

راهنمای اختلالات خواب در زنان

مترجمین:

عزیزه افخم ابراهیمی

مریم زارع

زهرا طاهری فر

سیده حامده انفرادی

ویرایش:

دکتر میر فرهاد قلعه‌بندی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
ب	پیشگفتار.....
د	مقدمه.....
۱	بخش اول: یک شب خواب خوب: چه چیزی طبیعی است؟ چه چیزی غیرطبیعی است؟.....
۲	فصل ۱: خواب چیست؟.....
۴	خواب چیست؟.....
۷	چرا ما می‌خوابیم؟.....
۸	ما به چه مقدار خواب نیاز داریم؟.....
۱۰	ساعت بدن.....
۱۳	یک شب خواب خوب چه حالی دارد؟.....
۱۶	فصل ۲: خواب در طول مراحل زندگی.....
۱۷	مورد وکیل خسته.....
۱۸	خواب در کودکان.....
۲۳	بزرگسالان جوان.....
۲۴	افراد سالمند.....
۲۸	بازگشت به وکیل خواب‌آلود.....
۲۹	فصل ۳: چگونه سیکل قاعدگی روی خواب اثر می‌گذارد.....
۳۰	مورد زن خواب‌آلود با قاعدگی‌های نامنظم.....
۳۱	سیکل قاعدگی.....
۳۳	خواب در زنانی که سیکل‌های قاعدگی طبیعی دارند.....
۳۴	درباره قرص‌های ضد حاملگی چه می‌دانیم؟.....
۳۴	سندرم قبل از قاعدگی (PMS).....

۳۹.....	سندرم تخمدان چندکیستی.....
۴۱.....	بازگشت به زن خواب‌آلودی که قاعدگی‌های نامنظم داشت.....

صفحه	عنوان
------	-------

۴۳.....	فصل ۴: چگونه حاملگی روی خواب تأثیر می‌گذارد.....
۴۴.....	مورد تازه مادر خواب‌آلود.....
۴۵.....	حاملگی طبیعی.....
۴۸.....	خواب در حاملگی چندزایی.....
۴۹.....	بعد از تولد.....
۴۹.....	کنار آمدن با بی‌خوابی در حاملگی.....
۵۱.....	سندرم پاهای بی‌قرار.....
۵۲.....	خروپف و حاملگی.....
۵۳.....	آپنه خواب.....
۵۴.....	تغییرات خلقی بعد از زایمان و افسردگی.....
۵۴.....	بازگشت به تازه مادر خواب‌آلود.....
۵۶.....	فصل ۵: چگونه یائسگی روی خواب اثر می‌گذارد.....
۵۷.....	مورد زن کم‌خوابی که عرق می‌کرد.....
۵۷.....	یائسگی.....
۵۹.....	گرگرفتگی مهیب.....
۶۱.....	سایر عوارض.....
۶۲.....	عوارض هیجانی یائسگی روی خواب نیز تأثیر می‌گذارند.....
۶۲.....	یائسگی و مشکلات خواب.....
۶۴.....	از پزشک خود چه چیزی انتظار داشته باشید.....
۶۷.....	درمان‌های دیگر برای علائم یائسگی.....
۷۰.....	خلاصه کلام.....
۷۰.....	سایر اختلالاتی که موجب بی‌خوابی در زنان یائسه می‌شود.....
۷۴.....	بازگشت به زن کم‌خوابی که عرق می‌کرد.....
۷۶.....	بخش دوم: آیا من یک مشکل خواب دارم.....
۷۷.....	فصل ۶: اگر یک مشکل خواب دارید چگونه آنرا بیان کنید.....

۷۸.....	مورد مرد خسته‌ای که سرطان داشت.....
۷۹.....	خواب‌آلودگی.....
۸۱.....	سایر چهره های خواب‌آلودگی.....

صفحه	عنوان
------	-------

۸۶.....	سر و صدا در شب.....
۸۷.....	نگاهی به الگوهای دفتر روزانه خواب.....
۸۹.....	بازگشت به مرد خسته‌ای که سرطان داشت.....

