین چرت های روزانه، اثر بخشی ضعیف، تمرکز ضعیف و حافظه ضعیف را در فرد به وجود می آورند. روابط خانوادگی نیز در اثر خواب آلودگی در بیشتر موارد دچار اختلال می شوند. افراد مبتلا به این اختلال اغلب مشوش، ستیزه جو یا دارای ناهماهنگی حرکتی به نظر می رسند. حتی استمرار این خواب آلودگی روزانه ممکن است به رفتارهای غیرعادی منجر شود که افراد را از محیط غافل می کند. متعاقب این رفتارهای غیرطبیعی ممکن است افراد چیزی را به خاطر نیاورند و یا اینکه یادآوری آنها ناقص شود. افراد پر خواب نیز درست مانند کم خواب ها دوره هایی از افسردگی اساسی را تجربه می کنند. پر خوابی بین سنین ۱۵ تا ۳۰ سالگی با پیشرفت تدریجی طی هفته ها تا ماه ها شروع می شود و در مردان تقریباً سه برابر زنان است.

۷- بی خوابی: (Insomnia)

یکی از اختلالات چندگانه خواب می باشد که سبب افزایش خطرات بهداشتی می گردد و کیفیت زندگی گروه قابل توجهی از مردم را کاهش می دهد. اثرات کم خوابی در محدوده بسیار گسترده از جمله بیماری های جسمی و روانی، ایجاد اختلاف در زندگی زناشویی، ایجاد مشکل در روابط بین فردی، عدم کارهای در حرفه شغلی و بسیاری مشکلات دیگر ظاهر می شود. علامت اصلی بی خوابی شکایت از اشکال در شروع یا تداوم خواب یا خواب بدون نیروبخشی و خستگی زدایی است. توجهی و عدم تمرکز که در نتیجه بی خوابی به وجود می آید نیز ممکن است منجر به بروز تصادفات شود. همچنین افراد مبتلا به بی خوابی ممکن است سابقه ای از اختلالات روانی به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی را تجربه کنند. این افراد گاهی از داروهای تجویز شده به گونه ای نامناسب استفاده می کنند. شایع ترین علل بی خوابی ناشی از بیماری های طبی عبارتند از:

-بیماریهای دردناک(مثل اختلالات خواب رماتیسمی،اولسر پپتیک وموارد مشابه):

-اپنه خواب - سندرم پاهای بی قرار - قطع داروهای خواب اور- افسردگی - تغییرات محیطی

و اضطراب وتنش(۱۳)

۸- اختلالهای بیداری:

معمولاً بیداری طبیعی پس از دوره خواب کامل اتفاق میافتد. اختلال های بیداری نظیر ترور شبانه، راه رفتن در خواب و بیداری توأم با گیجی می باشد. اغلب این عوارض اولین تا سومین ساعت پس از شروع خواب اتفاق میافتد. اغلب کسانی که در خواب راه می روند را کودکان تشکیل میدهند. راه رفتن در خواب ممکن است زمینه خانوادگی داشته باشد. این پدیده غالباً هنگامی که فرد بیمار است، تب دارد، خواب کافی نداشته یا استرس داشته باشد، روی میدهد. (۸.۹)

۹- خرخر:

خرخر معمولاً هنگامی شنیده می شود که بافت نرم حلق به هنگام تنفس حین خواب، دچار ارتعاش گردد. معمولاً در چنین افرادی، انسداد نسبی راه هوایی ثانویه، چاقی، آسیب یا ساختار نامناسب حلق وجود دارد. هنگامی که انسان می خوابد عضلات حلق شل می شود و انسداد راه هوا، بیشتر می گردد.

خرخر نه تنها باعث مزاحمت برای فرد دیگری که در همان اتاق خوابیده، می شود بلکه ناآگاهانه سبب بیدار شدن مکرر خود فرد می گردد که ممکن است به صدها بار در طول یک شب برسد. نتیجه ی آن، خواب آلودگی روزانه و اشکال در تمرکز فکراست. زمانی که خرخر با "آپنه خواب" توأم باشد، خطر آن جدی تر از زمانی است که به تنهایی وجود داشته باشد. اگر شما علاوه بر خرخر از خستگی روزانه، خواب آلودگی روزانه، فشار خون بالا و بیماری قلبی - عروقی رنج می برید حتماً باید به پزشک مراجعه کنید و در صورت وجود آپنه خواب تحت درمان مناسب قرار گیرید، زیرا عدم تشخیص و درمان به موقع و مناسب، این بیماری می تواند سلامت و

حتی زندگی شما را به مخاطره اندازد. خوشبختانه امروزه برای درمان خرخر ، روش های جراحی و غیر جراحی متعددی وجود دارد که با توجه به صلاحدید پزشکتان می توانید از این روش های درمانی بهره ببرید.(۶)

۱۰- سندرم پای بی قرار (Restless legs syndrome) :

مشکلی است که در آن فرد احساس نوعی ناراحتی (بخصوص در عصرها و شب ها) کرده و می خواهد با راه رفتن یا مالش پا این حس ناخوشایند را برطرف نماید. از آنجا که این سندروم معمولا پا را هنگام خواب تحت تاثیر قرار می دهد، نوعی از اختلالات خواب به شمار می آید. سندرم پای بی قرار در هر سنی می تواند شروع شود و با گر زمان شدت بیماری افزایش می یابد.

افراد مبتلا به سندرم پای بی قرار دچار احساساتی ناراحت کننده در پاها (بعضی اوقات در دست یا سایر اعضای بدن) و نیازی شدید به تکان دادن پاها برای آسایش از این مشکل دارند. بیماری باعث انواع احساسات از جمله سوزن سوزن شدن، خارش، ضربان و کوبیدن، سوزش، کشش و خزیدن چیزی در پاهای فرد مبتلا می شود. نوسان شدت علائم سندرم پای بیقرار عادی بوده و می تواند رخ دهد.

این مشکل معمولا هنگام دراز کشیدن و یا نشستن طولانی مدت بر روی صندلی ماشین، هواپیما و یا سینما رخ دهد. علائم سندرم پای بیقرار با تکان دادن پا و یا ایستادن بهتر شده و کم تر آزار می دهد. این علائم می تواند باعث مشکل در خوابیدن، خواب آلودگی روزانه و کاهش کیفیت زندگی شود.

در اکثر موارد، پزشکان دلیلی برای بیماری سندرم پای بی قرار نمی یابند. هرچند آنها اعتقاد به تاثیر نقش ژن ها و عامل وراثتی در این بیماری دارند(تقریبا ۵۰ درصد افراد مبتلا به بیماری سابقه خانوادگی)دارند.

سایر عوامل تاثیر گذار بغیر از ژن و وراثت شامل:

بعضی از بیماری های مزمن و خاص همچون کمبود آهن، بیماری پارکینسون، نارسایی کلیه، دیابت و نوروپاتی محیطی معمولا با سندرم پای بی قرار مرتبط هستند. درمان این بیماری ها معمولا باعث درمان سندرم پای بی قرار هم می شود. بعضی از انواع داروها همچون داروهای ضد تهوع، داروهای آنتی سایکوتیک، داروهای ضدافسردگی ممکن است باعث سندرم پاهای بی قرار باشند. مصرف قهوه و ترکیبات حاوی کافئین. افراد مسن و سالمند بیشتر به این بیماری مستعدند. کم خونی و پایین بودن سطح آهن خون. (۶)

خودکشی

در فرهنگ های مختلف، خودکشی به صورت های متفاوتی تعبیر و تفسیر می شود. در بیشتر جوامع غربی از خودکشی جلوگیری می کنند و از انجام گرفتن آن در صورت امکان ممانعت می ورزند. در بعضی فرهنگ ها، خودکشی به عنوان عمل افتخار آمیز تلقی می شود ولی فقط اقدامی قابل قبول برای یک شخص ناامید است. به طور معمول کسانی که اقدام به خودکشی می کنند در اکثر موارد دوران کودکی بی ثباتی را گذرانده اند یا اینکه تاریخچه ای از حوادث فشارزای روانی در گذشته و حال داشته اند یا فاقد حمایت کنندگان اجتماعی بوده و دوستی نداشته اند که به او اطمینان کنند تحقیقات نشان می دهد افرادی که خودکشی آنها منجر به مرگ شده است، در اغلب موارد ازدواج نکرده اند یا اینکه همسرانشان مرده یا جدا شده اند یا سنشان بالاتر از ۲۱ بوده یا تنها زندگی می کرده اند یا اینکه تاریخچه ای از اختلال جدی بدنی و هیجانی داشته یا احتمالا معتاد بوده اند. یک بحران خودکشی معمولا توسط یک تجربه آسیب زا و یا مجموعه ای از تجارب که احساس ارزشمندی شخص

را پایمال می کنند، ایجاد می شود. این تجارب شامل یک فقدان اساسی ، ناکامی در نیل به اهداف شخصی و یا مشکلات شخصی دراز مدت می باشند.(۱۵) زمانی که نظام مقابله ای شخص قادر به رویارویی با تجارب منفی زندگی نباشد، افسردگی و یأس ناشی از آن می تواند شخص را به افکار خودکشی ، آسیب پذیر نماید .

