

بررسی همبودی اختلالات خواب و سلامت عمومی در مردم شهر همدان

دکتر فرشید شمسانی*، دکتر فاطمه چراغی**

دریافت: ۹۱/۳/۱۰، پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: اختلال خواب مشکلی مشترک در جمعیت عمومی می باشد که با وضعیت سلامت عمومی ارتباط دارد. هدف از این مطالعه تعیین همبودی اختلالات خواب و سلامت عمومی در مردم شهر همدان می باشد. **روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است. ۱۸۰۰ نفر افراد بزرگسال در شهر همدان در سال ۱۳۸۹ با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای شامل سه بخش بود: ۱- مشخصات دموگرافیک ۲- سوالات مربوط به اختلالات خواب ۳- آزمون سلامت عمومی GHQ-28 **نتایج:** میزان شیوع اختلالات خواب در شرکت کنندگان ۲۳/۳۲ درصد بود و ۲۹/۵۶ درصد مشکوک به بیماری بودند که از نظر آماری بین وضعیت سلامت عمومی و اختلالات خواب رابطه معنی دار وجود داشت. **نتیجه نهایی:** خواب از نیازهای فیزیولوژیک و اساسی انسان است و اختلال در خواب سلامت عمومی انسان را تهدید میکند. بنابراین توجه به بهداشت خواب در تامین سلامت افراد جامعه در بعد جسمانی و روانی نقش موثری خواهد داشت.

کلید واژه ها: اختلالات خواب / سلامت عمومی / شهر همدان

مقدمه :

زندگی می گردد (۳).
فقدان خواب بدون تردید بر روی اعمال سیستم عصبی مرکزی تاثیر می گذارد و بیداری طولانی غالباً همراه با اختلالات پیشرونده اعمال روانی بوده و گاهی موجب فعالیتها و رفتارهای غیر طبیعی سیستم عصبی می شود. کندی جریان فکر و تحریک پذیری و حتی اختلالات روانی یا روانپریشی پس از یک بیداری طولانی دیده می شود. بنابراین می توان گفت خواب موجب برقراری تعادل طبیعی بین سیستم های مختلف عصبی می گردد (۴).
اختلال در خواب از شایعترین شکایت های مراجعین پزشکی و روانپزشکی می باشد و در حدود یک سوم از جمعیت بزرگسالان امریکا انواع مختلف اختلالات خواب را تجربه نموده اند. کاپلان می نویسد: شایعترین شکایت از خواب مربوط به اختلالات شروع و تداوم خواب است و در ادامه بیان می کند که بیخوابی ممکن است گذرا یا مداوم باشد. در بی خوابی گذرا دوره ای از بی خوابی همراه با اضطراب و تغییرات حاد در زندگی مثل

خواب یک رفتار سازمان یافته است که به عنوان یک ضرورت حیاتی و بر پایه ریتم بیولوژیک هر روز تکرار می شود و از دیر باز مورد توجه بسیاری از دانشمندان رشته های مختلف علوم پزشکی و بخصوص روانپزشکی، روانشناسی و فیزیولوژی بوده است زیرا نقش مهمی در سلامت کلی انسان دارد (۱). خواب وضعیتی آرامش بخش است که در آن عملکرد مغز بازسازی می شود، مغز و سایر سیستمهای بدن در طول خواب تغییر پیدا می کنند، ولی تغییرات مغز بیشتر از سایر اعضا می باشد. در طول زمان بیداری، مغز پیوسته فعال است ولی در حالت خواب فعالیت آن کم می شود. همچنین در طول خواب تغییرات فیزیولوژیکی مانند کاهش درجه حرارت، فشار خون و نبض پایین می آید (۲). از آنجاییکه همه چیز بعد از خواب شبانه بهتر بنظر میرسد، لذا می توان گفت که خواب موجب حالتی نظیر: تقویت قوای جسمی، کاهش استرس و اضطراب، تقویت قدرت تطابق و تمرکز فعالیتهای

* استادیار مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان (shamsaei@umsha.ac.ir)

** عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان

حین انجام وظیفه و یا رانندگی، برای درمان مراجعه می کنند. اگر چه اختلالات خواب یکی از معضلات اصلی بهداشتی است اما مشکلات ناشی از آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است و این در حالیست که هر سال گزارشهای متعددی در مورد تصادفات جاده ای، حوادث صنعتی ناشی از خواب آلودگی، کاهش بهره وری ناشی از اختلالات خواب مربوط به شیفت کاری و هزینه بالایی که مصرف داروهای خواب آور به جامعه تحمیل میکند، منتشر میشود. اما این آثار اقتصادی و اجتماعی به اندازه کافی مورد توجه سیاستگذاران و دست اندرکاران سلامت و نیز محققان قرار نگرفته است (۱۰). کیفیت زندگی و فعالیت افراد در ساعات بیداری تا حد زیادی تحت تاثیر کیفیت خواب افراد است. بسیاری از اختلالات خواب بطور غیر مستقیم تهدید کننده زندگی محسوب می شوند و بخش قابل توجهی از تصادفات و سوانح رانندگی از اختلالات خواب ناشی میشوند (۱۱، ۱۲) و حوادث صنعتی نیز ناشی از خواب آلودگی می باشد. و اختلالات خواب با سلامتی و نیز مرگ و میر مرتبط است. با این توصیف خواب نه تنها روی فرد بلکه روی خانواده و کل جامعه تاثیر دارد (۱۴). پورافکاری (۱۳۸۳) می نویسد: کنترل دقیق خواب جزء مهمی از کار بالینی است، زیرا اختلال خواب اغلب از علایم زودرس بیماری های روان پزشکی به شمار می رود. تشخیص دقیق و درمان خاص اختلالات خواب اهمیت زیادی دارد (۱۵). نجاتی صفا مینویسد: در کشور ما پژوهش در حیطه خواب، مورد کم توجهی قرار گرفته است بنابراین برای دستیابی به وضعیت مطلوبتر در این زمینه، نیازمند توجه بیشتر متخصصان و پژوهشگران رشته های مختلف به موضوع خواب و آثار اقتصادی- اجتماعی و روانی آن است (۱۰). بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین همبودی میزان اختلالات خواب و سلامت عمومی در مردم شهر همدان انجام شده است.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بوده که با روش توصیفی-تحلیلی انجام شد و جامعه پژوهش شامل مردم شهر همدان میباشد.

تغییرات شغلی یا زمان امتحانات درسی بوقوع می پیوندد. در بعضی از اشخاص بی خوابی گذرا، ممکن است در اثر سوگ یا فقدان عزیزی یا هر تغییری در زندگی ایجاد شود که این نوع از بی خوابی جدی نیست، اگر چه با یک استرس روانی و یا افسردگی شدید همراه است. بی خوابی مزمن یک نوع از بی خوابی است که بیشترین مشکل در مرحله شروع به خواب دیده می شود. مبتلایان به این نوع از بی خوابی، معمولا شکایت واضحی از بی خوابی موجود دارند. مدت این بی خوابی با گذشت زمان طولانی تر شده و برای هفته ها ادامه می یابد و می تواند مضر باشد (۵). خواب، معیار مهمی در حفظ سلامت جسمی و روانی انسان محسوب میشود و هرگونه اختلال در جریان طبیعی آن، علاوه بر ایجاد مشکلات روانی، می تواند کارآیی فرد را نیز کاهش دهد (۶). اختلالات خواب در جمعیت کلی، شیوعی بین ۱۵ تا ۴۲ درصد دارد. این اختلالات منجر به بروز نتایج منفی و نامطلوب در کیفیت زندگی و عملکرد افراد می شود (۷). کم خوابی با کاهش کیفیت زندگی، سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی فرد را به مخاطره میاندازد و کیفیت خواب نامناسب با افزایش تنش، تحریک پذیری، افسردگی و به طور کلی با رضایت کمتر از زندگی ارتباط دارد (۸). تغییرات خواب، می تواند یکی از زودرس ترین نشانه های رفتاری و اختلالات بدنی باشد. فقدان خواب برای مدت طولانی می تواند باعث اختلالهای روانی گردد. عدم تعادل در فرایند استراحت و خواب می تواند اشخاص را شدیداً خسته و عصبی کرده و تجدید حیات سلولی در ضمن عمیق ترین دوره خواب به وقوع می پیوندد (۹).