افکار خودکشی به عنوان یک تعریف تمایل به مرگ، و یا حداقل یک بی تفاوتی نسبت به زندگی، خودکشی یک رفتار خود آسیب، یا یک رفتار است که آماده سازی صدمه به خود می انجامد، و آن را در نظر گرفته شده است که منجر به احتمال مرگ و یا افزایش خطر مرگ.مرگ با عمدی صدمه به خود به نظر می رسد. در عین حال گاهی مرگ ناشی از یک عمل خودآزاری بود که طوری در نظر گرفته شده که تنها برای تولید یک واکنش را از دیگران در محیط اطراف خود. خودکشی پیچیده است و انگیزه های مختلف در افراد مختلف منجر به

خودکشی می شود.(۱۶،۱۷،۱۸،۱۹)

خودکشی یکی از علل اصلی مرگ در تمام سنین است و حدودی ۱۰-۱۱ مورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال در امریکا رخ می دهد از این سومین علت عمده مرگ و میری ر سن کمتر از ۳۰ سال به حساب میاد.

برهمن اساس خودکشی از موضوعات دارای اولویت بهداشت روان برای سازمان جهانی بهداشت محسوب می شود و این اولویت در گروه های خاص جامعه به دلیل شرایط ویژه ای که دارند بیشتر احساس می شود.

(۱۶،۱۷،۱۸،۱۹)

طبق آمار از WHO خودکشی شایع ترین عامل مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال می باش مهمترین روش های پیشگیری از خودکشی ، شناسایی افراد در معرض اقدام است . دو مطالعه که به تازگی انجام شده نشان داده که افرادی که دارای افکار خودکشی هستند ، در معرض خطر بالایی برای اقدام به خودکشی می باشند. در نتیجه

شناسایی افراد دارای افکار خودکشی به عنوان یک فاکتور پیشگویی کننده مهم ، می تواند زمینه را برای مداخلات پیشگیری کننده از انجام خودکشی فراهم نماید . از طرف دیگر ، کسانی که دارای افکار خودکشی هستند، بیشتر از عموم مردم به سرویس های درمانی مراجعه می کنند و در هنگام مراجعه نیز به توجه ، مراقبت ، اقدامات درمانی و مشاوره ای بیشتری نیاز دارند . در مجموع این افراد بار عمده ای را بر سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می کنند . با توجه به این که روش های پیشگیرانه از نظر اقتصادی نیز به مراتب به صرفه تر هستند ، شناسایی افراد در معرض خطر ، امکان انجام خدمات مشاوره ای پیشگیرانه در این گروه و در نهایت ارایه مطلوب تر خدمات بهداشت روان را در جامعه فراهم می کند . آموزش، تجربه ای پر استرس می باشد و بدیهی است که این استرس در گروه های خاص جامعه چون دانشجویان و به ویژه در رشته های علوم پزشکی به دلیل همراه بودن استرس های محیط آموزشی با محیط بالینی می تواند پیامدهای جسمی و روانی متعددی به همراه داشته باشد .

(۱۶،۱۷،۱۸،۱۹)

مطابق با تخمین سازمان جهانی بهداشت، از آنجایی که در سال ۲۰۰۰ میلادی نزدیک به هشتصد و پنجاه هزار مرگ ناشی از خودکشی در جهان وجود داشته و بیش از ده تا بیست برابر آن اقدام به خودکشی کرده اند، در سال ۲۰۲۰ میلادی تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر در اثر خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد؛ یعنی به طور متوسط یک مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک اقدام به خودکشی در هر یک تا دو ثانیه اتفاق خواهد افتاد.

آمار خودکشی در میان نوجوانان بین ۱۰ و ۱۹ سال سن ۵٫۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است در کره جنوبی و یکی از عوامل اصلی مرگ در میان نوجوانان در این کشور است. میزان شیوع تلاش خودکشی در میان نوجوانان کره ای

بین سن ۱۳ و ۱۸ سال بنا به گزارش ۴,۷٪ بود. تحقیقات اخیر نشان داده است که مشکلات خواب را به عنوان عوامل خطر بالقوه مهمی برای افکار و رفتارهای خودکشی می باشد. (۱۶,۱۷,۱۸,۱۹)

تانگ و همکاران در بررسی روی ۲۳۳ ۱۰ نوجوان دانش آموزان در جنوب تایوان و گزارش داد که متغیرهای از جمله جنس زن، استفاده هفته‌گی از الکل، استفاده مواد مخدر، افسردگی، درگیری‌ها خانواده، خانواده با عملکرد پایین، کاهش علاقه در مدرسه، رتبه پایین در مدرسه، عدم پذیرش آن در میان گروه همسالان با تلاش خودکشی در نوجوانان مرتبط بود. مطالعات بیولوژیکی نشان داده اند که تغییرات قابل توجه در دوران بلوغ رخ دهد، مانند ترشح ملاتونین و نیاز به یک زمان بیشتر در تخت خواب دارند، احتمالاً با توجه به تغییرات بلوغ در سلول‌های عصبی اتفاق می افتد. (۱۶,۱۷,۱۸,۱۹)

اکثراً خودکشی‌ها در چارچوب یک اختلال روانپزشکی فعال رخ می دهد خودکشی یک مشکل بزرگ و رو به رشد در ایالات متحده است. در سال ۲۰۰۹، خودکشی به طور کلی، ۳۶۹۰۹ مرگ و میرناشی از خودکشی گزارش شده‌ی آن سال. اگر چه نرخ خودکشی برای بسیاری از سال‌های نسبتاً ثابت باقی مانده بود، ۲۰۰۹ چهارمین سال متوالی بود که در آن میزان خودکشی افزایش یافته است، نرخ خودکشی در سال ۲۰۰۹، ۱۲,۰ / ۱۰۰۰۰۰ بود، که بالاترین نرخ خودکشی در دهه اخیر بود. بنابراین، تلاش برای تعیین چه عواملی مرتبط با رفتارهای خودکشی ضروری است. (۱۶,۱۷,۱۸,۱۹)

رابطه خواب و افکار خودکشی :

روانشناسان در یک مطالعات جدید دریافته‌اند که درمان بی‌خوابی می‌تواند موجب کاهش افکار خودکشی شود. به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، این روانشناسان تاکید کردند اگر افرادی که با مشکل بی‌خوابی و اختلال خواب مواجه هستند با روش درمانی رفتار شناختی تحت معالجه قرار بگیرند افکار خودکشی در آنها به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا می‌کند.

دکتر ربکا برنرت از کارشناسان روانشناسی در دانشگاه استنفورد کالیفرنیا در بیانیه‌ای اظهار داشت: رسیدگی کردن به مشکل بی‌خوابی می‌تواند تاثیر درمانی و شفابخش در پیشگیری از افکار خودکشی داشته باشد.

بی‌خوابی نیز ممکن است تاثیر شناختی و عملکردی منفی از طریق اختلال در تصمیم‌گیری داشته باشد. نقش خواب در تثبیت حافظه مهم است، اختلال در خواب باعث افت حافظه کلامی و بصری می‌باشد.

به طور خاص، بی‌خوابی با کمبود ظرفیت در حل مسائل، به ویژه هنگامی که شامل کارهای پیچیده باشد مرتبط است.

اقدام به خودکشی نشان اختلالات حل مسئله است که در مطالعات متعدد اقدام به خودکشی نشانه کاهش

در عملکرد حافظه و درک نامناسب مهارت‌های حل مسئله می‌باشد.

رابطه بی‌خوابی خودکشی ممکن است توسط مکانیزم سروتونرژیک باشد .

مجموعه ای از شواهد حاکی از اینکه سروتونین مهم است و نقش پیچیده در القاء و نگهداری از خواب دارد . که توسط یک طیف گسترده ای از گیرنده 5-HT با توزیع منطقه ای مختلف در مغز ایجاد می شود. و با مهار کردن این گیرندها باعث به هم ریختن ریتم خواب بشود.

یک مطالعه گیرنده های سروتونین مغزی افزایش ۹,۶٪ اتصال بالقوه در گیرنده پس از کمتر از ۲۴ ساعت محرومیت از خواب نشان داده است.

اختلال در عملکرد 5-HT نیز در اقدام به خودکشی دیده می شود. یکی از مهمترین یافته های بیولوژیکی که می تواند عامل خودکشی باشد کاهش عملکرد گیرندهای سروتونین 5-HT در مغز می باشد ، در اثر سطوح پایین متابولیتها اصلی سروتونین، ۵-هیدروکسی اندواستیک اسید (HIAA- 5-Hydroxyindoleacetic acid)، در مایع مغزی نخاعی (CSF) که در قربانیان خودکشی و افرای پرخاشگر دیده شده است.

در این سناریو، بی خوابی و کاهش مدت زمان خواب، می تواند به از دست دادن ۵-HT منجر شود، و به نوبه خود، باعث افزایش خطر خودکشی باشد. (۱۸)

دریک نظر سنجی از جمعیت به طور کلی، در حدود یک سوم از بزرگسالان یک یا بیشتر از یک مشکل خواب در سال گذشته گزارش کردند، و مطالعه دیگه نشان می دهد ارتباط بین اختلال خواب، مانند بی خوابی، و رفتار خودکشی در افراد افسرده و مضطرب وجود دارد. بی خوابی به شدت با افکار خودکشی همراه بود نسبت به افراد با کیفیت پایین خواب و به نظر می رسد که منجر به افزایش خطر ابتلا به افکار، اقدام به خودکشی، و مرگ ناشی از خودکشی می باشد. روس و همکاران در یک مطالعه مشخص کردند که ۱۶-۲۵٪ از جمعیت بزرگسال مشکلات خواب پایدار برای ≤ 2 هفته در ۱۲ ماه گذشته داشتند، ۱۶,۴٪ مشکل در خواب رفتن، ۱۶,۷٪ در بیدارشدن

صبحها، ۱۹٫۹٪ مشکل حفظ تداوم خواب و ۲۵٪ خواب جبرانی داشتند. مشکلات خواب به شدت در ارتباط همزمان با اختلالات روانی است، که به نوبه خود مرتبط با افزایش خطر خودکشی می باشد. اشخاصی که واقعا با مشکلات خواب مواجه هستند احتمال اینکه علایم و یا تشخیص افسردگی، اختلال اضطراب یا اختلال سوء مصرف مواد در آنها وجود داشته باشد بیشتر است نسبت به کسانی که اختلال خواب ندارند. مطالعات قبلی نشان داده اند که مشکلات خواب و افسردگی عوامل بالقوه مهم برای افکار یا تلاش خودکشی هستند، به ویژه در نوجوانان. (۱۶،۱۷،۱۸،۱۹)

میلیون ها آمریکایی از اختلالات مربوط به خواب مانند آپنه انسدادی بی خوابی و پاراسومیا رنج می برند، آپنه انسدادی خواب (OSA) با مرگ و میر بیش از حد مرتبط می باشد. در مقابل به OSA، بی خوابی یک عامل خطر تنها برای خودکشی است به همین علت مشکلات خواب از وضعیت مهم و فوری برخوردار هستند. شواهد نشان داده است که بی خوابی یک عامل خطر برای پیشرفت اختلالات روانی است، با شدت خطر برای بیماری افسردگی می باشد. معلوم نیست که آیا بی خوابی به صورت یک پدیده ای مستقل است که می تواند پیشگوی یک بیماری اورژانسی باشد یا بی خوابی به سادگی در لبه پیشرو از یک بیماری است که در حال حاضر در راه است. (۱۷)

افسردگی (MDE)، اغلب با سوء مصرف مواد همزمان است یک اختلال روانی که معمولا بیشتر با خودکشی همراه است. عوامل خطر برای خودکشی شامل هر دو غیرقابل تغییر و برخی بالقوه قابل اصلاح به طور مثال از عوامل غیرقابل تغییر سن، جنسیت زن و قومیت قفقاز، در حالی که نمونه هایی از عوامل خطر بالقوه قابل اصلاح شامل علائم فعال افسردگی، ناامیدی، انزوای اجتماعی، مصرف الکل / مواد، اختلالات خواب در عین حال بی خوابی در اغلب مقالات مروری از عوامل خطر برای خودکشی نادیده گرفته بود. (۱۶)

فصل دوم

بررسی متون و مروری بر

مقالات

حداقل ۲۵ مقالات پژوهشی اصلی اختلال خواب با افکار خودکشی مرتبط دانسته از جمله ۱۰ مطالعه در کودکان و نوجوانان ۱۵ مطالعات در جوانان و سالمندان. این مطالعات در ایالات متحده، انگلستان، فرانسه، کانادا، ترکیه، فنلاند، سوئد، برزیل، چین، و ژاپن بوده است. بسیاری از مطالعات مقطعی بوی با تمرکز بر افکار خودکشی بود. (۲۰، ۳۳)

۴ از ۲۵ مطالعات آینده نگر بود و ارتباط اختلال خواب و خطر خودکشی بررسی کرده و آمار معنی‌دار گزارش کرده است. (۱۶)

بیش از ۶۰ گزارش وجود دارد ای است که کودکان، نوجوانان، جوانان، و بزرگسالان شامل این مطالعات بوده، و این گزارش‌ها از آمریکا، اروپا، و آسیا بود. روش‌های ارزیابی بی‌خوابی به طور گسترده‌ای در سراسر این مطالعات متفاوت است. اندازه‌گیری خودکشی هم به طور مشابه در سراسر این مطالعات متفاوت بود. با وجود تنوع در ارزیابی، عمومی یافته‌های بدست آمده ارتباط قابل ملاحظه‌ای وجود داشته است. تحقیقات متعدد به طور همزمان هر دو "بی‌خوابی" و "کابوس"، مورد بررسی قرار داده است و در این مطالعات پیدا شده است که حضور کابوس به عنوان عامل قوی‌تر از بی‌خوابی در پیش‌بینی خودکشی بوده است. (۱۸)

به علاوه، دو مطالعات آینده نگر و یک مطالعه گذشته نگر به نتیجه رسیدند که علائم بی‌خوابی با مرگ همراه بود توسط شواهد نشان داده شده است که رابطه بین علائم بی‌خوابی و رفتارهای خودکشی ممکن است توسط علائم افسردگی باشد. (۱۶) در یک بررسی مقطعی اخیر روی ۵۸۳ دانش‌آموزان کالج، متوجه رابطه بین علائم بی‌

خوابی و افکار خودکشی شده است که کاملاً توسط نشانه‌های افسردگی ایجاد شده. با این حال، تحقیقات نشان می‌دهد که علائم بی‌خوابی اغلب قبل از علائم افسردگی، خودشون نشان می‌دهد که علائم بی‌خوابی ممکن است یک عامل مهم در توسعه افسردگی و افکار خودکشی باشد. (۲۲)

یافته‌های مشابهی در مطالعات که به بررسی رابطه بین کابوس و رفتارهای خودکشی پرداخته بود. کابوس نشان داده شده است با افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و مرگ خودکشی همراه است. به عنوان مثال، در یک مطالعه بررسی رابطه بین کابوس و مرگ بر اثر خودکشی، زمانی که افراد بدون کابوس در مقایسه با کسانی که گزارش تجربه کابوس گاه به گاه در معرض خطر ۵۷٪ بیشتر دست به خودکشی می‌زنند، و کسانی که گزارش تجربه کابوسهای مکرر در معرض خطر بیشتری برای خودکشی بودند. با این حال، بر خلاف علائم بی‌خوابی، کابوس یک پیش‌بینی مستقل قابل توجهی از رفتار خودکشی و آسیب‌شناسی روانی باقی مانده است. در بررسی مقطعی از دانشجویان، کابوس با افکار خودکشی پس از کنترل علائم افسردگی، اضطراب، و علائم پس از سانحه همراه بود. علاوه بر این، کابوس با نمرات بالای مقیاس خودکشی برخوردار بود در افرادی افراد که اقدام به خودکشی جدی داشتند که گزارش شده است کابوس در ۴٫۸ برابر خطر بیشتری برای اقدام به خودکشی نسبت به کسانی که گزارش تجربه کابوس ندادند. (۱۷)

در یک مطالعه در کوره که انجام شده تحت عنوان بررسی رابطه بین مدت زمان خواب و افکار و برنامه‌ها و اقدام خودکشی در نوجوانان کوره در این مطالعه، ارتباط بین مشکلات خواب (زمان بیداری، زمان خواب و زمان در بستر) و رفتارهای مرتبط با خودکشی در میان نوجوانان کره مورد بررسی قرار گرفته این مطالعه داده‌ها را از سایت پایه خطر رفتار Risk Behavior Web-based Survey (KYRBWS) جمع کرده بود و حدود

۱۹۱۶۴۲ نفر پرسنامه این سایت پر کرده بودند که شامل دانش آموزان از کلاس ۷ تا ۱۲ بودند. نتایج بدست آمده به شرح زیر:

شانس افکار خودکشی در افراد با مدت زمان بسیار کوتاه در رختخواب بالاتراز ۱,۴۸۷ برابر شد و با مدت زمان بیشتر در تخت خواب پایتتر از ۰,۶۱۱ برابر شد شانس برای برنامه خودکشی مشابه بود.

شانس افکار خودکشی در افراد با زمان زود یا دیر از خواب بیدار می شدند به ترتیب ۱,۲۳۱ برابر و یا ۱,۵۲۸ برابر شد این شانس کمتر بود برای برنامه های و اقدام خودکشی.