بطور کلی می توان گفت افراد در توانایی برای سازگاری با نیازمندیها و تغییرات شبانه روزی به طور گسترده با یکدیگر متفاوتند. افرادی که فقط بعضی از نشانه های اختلالات خواب چرخه شبانه روزی را دارند در جستجوی درمان بر نمی آیند و کسانی که به پزشک مراجعه می کنند اغلب از شدت یا دوام علائم و نشانه های خود شاکی هستند. به عنوان مثال افرادی که به کارهای نوبتی اشتغال دارند معمولا پس از تجربه تلخ به خواب رفتن در

محیط پژوهش و مصاحبه چهره به چهره پرسشنامه ها توسط مصاحبه کننده گان تکمیل می گردید .
ملاحظات اخلاقی: پژوهشگران در مورد اهداف تحقیق اطلاعات لازم را در اختیار شرکت کنندگان در مطالعه قرار داده و به آنان اطمینان داد که اطلاعات صرفا جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد شد..

نتایج:

یافته های این پژوهش نمایانگر آنست که از نظر مشخصات دموگرافیک بیشترین تعداد شرکت کنندگان (۳۶/۱۶٪) در گروه سنی ۳۶ تا ۵۰ سال قرار داشته و اکثریت آنان را زنان تشکیل داده اند. از نظر سطح تحصیلات ۴۷/۱۱ درصد دیپلم و ۶۴ درصد متاهل بودند که از نظر وضعیت شغلی بیشترین تعداد (۴۲/۳۸٪) کارمند بودند. یافته ها بیانگر آن بود که بیداری زودرس با شیوع ۲۸/۵ درصد شایعترین نوع اختلالات خواب می باشد (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع نسبی اختلالات خواب

نوع اختلال خواب	تعداد	درصد
اختلال در شروع خواب	۲۸۶	۱۵/۹
اختلال در بیدار شدن	۴۳۳	۲۴/۰۵
بیداری زودرس	۵۱۴	۲۸/۵
خواب آلودگی مفرط در طول روز	۳۸۳	۲۱/۳
ناهنجاری خواب	۱۸۴	۱۰/۲۵

در رابطه با تعیین وضعیت سلامت عمومی مردم شهر همدان یافته ها نشان داد که بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28، ۲۹/۵۶ درصد شرکت کنندگان مشکوک و ۷۷/۴۴ درصد سالم بودند(جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد مطالعه

بر حسب وضعیت سلامت عمومی		
سلامت عمومی	تعداد	درصد
سالم	۱۲۶۸	۷۰/۴۴
مشکوک	۵۲۲	۲۹/۵۶
جمع	۱۸۰۰	۱۰۰

جدول فوق نشان میدهد که ۲۹/۵۶ درصد واحدهای پژوهش بر اساس آزمون سلامت عمومی مشکوک به بیماری هستند.