شانس افکار خودکشی در افراد که خیلی زود می خوابیدن ۱,۷۴۸ برابر بود. و برنامه خودکشی در افراد با خواب زودرس ۲,۴۹۴ برابر بود و شانس اقدام به خودکشی در افراد با خواب دیر ۱,۳۱۳ برابر بود.

در نهایت زمان مربوط به خواب رابطه با رفتارهای خودکشی در نوجوانان کره ای دارد. (۱۹)

در یک مطالعه دیگر که انجام شده بود به عنوان شدت بی خوابی یک شاخص از افکار خودکشی در یک کارازمای بالینی از افسردگی که روی حدود ۶۰ مریض با میانگین سنی ۴۲ سال انجام شده این افراد اپیزود افسردگی همراه با علائم بی خوابی داشتند .

که بی خوابی توسط **Insomnia Severity Index (ISI)** و افکار خودکشی توسط **The Scale for Suicide Ideation (SSI)** سنجیده شد.

سطوح بالاتری از بی خوابی به صورت قابل توجهی منطبق با شدت بیشتر از تفکر خودکشی وقتی که هر دو **ISI** و **ایتم خلق افسرده**، و یا **ISI** و **ایتم فقدان لذت** با هم در یک مدل مشمول شدن، **ISI** یک پیشگوی مستقل فکر خودکشی باقی مانده این نتایج مفهوم اینکه بی خوابی یک شاخص برای افکار خودکشی می باشد حمایت کرده

است. بی خوابی یک شاخص مستقل برای افکار خودکشی باقی مانده است حتی با در نظر گرفتن نشانه های اصلی افسردگی مانند خلق افسرده و فقدان لذت. (۱۶)

یک مطالعه دیگه انجام شده این مطالعه به منظور بررسی این بود که آیا طول مدت علائم بی خوابی و یا کابوس شبانه مستقل از علائم بی خوابی، کابوس، علائم اضطراب، افسردگی و علائم پس از سانحه با افکار خودکشی مرتبط می باشد. (۱۷)

این مطالعه به صورت مقطعی بوده و پاسخ های نظر سنجی از دانشجویان دوره کارشناسی که علائم بی خوابی و یا کابوس شبانه تایید کردند تجزیه و تحلیل کرده است که مدت زمان هر دو بی خوابی و کابوس به طور قابل توجهی با خطر اقدام به خودکشی ارتباط داشت و مستقل از علائم بی خوابی و یا کابوس که در آن موقع وجود داشت. روابط نیز پس از کنترل علائم اضطراب، علائم افسردگی و علائم پس از سانحه معنی دار بود. نتایج نشان می دهد که مدت زمان اختلال خواب مرتبط است وقتی ارزیابی خطر خودکشی انجام می شود. (۱۷)

در یک مطالعه روی ۲۲۲ نفر از دانشجویان رابطه بین بی خوابی و کابوس شبانه با تفکرات خودکشی مستقل از بیماریهای افسردگی را بررسی کرده اند.

آنها متوجه شده اند که بی خوابی و کابوس شبانه هر دو به تفکرات خودکشی ارتباط دارد هر چند اختلالات اضطرابی را در نظر نگرفته اند.

در یک مطالعه روی ۱۶۵ نفر از افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند بررسی کردند که ببینند آیا بی خوابی و کابوس شبانه به رفتار و تفکرات خودکشی ارتباط داشته یا خیر.

دیدند که اختلالات خواب انتهایی و کابوس شبانه با خودکشی ارتباط داشته ولی رابطه ای بین بی خوابی با خودکشی دیده نشده است.

و از آنجا که رابطه مهمی بین کابوس شبانه یا پی تی اس دی وجود دارد هنوز مطالعاتی برای بررسی ارتباط بین کابوس شبانه و پی تی اس دی و خودکشی نیاز است.

در یک مطالعه که روی ۵۸۳ نفر از دانشجویان لیسانس ارتباط بین بی خوابی و کابوس شبانه با تفکرات خودکشی بررسی شد و نشان داد که هر کدام از بی خوابی و کابوس شبانه یک فاکتور مستقل برای خودکشی هستند.

فصل سوم

روش اجرا

اهداف و فرضیات: (OBJECTIVE & HYPOTHESIS)

الف هدف اصلی طرح: (General Objective)

بررسی فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار انواع اختلالات خواب

ب اهداف فرعی: (Specific Objectives)

تعیین فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان پزشکی بر اساس سن، جنس، وزن، قد، سکونت، کار و

تاهل.

تعیین فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار بی خوابی.

تعیین فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار خواب الودگی روزانه.

تعیین فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار کیفیت بد خواب.

تعیین فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار پاراسومنیا.

ج اهداف کاربردی: (Applied Objectives)

در صورت مشخص شدن شیوع بالا افکار خودکشی و ارتباط آن با اختلالات خواب میتوان توصیه بررسی این

موارد در ویزیت‌های پزشکان عمومی نمود.

د فرضیه ها (Hypothesis) یا سؤال های پژوهش:

فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان پزشکی بر اساس سن، جنس، وزن، قد، سکونت، کار و

تاهل چقدر است؟

فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار بی خوابی چقدر است؟

فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار خواب الودگی روزانه چقدر است؟

فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار کیفیت بد خواب چقدر است؟

فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان دچار پاراسومنیایا چقدر است؟

روش اجرا و طراحی تحقیق (Methodology & Design Research):

مطالعه به روش مقطعی توصیفی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد.

پرسشنامه در اختیار کلیه دانشجویان سال دوم تا هفتم دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شامل ۱۵۵ دانشجو قرار داده شد، از این تعداد ۱۵۰ پرسشنامه جمع آوری شد. اطلاعات دموگرافیک در مورد سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت از جمله سوالات پرسشنامه بود که از دانشجویان دریافت شد.

پرسشنامه میزان افکار خودکشی پرسشنامه (بک) و پرسشنامه اختلالات خواب (ISI-SQ-p-ESS) توسط همه دانشجویان تکمیل گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه ها و بررسی متون مختلف، اطلاعات به دست آمده به صورت داده های آماری جهت بررسی و تجزیه و تحلیل آماده شد.

پرسشنامه توسط دانشجو، در بین افراد مورد مطالعه توزیع شد. کلیه اطلاعات دانشجویان، به صورت محرمانه و توسط خود دانشجو ثبت شده است. دانشجو باید یکی از گزینه ها را به عنوان پاسخ مورد نظر خود انتخاب نموده و سپس بر اساس امتیازدهی استاندارد که پرسشنامه داشت، هر مورد امتیازدهی شده و نتایج در برنامه SPSS قرار داده شد..

میزان خواب آلودگی در حین روز (ESS) در قسمت از پرسشنامه که مقیاس خواب آلودگی اپورت بود در فرد اندازه گیری میشود. این پرسشنامه از ۸ سؤال تشکیل شده است که موقعیت هایی را مطرح می کنند. در صورتی که فرد ممکن است طی آنها بطور ناخواسته به خواب برود. هر سؤال بین ۰-۳ امتیاز دارد. جمع امتیازات ۹ یا کمتر

باشد نرمال محسوب می شود، در صورتیکه جمع امتیازات از ۱۰ بیشتر باشد نشانگر خواب آلودگی بیش از حد روزانه است.

قسمت بعدی پرسشنامه سوالات مربوط به بی خوابی است و از سه سوال اول پرسشنامه بی خوابی استفاده شده که در این سه سوال نوع بیخوابی مشخص میشود. این پرسشنامه در اصل شامل ۷ سوال است که جمع امتیازات آنها شدت بی خوابی را در فرد تعیین می کنی که به شرح زیر بود:

(۷-۰) مشکل ندارد

(۸-۱۴) ساب کلینیکال

(۱۵-۲۱) کلینیکال

(۲۲-۲۸) شدید

که ما فقط کلینیکال و شدید در نظر گرفتیم و اینها در یک متغیر محاسبه کردیم.

برای تعیین کیفیت خواب از یک سوال استفاده شده که طی ماه اخیر توسط خود فرد کیفیت خواب خود تعیین کند که امتیازات ۰-۴ دارد.

برای پاراسومنیایک پرسشنامه تهیه شد که در آن مشکلات خواب نظیر کابوس شبانه، حرف زدن در خواب، بیدار شدن طی شب، راه رفتن در خواب، عادت خوردن شبانه، دندان قروچه که امتیازات ۰-۴ دارد.

پرسشنامه بک افکار خودکشی یک ابزار خودسنجی ۱۸ سوالی بود مقیاس بر اساس ۳ درجه از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. در پرسشنامه ما پنج سوال اول میزان تمایل به مرگ بررسی می کرد که سوال پنجم تمایل به خودکشی

پرسیده می شد اگر فرد گزینه یک انتخاب می کرد لازم نبود بقیه سوالات پرسشنامه خودکشی بخواند یا علامت بزند.

و نمره فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد و از نظر محتوا خطر خودکشی به شرح زیر تعیین می شود

(۰-۵) خطر پایین

(۶-۱۹) خطر بالا

(۲۰-۳۰) خطر خیلی بالا

نوع مطالعه: (Type of Study)

این مطالعه از نوع اپیدمیولوژیک توصیفی می باشد.

جامعه مورد مطالعه و روش نمونه (**Sampling Procedures**) : کلیه دانشجویان پزشکی سال دوم تا هفتم دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شامل ۱۵۵ دانشجو وارد مطالعه شدند. ولی از این تعداد، ۱۵۰ پرسشنامه جمع آوری و مورد بررسی قرار گرفت. باقی پرسشنامه ها به دلایلی چون، درست پرنشدن پرسشنامه و دلایلی اینچنین از مطالعه خارج شدند.

روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها:

اطلاعات لازم توسط پرسشنامه ای که در اختیار دانشجویان قرار میگیرد، جمع آوری شد.

پس از تکمیل پرسشنامه ها اطلاعات به صورت داده وارد نرم افزار آماری SPSS شد و خروجی ها به عنوان یافته های پژوهش به صورت جدول و نمودار در فصل آورده شده است.

همچنان ما از تست student t-test جهت مقایسه مجموع سولات بیخوابی و خواب الودگی در دو گروه با و بدون افکار خودکشی و تست Chi-square جهت مقایسه فراوانی کیفیت خواب و پاراسومیا در گروه با و بدون افکار خودکشی.

در این فصل به تجزیه و تحلیل اطلاعات در دو قالب توصیفی و استنباطی برای بررسی و نیل به اهداف پژوهش خواهیم پرداخت. در این پژوهش با استفاده از اطلاعات ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی استان قزوین به دنبال تحلیل اهداف مورد نظر هستیم. به منظور تجزیه و تحلیل داده های آماری پژوهش حاضر، ابتدا اطلاعات حاصل از پرسشنامه ها استخراج و در جداولی تنظیم شده و سپس کلیه اطلاعات با استفاده از کامپیوتر و از طریق نرم افزار Spss در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند. در قسمت مربوط به آمار توصیفی به ارائه آمارهای توصیفی و جداول مربوط بجه ویژگی هجای جمعیت شناختی جامعه و اطلاعات استخراجی از این جداول آماری پرداخته و همچنین در بخش مربوط به آمار استنباطی نیز به آزمون فرضیه پژوهش می پردازیم.

فصل چهارم

یافته ها

ویژگی های دموگرافیک دانشجویان

جدول ۱-۴ ویژگی های دموگرافیک دانشجویان مورد مطالعه

جدول الف ۱-۴

درصد	فراوانی	خصوصیات دموگرافیک	
۴۹,۳	۷۴	مرد	جنس
۵۰,۷	۷۶	زن	
۹۳,۳	۱۴۰	مجرد	تاهل
۶,۷	۱۰	متاهل	
۲۶	۳۹	خانواده	سکونت
۷۴	۱۱۱	خوابگاه	
۲۳,۳	۳۵	شیفتی	کار
۷۶,۷	۱۱۵	غیر شیفتی	

جدول ب ۱-۴

شاخص	ماکزیمم	مینیمم	میانگین
سن	۳۵	۱۹	۲۲,۹۰۶۷
وزن	۱۲۰	۴۳	۶۸,۱۵۳۳
قد	۱۹۲	۱۵۳	۱,۷۱۸۳

در جداول زیر فراوانی پاسخهای پرسشنامه های اختلالات خواب پرداخته است

جدول ۲-۴ فراوانی پاسخهای پرسشنامه اختلالات خواب (بی خوابی - کیفیت خواب)

۴		۳		۲		۱		۰		سوالات بی خوابی
%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
۶,۷	۱۰	۸,۷	۱۳	۱۶,۷	۲۵	۲۶	۳۹	۴۲	۶۳	مشکل در به خواب رفتن
۸	۱۲	۱۲	۱۸	۱۴	۲۱	۲۱,۳	۳۲	۴۴,۷	۶۷	مشکل در تداوم خواب
۱۶,۷	۲۵	۱۸,۷	۲۸	۱۴	۲۱	۲۰,۷	۳۱	۳۰	۴۵	مشکل در بیدار شدن بسیار زود
بسیار زیاد		زیاد		نسبتا		کمی		تداخل نمی کند		
۴,۷	۷	۲۰	۳۰	۳۰,۷	۴۶	۳۶,۷	۵۵	۸	۱۲	میزان رضایت شما از الگوی اخیر خوابتان چگونه است
۸,۷	۱۳	۲۶	۳۹	۲۸	۴۲	۲۹,۳	۴۴	۸	۱۲	فکر میکنید مشکل خواب شما تا چه حد در کارکرد روزانه شما(خستگی روزانه، تمرکز، حافظه، خلق،.....)تداخل میکند
۵,۳	۸	۷,۳	۱۱	۲۶	۳۹	۳۴	۵۱	۲۷,۳	۴۱	ایا فکر میکنید مشکل خواب شما (از نظر تخریب کیفیت زندگی) نسبت به دیگران قابل توجه است؟
۳,۳	۵	۱۱,۳	۱۷	۲۰,۷	۳۱	۳۰,۷	۴۶	۳۴	۵۱	در حال حاضر تا چه حد درباره مشکل خواب خود نگران هستید
خیلی بد		بد		خوب		نسبتا خوب		خیلی خوب		سوال کیفیت خواب
۴,۷	۷	۲۷,۳	۴۱	۳۰,۷	۴۶	۲۴,۷	۳۷	۱۲,۷	۱۹	در طی ماه گذشته ، کیفیت خوابتان را درجه بندی کنید

جدول ۳-۴ فراوانی پاسخ های پرسشنامه خواب الودگی

اغلب اوقات چرت می زنم		معمولاً چرت می زنم		احتمال کمی دارد که چرت بزنم		هرگز چرت نمی زنم		سوالات مربوط به خواب الودگی
%	n	%	n	%	n	%	n	
۲,۷	۴	۱۰	۱۵	۵۸,۷	۸۸	۲۸,۷	۴۳	نشستن و مطالعه کردن
۱,۳	۲	۸	۱۲	۴۶	۶۹	۴۴,۷	۶۷	تماشای تلویزیون
۲,۷	۴	۳,۳	۵	۱۳,۳	۲۰	۸۰,۷	۱۲۱	نشستن و باکسی صحبت کردن
۱۵,۳	۲۳	۴۵,۳	۶۸	۲۹,۳	۴۴	۱۰	۱۵	بعد از ناهار ، آرام در محیطی نشستن
۶,۷	۱۰	۱۷,۳	۲۶	۴۶	۶۹	۳۰	۴۵	بدون فعالیت در یک مکان عمومی نشستن (سینما یا جلسه سخنرانی)
۱۶	۲۴	۳۴,۷	۵۲	۳۴,۷	۵۲	۱۴,۷	۲۲	به عنوان مسافر در یک اتومبیل به طوریکه یکساعت بدون توقف باشید
۴۴,۷	۶۷	۳۵,۳	۵۳	۱۶,۷	۲۵	۳,۳	۵	بعد از ظهر دراز کشیدن برای استراحت (به طوریکه محیط مناسب بوده و اجازه این کار را داشته باشید)
۴	۶	۴	۶	۳۴	۵۱	۵۸	۸۷	در یک وسیله نقلیه هنگامی که برای دقایقی در ترافیک متوقف است

جدول ۴-۴ فراوانی پاسخ های پرسشنامه پاراسومنیا

پاراسومنیا	هیچوقت یا تقریباً هیچوقت		کمتر از یک بار در هفته		یک یا دو بار در هفته		۳-۵ شب / روز در هفته		تقریباً هر شب یا هر روز	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
کابوس شبانه	۴۲,۷	۶۴	۳۸	۵۷	۱۴	۲۱	۲,۷	۴	۲,۷	۴
حرف زدن در خواب	۷۴	۱۱۱	۱۷,۳	۲۶	۴	۶	۳,۳	۵	۱,۳	۲
خوابگردی	۹۵,۳	۱۴۳	۴	۶	۰,۷	۱	۰	۰	۰	۰
خوردن شبانه	۸۵,۳	۱۲۸	۱۰	۱۵	۱,۳	۲	۲	۳	۱,۳	۲
دندان قروچی	۸۲	۱۲۳	۸,۷	۱۳	۶	۹	۱,۳	۲	۲	۳

در جداول زیر به توزیع فراوانی بیخوابی و خواب الودگی پرداخته شده است.