بررسی رابطه بین سلامت عمومی و اختلالات خواب نمایانگر آن بود که بین سلامت عمومی و اختلال در

حجم نمونه با در نظر گرفتن $d=0.03$ و $P=30\%$ محاسبه و در حدود ۹۰۰ نفر برآورد شد که با توجه به متغیرهایی مانند سن و جنس که در نمونه گیری تاثیرگذار بود لذا حجم نمونه به دو برابر افزایش یافت و ۱۸۰۰ نفر در مطالعه شرکت کردند. روش نمونه گیری خوشه ای بوده بدین صورت که شهر همدان به پنج ناحیه جغرافیایی (شمال، جنوب، شرق و غرب و مرکز) تقسیم و سپس از هر ناحیه سه منطقه انتخاب و با نمونه گیری طبقه بندی متناسب از جمعیت‌های مختلف برحسب سن و جنس انجام شده است. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بوده که از سه بخش تشکیل شده است: ۱- مشخصات دموگرافیک ۲- سوالات مربوط به اختلالات خواب ۳- سوالات مربوط به سلامت روانی GHQ-28

اختلالات مربوط به خواب طبق پیشنهاد انجمن مرکز اختلال خواب امریکا شامل الف- اختلال در شروع خواب ب- اختلال در تداوم خواب ج- اختلال در بیدار شدن د- خواب آلودگی مفرط روزانه مورد بررسی قرار گرفت. سوالات اختصاصی مربوط به اختلالات خواب شامل اختلال در شروع خواب با ۳ سوال، اختلال در تداوم خواب با ۷ سوال، اختلال در بیدار شدن با ۳ سوال، خواب آلودگی مفرط روزانه و پاراسومنی با ۵ سوال با گزینه بله و خیر بود(۱۶).

وضعیت سلامت عمومی با پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی GHQ-28 (General Health Questionnaire-28) مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه چهار مقیاس الف- اختلالات روان-تنی ب- اضطراب و بیخوابی ج- اختلال در عملکرد اجتماعی و د- افسردگی شدید را مورد ارزیابی قرار میدهد که در مقیاس لیکرت استفاده میشود. آزمون GHQ-28 توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ ساخته شدو شامل ۲۸ سوال می باشد که در مقیاس ۴ درجه ای (۰-۳) نمره گذاری میشود. به طوری که نمره کلی آزمون از ۰ تا ۸۴ متغیر است و نقطه برش آن ۲۳ در نظر گرفته می شود. مطالعات خارجی و داخلی روایی و پایایی این پرسشنامه را تایید کرده اند(۱۷-۱۹).

روش جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه نیمه سازمان یافته بود که پس از آموزش به نمونه گیران با حضور در

آنست که ۲۱٪ مردم از اختلال خواب بیش از یک سال رنج می بردند (۲۶). این یافته های تایید کننده نتایج حاصل از مطالعه حاضر می باشد و در واقع میتوان گفت در شهر همدان نیز اختلال خواب مشکلی قابل توجه در بین مردم می باشد که نیاز به بررسی بیشتر و اقدامات تشخیصی و درمانی دارد. ohayon و همکاران در سال ۱۹۹۷ در پژوهشی روی افراد بالاتر از ۱۴ سال شیوع اختلال بی خوابی را ۳۶/۲ درصد گزارش کردند که در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر شاخص بالاتری دارد (۲۷). در مطالعه ای با هدف بررسی شیوع ناهنجاری های خواب در بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی در جمعیت کلی تبریز، تعداد ۱۰۱۳ نفر شرکت کننده بین سنین ۱۵ الی ۷۵ سال مورد ارزیابی قرار گرفتند و شیوع کلی اختلالات خواب برابر با ۳۵/۲۲ درصد گزارش شده است (۱۵). وجود تفاوت در شیوع اختلالات خواب در جوامع مختلف امری غیر منتظره نیست.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان دهنده آن بود که بین اختلالات خواب و سلامت روانی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد بطوریکه کسانی که در ارزیابی سلامت روانی مشکوک به اختلال روانی بودند میزان اختلال خواب در آنان بیشتر بود ه است. عباسی و همکاران (۱۳۹۱) ارتباط سطح سلامت عمومی با کیفیت خواب در مصدومین شیمیایی مبتلا به برونشولیت انسدادی را مورد ارزیابی قرار داده اند که ۷۷/۴ درصد نمونه ها از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبوده اند و میانگین نمره مقیاس خواب در آنان نیز نامناسب گزارش شده بود (۲۸). مطالعه احمدوند درخصوص بی خوابی در افراد بالای ۱۸ سال حاکی از آن بود کسانی که سابقه اختلال روانی دارند تقریباً دو برابر کسانی که سابقه اختلال روانی ندارند، دچار بی خوابی میشوند (۲۹). در مطالعه همبودی اختلالات روانی و مشکلات خواب نیز گزارش شده است که ۱۷/۷ درصد کسانی که از بی خوابی شکایت داشتند، از افسردگی و اضطراب رنج می بردند (۲۷).