جدول ۴-۵ توزیع فراوانی بیخوابی

مشکل ندارد	ساب کلینیکال	کلینیکال و شدید
۵۷	۵۵	۳۸
۳۸	۳۶,۷	۲۵,۳

جدول ۶-۴ توزیع فراوانی خواب الودگی

مشکل ندارد	مشکل خواب الودگی دارد	
۸۸	۶۲	تعداد
۵۸,۷	۴۱,۳	درصد

در مطالعه ما تعداد نفرات که افکار خودکشی داشتند ۲۶ نفر بود که بر اساس نمرات پرسشنامه ۲۴ نفر در گروه خطر بالا (high risk) دو نفر در گروه خطر خیلی بالا (very high risk) که این ی و گروه به عنوان گروه خطر خودکشی و یک گروه در نظر گرفتیم. که این افراد ۱۷,۳ در ص افراد جامعه مورد مطالعه ما تشکیل می دهند.

در جدول زیر توزیع فراوانی افکار خودکشی پرداخته شده است.

جدول ۷-۴ توزیع فراوانی افکار خودکشی

افکار خودکشی ندارد یا low risk	افکار خودکشی دارد (high risk – very high risk)	
۱۲۴	۲۶	تعداد
۸۲,۷	۱۷,۳	در صد

تست student t-test جهت مقایسه مجموع سولات بیخوابی و خواب الودگی در دو گروه با و بدون افکار خودکشی.

در جدول زیر ارتباط بین بیخوابی و خواب الودگی در افراد با و بدون افکار خودکشی پرداخته شده است.

جدول ۸-۴ ارتباط بین بیخوابی و خواب الودگی در افراد با و بدون افکار خودکشی

ارتباط بین بیخوابی و خواب الودگی در افراد با و بدون افکار خودکشی	تعداد	میانگین پاسخ به سولات بی خوابی	انحراف معیار پاسخ به سولات	p-value
بی خوابی	۱۲۴	۸,۹۶۷۷	۵,۴۱۲۹۳	<۰,۰۰۱
	۲۶	۱۶,۳۰۷۷	۵,۸۵۶۷۵	
خواب الودگی	۱۲۴	۸,۱۷۷۴	۳,۳۵۲۱۰	<۰,۰۰۱
	۲۶	۱۱,۴۶۱۵	۴,۳۸۳۸۹	

برای کیفیت خواب ما یک سوال که نمرات ۰ تا ۴ دارد ی پرسشنامه وجود داشت که از نظر ما افراد که جواب

(خیلی خوب و نسبتاً خوب) مشکلی نداشتند و در گروه صفر و افراد که (جواب خوب ، نسبتاً بد و خیلی بد)

مشکل داشتند و در گروه یک قرار می گرفتند.

در جدول زیر به فراوانی کیفیت خواب افراد پرداخته شده است.

جدول ۹-۴ توزیع فراوانی کیفیت خواب

کیفیت خواب	تعداد	درصد
مشکل ندارد	۵۶	۶۲,۷
مشکل دارد	۹۴	۳۷,۳

تست Chi-square جهت مقایسه فراوانی کیفیت خواب در گروه با و بدون افکار خودکشی استفاده شده است.

در جدول زیر به فراوانی افکار خودکشی بر اساس کیفیت خواب پرداخته شده است.

جدول ۱۰-۴ فراوانی افکار خودکشی براساس کیفیت خواب:

مجموع	کیفیت خواب			
	با مشکل در کیفیت خواب	بدون مشکل در کیفیت خواب		
۱۲۴	۶۹	۵۵	بدون	افکار
۲۶	۲۵	۱	با	خودکشی
۱۵۰	۹۴	۵۶		مجموع
				p-value
				> ۰,۰۰۱

۲۵ نفر از افراد که افکار خود کشی دارند کیفیت خواب نا مناسب داشتند. ($p < 0.001$)

اما در رابطه بین اختلالات پاراسومنيا و افکار خوی‌کشی ما فقط در کابوس شبانه رابطه معنی دار پیدا کردیم که ما نمرات برای پنج سوال پرسشنامه پاراسومنيا به این صورت محاسبه می کردیم اگر فرد جواب (هیچوقت یا کمتر از یک بار در هفته) در گروه صفر بدون مشکل و اگر گزینه های دیگر (یک یا دو بار در هفته - ۳-۵ شب / روز در هفته - تقریباً هر شب یا هر روز) در گروه یک قرار می گرفت.

برای کابوس شبانه ۱۲۱ نفر در گروه صفر و ۲۹ نفر در گروه یک بودند که ۹ نفر از این ۲۹ افکار خودکشی داشتند با (p=0.030) و رابطه معنی دار دارد.

در جدول زیر به فراوانی اختلالات پاراسومنيا پرداخته شده است.

جدول ۱۱-۴ توزیع فراوانی اختلالات پاراسومنيا

گروه صفر (هیچوقت یا کمتر از یک بار در هفته)		گروه یک (یک یا دو بار در هفته - ۳-۵ شب / روز در هفته - تقریباً هر شب یا هر روز)	
N	درصد	n	درصد
۱۲۱	۸۰,۷	۲۹	۱۹,۳
۱۳۷	۱۹۱,۳	۱۳	۸,۷
۱۴۹	۹۹,۳	۱	۰,۷
۱۳۷	۹۵,۳	۷	۴,۷
۱۳۶	۹۰,۷	۱۴	۹,۳

تست Chi-square جهت مقایسه فراوانی پاراسومنیا در گروه با و بدون افکار خودکشی استفاده شده است.

در جدول زیر به توزیع فراوانی افکار خودکشی در پاراسومنیا و ارتباط آن با پاراسومنیا پرداخته شده است.

جدول ۴-۱۲ توزیع فراوانی افکار خودکشی در پاراسومنیا و ارتباط آن با پاراسومنیا

دندان قروچی		خوردن شبانه		خوابگردی		حرف زدن در خواب		کابوس شبانه			
۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰		
۱۳	۱۱۱	۴	۱۲۰	۱	۱۲۳	۹	۱۱۵	۲۰	۱۰۴	۰	افکار
۱	۲۵	۳	۲۳	۰	۲۶	۴	۲۲	۹	۱۷	۱	خودکشی
۱۴	۱۳۶	۷	۱۴۳	۱	۱۴۹	۱۳	۱۳۷	۲۹	۱۲۴		مجموع
	۰,۲۹۰		۰,۰۶۸		۰,۶۴۶		۰,۱۸۱		۰,۰۳۰		p-value

در جداول زیر به رابطه افکار خودکشی با سن ، قد، وزن جنس ، وسکونت، تاهل وشیفت داشتن پرداخته شده است.

جدول ۱۳-۴ رابطه افکار خودکشی با سن ، قد، وزن

شاخص	افکار خودکشی	تعداد	میانگین	p-value
سن	۰	۱۲۴	۲۲,۷	۰,۰۶۹
	۱	۲۶	۲۳,۸	
قد	۰	۱۲۴	۱,۷	۰,۳۲۹
	۱	۲۶	۱,۷۳	
وزن	۰	۱۲۴	۶۸,۶	۰,۶۸۵
	۱	۲۶	۶۹,۹	

جدول ۱۴-۴ رابطه افکار خود کشی با جنس ، وسکونت، تاهل وشیفت داشتن

شاخص	افکار خودکشی		مجموع	مجموع کل	p-value
	0	1			
جنس	مرد	۱۴	۷۴	۱۵۰	۰,۶۱۳
	زن	۶۴	۷۶		
سکونت	خوابگاه	۲۰	۱۱۱	۱۵۰	۰,۷۰۹
	خانواده	۳۳	۳۹		
تاهل	مجرد	۲۵	۱۴۰	۱۵۰	۰,۵۲۶
	متاهل	۹	۱۰		
شیفت	شیفتی	۱۱	۳۵	۱۵۰	۰,۰۱۲
	غیر شیفتی	۱۵	۱۱۵		

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

تنوع گسترده ای منابع داده ها و همگرایی یافته ها را مورد واضحی است که ارتباط بین اختلالات خواب و خودکشی واقعی است. اما عوامل زیادی وجود دارد که هم با اختلالات خواب هم با افکار خودکشی ارتباط دارد. توجه داشته باشید که بی خوابی علامت ذود و شایع افسردگی است، و افسردگی خطر شناخته شده برای خودکشی است. بنابراین میتوان مدعی شد که افسردگی است ترجیحا جای بی خوابی خود را که خطر خودکشی بر عهده دارد. (۱۶)

با این حال، متاآنالیزی نشان می دهد که ارتباط بین بی خوابی و خودکشی هنوز حتی هم پس از کنترل علائم آشکار و پنهان اختلال افسردگی، علائم خلق پایین و عدم لذت به زندگی باقی مانده است. در واقع، بی خوابی مداوم در میان افرادی که در ابتدا فاقد افسردگی زمینه ساز افزایش خطر هر دو افسردگی و افکار خودکشی می باشد. (۱۶،۱۷،۱۸)

کابوس یک شاخص مستقل اضافی از خودکشی کابوس، به ویژه وقتی که مداوم در طول زمان باشد، می توانید حاکی از رفتار خودکشی در قالب اقدام به خودکشی در میان کسانی که خودکشی تکرار شونده در دو سال گذشته داشتند. (۱۶،۱۷،۱۸)

مدت زمان زمانی بی خوابی و کابوس، شبانه همانند شدت و بی خوابی و کابوس، نیز عامل پیش بینی از خودکشی می باشد. در واقع، علائم بی خوابی و کابوس حل نشده به طور قابل توجهی با افکار خودکشی در میان بیماران مبتلا به افسردگی در ارتباط بود.

علاوه بر این، مدت زمان کلی بی خوابی و کابوس باعث افزایش خطر خودکشی به طور مستقل از شدت فعلی اختلال خواب و افسردگی می باشد. (۱۶،۱۷،۱۸)

نه تنها مدت زمان شکایت از بی خوابی به عنوان پیش بینی از خودکشی، اما بی خوابی نیز اغلب در زمانی نزدیک به خودکشی می باشد. (۱۶،۱۷،۱۸)

در یک نمونه از مرگ ناشی از خودکشی، بی خوابی تقریباً در نیمی از آخرین مراجعه کنندگان به دکتر قبل از مرگ ناشی از خودکشی وجود داشته است. (۱۶،۱۷،۱۸)

در یک مطالعه که شدت بی خوابی به عنوان پیش گوینده افکار خودکشی در افراد که اختلالات افسردگی داشتند، این مطالعه نشان داد که بی خوابی یک شاخص از فکر خودکشی در طول یک کارآزمایی بالینی

در افرادی که داروهای خواب آور همراه با درمان SSRI برای درمان بی خوابی ناشی از افسردگی می باشد.

این مطالعه نشان می دهد که رابطه مثبت بین بی خوابی و افکار خودکشی دارد که در زمینه استفاده از داروی ضد افسردگی بود و در را بازمی کند جهت انجام مطالعات کارآزمایی جدید که درمان بی خوابی به عنوان پیشگیری از فکر خودکشی است. در نتیجه درمان بی خوابی در افراد افسرده مهم است با توجه به اینکه بی خوابی به عنوان شاخص خطر برای افکار خودکشی می باشد. (۱۶)

یافته ها نشان می دهد که طول مدت هر دو علائم بی خوابی و کابوس شبانه مرتبط با خطر اقدام به خودکشی و مستقل از یکدیگر می باشند.

به این ترتیب آن گزارش های اولیه از یک ارتباط بین بی خوابی و افکار خودکشی را تایید می کند.

Waern و Hetta، Sjöström در سال (۲۰۰۹) اقدام به خودکشی به مدت دو سال بررسی کردند برای تعیین اینکه آیا مشکلات خواب باعث افزایش خطر برای اقدامهای بعدی، آنها رابطه قوی تر بین مشکلات بی خوابی

و کابوس مداوم و اقدام به خودکشی پیدا کردند، در مقایسه با سطوح پایه بی خوابی و کابوس و رابطه آنها با اقدام به خودکشی. (۱۷)

اینکه در این مطالعه مدت زمانی بی خوابی با خطر اقدام به خودکشی پس از کنترل نشانه های افسردگی در ارتباط است جالب توجه می باشد. این یافته ها نشان می دهد که ممکن است مکانیزم های مختلف در روابط بین خودکشی و مدت زمان بی خوابی وجود داشته باشد. (۱۷)

بی خوابی شایع ترین اختلال خواب در ارتباط با خودکشی بود، مطالعات قبلی نشان داده اند که علائم بی خوابی و کابوس به خودکشی مرتبط بوده است. به عنوان مثال، علائم بی خوابی به طور قابل توجهی بیشتر در بررسی مقطعی از جوانان افسرده (سنین ۷-۱۷) که افکار خودکشی گزارش کردند نسبت به جوانان افسرده که افکار خودکشی گزارش نکردند. یافت شده است. علائم بی خوابی نیز معمولاً توسط کسانی که اقدام به خودکشی جدی داشته اند گزارش شده است

نتایج حاصل از مطالعه ما هم سازگاری دارد با نتایج قبلی که بی خوابی و کابوس شبانه خطر و عوامل مهمی برای خودکشی می باشد.

با توجه به اطلاعات به دست آمده، مشخص گردید تقریباً افراد مورد مطالعه که جنسیت خود را در پرسشنامه وارد کردند برابر بود. مرد ۷۴ (۴۹,۳٪)، زن ۷۶ (۵۰,۷٪) و میانگین سنی، قد و وزن به ترتیب حدود ۲۳، ۶۹ و ۱,۷۱ بود اکثریت مجرد ۱۴۰ (۹۳,۳٪)، ساکن خوابگاه ۱۱۱ (۷۴٪) و شیفت نداشتند ۱۱۵ (۷۶,۷٪).

یافته های پژوهش در یک مطالعه که در همین دانشگاه انجام شده نشان داد از کل افراد مورد مطالعه، ۲۸ نفر (۴۲ درصد) تا حدودی و (۹,۵ درصد) ۱۹ نفر به طور کامل افکار خودکشی داشتند. این درصد، عدد قابل ملاحظه ای است و با توجه به این که فکر خودکشی می تواند زمینه ساز اقدام به خودکشی باشد، بر نامه ریزی برای کاهش عوامل خطر ساز توصیه می شود.

معیار سنجش در آزمون های ما کمتر و یا بیشتر شدن مقدار سطح معنی داری از عدد ۰,۰۵ می باشد که

طی بررسی جوابهای حاصله داریم:

در مطالعه ما تعداد نفرات که افکار خودکشی داشتند ۲۶ نفر بود که بر اساس نمرات پرسشنامه ۲۴ نفر در گروه ریسک بالا دو نفر در گروه ریسک خیلی بالا که این دو گروه به عنوان گروه خطر خودکشی و یک گروه در نظر گرفتیم. که این افراد ۱۷,۳ در ص افراد جامعه مورد مطالعه ما تشکیل می دهند.

افراد که مشکل خواب کلینکال و شدید که طبق تقسیم بندی پرسشنامه ISI و از نظر ما مهم بود ۳۸ (۲۵,۳) بودند که رابطه معنی دار داشته با افراد که افکار خودکشی داشتند. ($P < 0.001$)

افراد که مشکل خواب الودگی داشتند که طبق پرسشنامه ESS نمره بالای ۱۰ و برای ما ارزشمند بود ۶۲ (۴۱,۳) بودند و رابطه معنی دار داشته با افراد که افکار خودکشی داشتند. ($P = 0.001$)

در مورد کیفیت خواب ما ۹۴ نفر (۶۲,۷) کیفیت نا مناسب خواب ابراز می کردند که ۲۵ نفر از افراد که افکار خودکشی داشتند در این گروه قرار می گرفتند، و رابطه معنی دار داشته است. ($P < 0.001$)

اما برای اختلالات پاراسومنیا و رابطه آن با افکار خودکشی فقط در کابوس شبانه رابطه معنی دار پیدا کردیم و از ۲۹ نفر که کابوس شبانه ذکر می کردند ۹ نفر افکار خودکشی داشتند. ($P = 0.030$)

بقیه اختلالات پاراسومنیا از جمله حرف زدن در خواب، خوابگردی، خوردن شبانه و دندان قروچی رابطه معنی دار نداشت.

اما در مورد رابطه افکار خودکشی با شاخصهای سن وزن قد جنس و سکونت تاهل رابطه معنی دار نداشت. فقط شیفت داشتند با افکار خودکشی رابطه معنی دار داشته که ۳۵ نفر بود که شیفت بیمارستانی داشتند که در هنگام که پرسشنامه به آنها تحویل داده می شد یاد اوری می شد که اگر در بیمارستان شیفت دارند ذکر کنند. از این ۳۵ نفر ۱۱ نفر افکار خودکشی داشتند و رابطه معنی دار داشت. ($P = 0.012$)

در مطالعه ما طبق خیلی از مطالعات قبلی که انجام شده ارتباط بی خوابی و کابوس شبانه را تایید کرد اما در این مطالعه دیگر اختلالات خواب شایع هم بررسی کردیم مانند خواب الودگی روزانه و کیفیت نا مناسب خواب که هر دو هم ارتباط با افکار خودکشی داشتند.

هم چنین ما رابطه شیفت داشتند با افکار خودکشی در این مطالعه پیدا کردیم.

در یک مطالعه در برزیل که شامل پرستاران و دستیاران پرستاری در یک بیمارستان دولتی در ساو پاولو واکترا مشغول کار شیفت شب بودند نشان می دهد، افزایش مداخله ها جهت سلامتی روان پرستاران داشته و بیشتر بیماری های که توسط کارکنان اشاره شده بود اختلالات عاطفی از جمله افسردگی، اضطراب و بی خوابی بودند.

هنگام اشاره به ارتباط بین اختلال روانی و اختلال در خواب، برخی گزارش کرده اند که این رابطه دو طرفه است. اختلالات روانی تحت تاثیر اختلالات خواب می باشد که اختلال در پترن خواب باعث بروز اختلالات روانی می شود در مقابل اختلالات روانی منجر به اختلالات خواب می شود. به این صورت است کار شیفت شب ریتم شبانه روزی افراد تغییر می دهد که باعث افزایش استرس و به نوبه خود تغییرات در الگوهای خواب ایجاد می کند، که مانند یک چرخه فیدبک می ماند.