از بیماریهای که بطور ثانویه باعث اختلالات خواب می گردد، بیماریهای روانپزشکی از اهمیت زیادی برخوردار

شروع خواب و اختلال در بیدار شدن و بیداری زودرس و خواب آلودگی مفرط در طول روز ارتباط معنی داری وجود دارد ($P < 0.01$). اما بین سلامت عمومی و ناهنجاری خواب ارتباط معنی داری مشاهده نشده است. به عبارتی بطور کلی بین سلامت عمومی و اختلالات خواب رابطه معنی دار آماری وجود دارد بطوریکه در کسانی که اختلال خواب وجود دارد نمره سلامت عمومی پایین تر بوده است (جدول ۳).

جدول ۳: رابطه بین میانگین نمره اختلالات خواب و سلامت عمومی

P	سلامت عمومی				اختلال خواب
	مشکوک		سالم		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
<0/01	۱۸۹	۶۶	۹۷	۴۴	اختلال در شروع خواب
<0/01	۳۶۱	۸۳/۴	۷۲	۱۷/۶	اختلال در بیدار شدن
<0/01	۳۹۱	۷۶	۱۲۳	۲۴	بیداری زودرس
<0/01	۲۶۱	۶۸/۱	۱۲۲	۳۳/۹	خواب آلودگی مفرط در طول روز
<0/01	۱۵۳	۸۳/۱۵	۳۱	۱۷/۸۵	ناهنجاری خواب

جدول فوق نشان میدهد که بین سلامت عمومی و اختلالات خواب رابطه معنی دار وجود دارد.

بحث:

یکی از فاکتورهایی که نقش مهمی در سلامتی انسان دارد، خواب است (۳). نتایج این مطالعه نیز بیانگر آن است که اختلالات خواب با وضعیت سلامت عمومی ارتباط دارد همچنین در پژوهش حاضر شیوع کلی اختلالات خواب در جمعیت عمومی شهر همدان ۲۳/۳۲ درصد بدست آمد. میزان شیوع اختلال خواب در مطالعات انجام شده و در جمعیت های مختلف از ۱۰ تا ۱۹ درصد (۲۰-۲۲) و ۲۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است (۲۳-۲۴). در مطالعه ای با هدف بررسی شیوع مشکلات خواب و ارتباط آن با متغیرهای فردی و اجتماعی در مردم لهستان گزارش شد که نزدیک به یک چهارم مردم از بیخوابی رنج می برند. و در زنان این میزان بیشتر بوده است (۲۵). در بررسی شیوع اختلالات خواب در کشور استرالیا نتایج بیانگر

زمینه را برای بروز بیماری های مختلف جسمی و روانی فراهم می نماید.

سپاسگزاری:

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی همدان می باشد که با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه به شماره ۱۶/۳۵/۱۷۴۸۰ پ مورخ ۱۳۸۷/۲/۱۷ اجرا شده است.

منابع:

1. Taylor, PhD, Msn, Carol Lillis, LeMone P. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
2. Amagai Y, Ishikawa S, Gotoh T, Kayaba K, Nakamura Y, Kajii E. Sleep duration and incidence of cardiovascular events in a Japanese population: The Jichi medical school cohort study. J Epidemiol 2010; 20(2):106-10.
3. Hilton PN. Fundamental nursing skills. Philadelphia: Whurr, 2004.
4. Schenck CH, Mahowald MV. Rem sleep behavior disorder: Clinical, developmental, and neuroscience perspectives 16 years after its formal identification in sleep. Sleep 2002; 25(2): 2002.
5. Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatr. 12th ed. New York: Wolters kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
6. Nobahar M, Vafaei A. [Elderly sleep disturbances and management]. Geriatri 2007; 2(4):263-8. (Persian)
7. Nojoomi M, Ghalebani MF, Akhbari R, Gorji R. [Sleep pattern and prevalence of sleep disturbances in medical students and specialist residents]. Med Sci J Islamic Azad Univ 2009; 19(1):55-9. (Persian)
8. Keshavarz Akhlaghi AA, Ghalebani MF. [Sleep quality and its correlation with general health in pre-university students of Karaj, Iran]. Iran J Psychiatr Behav Sci 2009; 3(1):44-9. (Persian)
9. Monk T, Adward R. principles practice sleep medicine. Philadelphia: W.B Saunders, 1994.
10. Nejati S. [Survey of sleep Researchs in Iran]. Adv Cognitive Sci 2005; 1:34-38. (Persian)
11. Harvey R. Bruce M. Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. Washington DC: National Academies, 2006.
12. Gooneratne NS, Weaver TE, Cater JR, Pack FM, Arner HM, Greenberg AS, et al. Functional outcomes of excessive daytime sleepiness in older adults. J Am Geriatr Soc 2003;51(5):642-9.
13. Kingshott RN, Cowan Jo, Jones Dr, Flannery EM, Smith AD, Herbison GP, et al. The role of

است. از گذشته های بسیار دور، این باور وجود داشته است که ارتباط خاصی بین بیماریهای روانپزشکی و اختلال خواب وجود دارد. در میان کسانی که با شکایت (بیخوابی) به مراکز خواب مراجعه می نمایند اختلالات روانپزشکی شایعترین علت بیخوابی می باشد. ۵۰٪ این افراد از افسردگی رنج می برند و بقیه دچار اختلالات دیگری نظیر اضطراب و یا اختلالات شخصیتی می باشند. این افراد علاوه بر بیخوابی علائم دیگری نظیر کاهش تمرکز، اختلال حافظه، احساس نگرانی و دلشوره، بیحوصلگی و ناامیدی نیز دارند نکته جالب توجه این است که همانطور که بیماریهای روانپزشکی می تواند باعث بیخوابی گردد، بیخوابی اولیه نیز علائمی مشابه افسردگی و اضطراب در فرد ایجاد می کند (۳۰). مطالعات متعدد نشاندهنده آنست که بین اختلالات روانپزشکی و اختلالات خواب رابطه وجود دارد و ریتم طبیعی خواب را دچار اختلال میسازد. اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد از جمله عوامل پر خطر محسوب می شوند. ford و همکاران (۱۹۸۹) در مورد رابطه بین اختلال خواب و اختلال روانپزشکی مینویسند: کسانی که دچار اختلال خواب هستند پس از یکسال پیگیری علائم روانپزشکی در آنان مشاهده گردیده است و افسردگی اساسی بیش از همه شایع است (۲۲). فرهادی نسب (۱۳۸۶) در بررسی الگوی و کیفیت ذهنی خواب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان و ارتباط آن با صفات شخصیتی می نویسد: ۴۸ درصد از واحدهای مورد پژوهش دچار اغتشاش در خواب بودند و فراوانی صفات شخصیتی خود شیفته، نمایشی و مرزی در بین دانشجویان، از سایر موارد بیشتر بود (۳۱).