در نهایت این چرخه اثرات منفی دارد و در مدت زمان طولانی حس ناامیدی و به دنبال آن افکار خودکشی در کارکنان شیفت شب برمی انگیزد.

درمان بی خوابی به عنوان یک استراتژی برای پیشگیری از خودکشی توسط تعداد زیادی از مطالعات که ارتباط بین بی خوابی یا کابوس شبانه و فکر یا رفتار خودکشی بررسی کرده بود ارائه کرد. (۳۴)

این یافته ها در واقع پیشنهاد می کند که تمرکز درمانی روی اختلالات خواب می تواند کاربردهای مهمی در جلوگیری از میل به خودکشی در افراد بویژه در کسانی که مستعد اینگونه رفتارهای بیمارگونه هستند، داشته باشد. شواهد و مدارک پزشکی روزافزون نشان می دهد که بیان مشکل بی خوابی از سوی بیماران می تواند بعنوان یکی از فاکتورهای خطرزا در اقدام به خودکشی در نظر گرفته شود. بنابراین از این به بعد می توان مشکلات خواب را در فهرست علائم هشدار دهنده خودکشی قرار داد.

Reference

1-Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, et al. Prevalence of insomnia an a survey of 12778 adults in france. J Sleep Res 200 ;9:35-42.

2- Ohayon M, Paiva T, Segales T. Comparion of insomnia prevalence in the general population of Purtugal and Spain. Sleep 2001;24:A325.

3- Kim K, Uchiyama M, Okawa M, et al. An epidemiological study of insomnia among the Japanese population . Sleep 2000;23:41-47.

4-Chevalier H, Los F, Biochut D, et al. Evaluation of severe insomnia in the general population : results of a multination survey. JPsycho-Pharmacol 1999;13(Suppl 1):S21-S24.

۵-یزدی ز . اختلالات خواب و فعالیات شغلی . انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۳۹۰

6-<http://forum.patoghu.com/thread46158.html>

7-Carskadon, M.A., & Dement, W.C. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), Principles and practice of sleep medicine, 5th edition, (pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders. Volume 36

8-American Academy of Sleep Medicine , THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS, REVISED Diagnostic and Coding Manual .

9-Baer MT. Poulsen M.K. Textbook of behavioral and developmental Pediatrics. Baltimore: Williams wilkins; 1999-223-310 .

10-Ferber R. sleep walking, night mares- Ann Intern- 1998 :106:582-592

11- Regestein QR. Munk TH. Delayed sleep Phase Syndrome, a review of its clinical aspects AMJ Psychiatry. 1995 :152 :602-608 .

۱۲- امیری -ماندانا، تولایی -عباس، مجموعه مقالات و سخنرانی های سومین همایش سراسری اختلالات خواب، بیمارستان امام خمینی ، -۲۳ ۲۵ آبان ۱۳۸۵ ، ص ۱۳۹ -۱۴۰

۱۳- صادقی -صادق، اثرات متقابل اختلالات و فعالیت های شغلی، مجموعه مقالات و سخنرانی های سومین همایش سراسری اختلالات خواب، بیمارستان امام خمینی. ۲۲-۲۵ آبان . ص ۲۲-۲۵

14-Dinges Df-An overview of sleep ness and accidents 1995 dec : A(582):4

15- <http://www.bartarinha.ir/fa/news/7..87/>

16- W. Vaughn McCall, MD, MS*, Jill N. Blocker, MS2, Ralph D'Agostino Jr, PhD2, James Kimball, MD1, Niki Boggs, BA1, Barbara Lasater, BA1, and Peter B.

Rosenquist, MD1 Insomnia Severity is an Indicator of Suicidal Ideation During a Depression Clinical Trial Sleep Med.2010 October;11(9):822–827.

doi:10.1016/j.sleep.2010.04.004.

17- Michael R. Nadorff, Ph.D., Sarra Nazem, M.S., and Amy Fiske, Ph.D., C.B.S.M.

Insomnia Symptoms, Nightmares and Suicide Risk: Duration of Sleep Disturbance Matters Suicide Life Threat Behav. 2013 April ; 43(2): 139–149.

doi:10.1111/sltb.12003 .

18- W. Vaughn McCall, MD, MS, FAASM .The Link between Suicide and Insomnia: Theoretical Mechanisms Curr Psychiatry Rep. 2013 September; 15(9): 389.

doi:10.1007/s11920-013-0389-9.

- 19-Kim J-H, Park E-C, Lee SG, et al. Associations between time in bed and suicidal thoughts, plans and attempts in Korean adolescents. *BMJ Open* 2015.
20. Tishler CL, McKenry PC, Morgan K. Adolescent Suicide Attempts: Some Significant Factors. *Suicide Life Threat Behav* 1981;11:86–92. [PubMed: 7256821]
21. Bailly D, Bailly-Lambin I, Querleu D, et al. Le sommeil des adolescents et ses troubles Une enquete en mileiu scolaire. *L'Encephale* 2004;30:352–359. [PubMed: 15538310]
- 22-Nadorff MR, Nazem S, Fiske A. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in a college student sample. *SLEEP*. 2011; 34(1):93–98. [PubMed: 21203379]
23. Choquet M, Kovess V. Suicidal Thoughts Among Adolescents: An Intercultural Approach. 28 ed 1993:649–661.
24. Liu X. Sleep and Adolescent Suicidal Behavior. *Sleep* 2004;27:1351–1358. [PubMed: 15586788]
25. Vignau J, Bailly D, Duhamel A, et al. Epidemiologic Study of Sleep Quality and Troubles in French Secondary School Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1997;21:343–350. [PubMed: 9358298]
26. Roberts R, Roberts C, Chen I. Functioning of Adolescents with Symptoms of Disturbed Sleep. *Journal of Youth and Adolescence* 2001;30:1–18.
27. Cukrowicz K, Otamendi A, Pinto JV, et al. The Impact of Insomnia and Sleep Disturbances on Depression and Suicidality. *Dreaming* 2006;16:1–10.

28. Barbe RP, Williamson D, Bridge JA, et al. Clinical Differences Between Suicidal and Nonsuicidal Depressed Children and Adolescents. *Journal Clinical Psychiatry* 2005;66:492–498.
29. Goldstein TR, Bridge JA. Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76:84–91. [PubMed: 18229986]
30. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189–1194. [PubMed: 2104515]
31. Tanskanen A, Tuomilehto J, Vinamaki H, et al. Nightmares as Predictors of Suicide. *Sleep*2001;24:844–847. [PubMed: 11683487]
32. Fujino Y, Mizoue T, Tokui N, et al. Prospective Cohort Study of Stress, Life Satisfaction, Self-Rated Health, Insomnia, and Suicide Death in Japan. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:227–237.[PubMed: 15843339]
33. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, communitybased study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:398–406. [PubMed: 12095899]
- 34-Alves VM, Santos MBF, Nascimento LMS, Ferro GC, Silva LKB, Tenório FE, Nardi AE. Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers. *MedicalExpress (São Paulo, online)*. 2015;2(3):M150305.

Abstract

Objective:

Suicide is one of the main causes of death in all ages; accordingly, suicide is considered to be among mental health issues with priority for the World Health Organization. Sleep Problems/insomnia are potentially important factors for suicidal ideation or attempts. This study aimed to investigate the relation between suicidal ideation and common sleeping disorders.

Materials and Methods:

The study was conducted through descriptive and cross-sectional method in Qazvin University of Medical Sciences.

Questionnaires were given to all 155 students studying in 2nd to 7th semester in medical faculty of Qazvin University of Medical Sciences; as a result, 150 questionnaires were collected and according to the standard scoring of the questionnaire, each item was scored and the results were inserted in SPSS program.

Findings:

The number of individuals with suicidal ideation was 26 (12 females -14 males) who formed 17.3% of population of our study. People with severe and clinical sleep problems (insomnia) were 38 (25.3%) that indicates a significant relationship with people with suicidal ideation. People with sleepiness problems were 62 (41.3%) showing significant relationship with individuals who had suicidal thoughts. As for

sleep quality, the number of 94 individuals (62.7%) reported poor quality of sleep among whom 25 individuals had suicidal ideation that indicated a significant relationship. However, regarding the parasomnia disorders and their relationship with suicidal thoughts we only found statistically significant relationship in nightmare; and 9 out of 29 individuals having nightmares had suicidal thoughts; also shiftwork has a significant relation with suicidal ideation; in this study...

Discussion and Conclusion:

The study confirmed previous findings that insomnia and nightmares have strong relation with suicidal ideation; also, the poor quality of sleep and daytime sleepiness have relation with suicidal ideation. The findings suggest that focusing the treatment on sleep disorders can have important applications for prevention of the desire to commit suicide.