نتیجه نهایی:

خواب از نیازهای فیزیولوژیک و اساسی انسان است که با برآورده نشدن آن حیات او به خطر می افتد. کنترل دقیق خواب جزء مهم کار بالینی است، زیرا اختلال خواب اغلب از علایم زودرس بیماری های روانپزشکی به شمار می رود و با سلامت عمومی شخص ارتباط دارد. اختلال خواب فرایند سلامتی انسان را در بعد جسمانی و روانی تحت تاثیر قرار می دهد و با کاهش سطح سلامتی

- sleep disorders performance in motor vehicle crashes a case control study. *Sleep Breath* 2004; 8(2):61-72.
14. Melamed S, Oksenberg A. Excessive daytime sleepiness and risk of occupational injuries in non-shift daytime workers. *Sleep* 2002; 25(3): 315-22.
 15. Pourafkary N, Arfai A, Dadashzadeh H, Gaemngami J. [A comparative study on the prevalence of sleep disturbances in psychiatric disorder and general population in Tabriz]. *MJTUMS* 2005; 64: 28-33. (Persian)
 16. Thropy Mj, Editor. International classification of sleep disorder: diagnostic and coding manual. Rochester: Diagnostic Classification Steering Committee-American Sleep Disorder Association; 1990.
 17. Palahang H, Nasr M, Barahani MN, Shah Mohammadi D. [Epidemiology of mental illnesses in Kashan city]. *Andishe & Raftar J* 1996; 2(4): 24-27. (Persian)
 18. Yaghobi N. [The study of social epidemic disorder in rural and urban of Somesaraye Gilan] M. Sc thesis. Tehran: Iran University of Medical sciences, 2009. (Persian)
 19. Fesharaki M Gh, Azad E. [Evaluation of the reliability and validity of Azad-Fesharaki's physical activity questionnaire (AFPAQ)]. *Arak Med Univ J* 2011; 14(56):36-44. (Persian)
 20. Alberto J, Silva C. Sleep disorders in psychiatry. *Metab Clin Experiment* 2006; 55: S40-S44.
 21. Cirignotta F, Mondini S, Zucconi M, et al. Insomnia: an epidemiological survey. *Clin Neuropharmacol* 1985; 8 (Suppl. 1): S49-S54.
 22. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262: 1479-1484.
 23. Liu X, Uchiyama M, Kim K, et al. Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan. *Psychiatry Res* 2000; 93: 1-11.
 24. Weyerer S, Dilling H. Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the upper Bavarian field study. *Sleep* 1991; 14: 392-398.
 25. Kiejna A, Wojtyniak B, Rymaszewskai J. Prevalence of insomnia in Poland-results of the national health interview survey. *Acta Neuro-psychiatrica* 2003; 15:68-73.
 26. Zeitholfer J, Rieder A, Kapfhammar G, et al. Epidemiology of sleep disorders in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 1994; 106: 86-88.
 27. Ohayon MM, Caulet M, Priest RC, Guilleminault C. DSM-IV and ICD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *Br J Psychiatry* 1997; 171:382-8.
 28. Abbasi S, Mehdizadeh S, Payami Bousari M. [Relationship between sleep quality and general health in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans]. *Iranian J Militar Med* 2012; 14 (1):15-19. (Persian)
 29. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreishi FS, Mousavi SGA. [Prevalence of insomnia among 18 years old people and over in Kashan city, Iran in 2008]. *Kashan Univ Med Sci J* 2010; 13(4):313-20. (Persian)
 30. Zeitholfer J, Rieder A, Kapfhammar G, et al. Epidemiology of sleep disorders in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 1994; 106: 86-88.
 31. Farhadi Nasab A, Azimi H. [Study of patterns and subjective quality of sleep and their correlation with personality traits among medical students of Hamadan university of medical sciences]. *Sci J Hamadan Univ Med Sci* 2008; 1(15): 15-21. (Persian)