۹۰.....	فصل ۷: مشکلات خواب خانواده‌ام، من را بیدار نگه می‌دارند.....
۹۱.....	مورد خروپف‌کننده‌ای که مشکلی نداشت.....
۹۲.....	مشکلات خواب در خانه، خواب یک زن را مختل می‌کند.....
۹۳.....	خانواده‌ها در هزاره سوم.....
۹۳.....	مشکلات هم تختی‌ها.....
۱۰۱.....	مشکلات خواب در کودکان.....
۱۰۹.....	والدین سالمند.....
۱۱۲.....	بازگشت به خروپف‌کننده‌ای که هیچ مشکلی نداشت.....

۱۱۳.....	فصل ۸: ساعت بدن من متفاوت است.....
۱۱۴.....	مورد یک جغد شب یا شب زنده دار.....
۱۱۵.....	اختلالات ساعت بدن.....
۱۲۱.....	هوایم‌زدگی.....
۱۲۸.....	بازگشت به جغد شب.....

۱۳۰.....	فصل ۹: خوابیدن در جهانی که هرگز به خواب نمی‌رود.....
۱۳۱.....	مورد راننده اتوبوس خواب‌آلود.....
۱۳۱.....	خطر بیست و چهار ساعت و هفت روز برای سلامتی.....
۱۳۳.....	توماس ادیسون، جنگ جهانی و هنری فورد مقصر هستند.....
۱۳۹.....	گام‌هایی جهت بهبود خواب در جهانی که هرگز نمی‌خوابد.....
۱۴۷.....	بازگشت به راننده اتوبوس خواب‌آلود.....

۱۵۰.....	بخش ۳: نمی‌توان خوابید، نمی‌توان بیدار ماند.....
----------	--

فصل ۱۰: بی خوابی	۱۵۱
زنی که نمی توانست بخوابد	۱۵۲
بی خوابی چیست؟	۱۵۲

عنوان	صفحه
--------------	-------------

آیا مشکلی وجود دارد؟	۱۵۳
بی خوابی در زنان چقدر شایع است؟	۱۵۶
بی خوابی سایکوفیزیولوژیک: بی خوابی آموخته	۱۵۷
استرس و بی خوابی	۱۶۱
از یک پزشک چه انتظاری داشته باشید	۱۶۲
بی خوابی «واقعی» که شیوع کمتری دارد	۱۶۴
بی خوابی خانوادگی کشنده	۱۶۵
بازگشت به زنی که نمی توانست بخوابد	۱۶۶

فصل ۱۱: سندرم پاهای بی قرار	۱۶۸
همسر یک پزشک که نمی توانست آرام بگیرد	۱۶۹
شناختن سندرم پاهای بی قرار	۱۶۹
علل RLS	۱۷۵
تشخیص	۱۷۹
درمان	۱۸۳
به همسر پزشکی برگردیم که نمی توانست آرام بگیرد	۱۸۷

فصل ۱۲: اختلالات تنفسی خواب: خروپف و آپنه خواب	۱۸۸
مورد دختر کشاورز	۱۸۹
اختلالات تنفسی خواب	۱۸۹
خروپف	۱۹۰
آپنه خواب	۱۹۵
بازگشت به مورد دختر مرد کشاورز	۲۱۶

فصل ۱۳: نارکولپسی	۲۱۷
مورد دانشجوی پزشکی سال اول	۲۱۸
شناسایی نارکولپسی	۲۱۹

نتایج ویرانگر نارکولپسی	۲۱۹
نارکولپسی چه قدر شایع است؟	۲۲۱
علل نارکولپسی	۲۲۱

عنوان	صفحه
--------------	-------------

تشخیص	۲۲۴
درمان نارکولپسی	۲۲۶
کنار آمدن با دیگران	۲۳۰
نارکولپسی در دوران حاملگی	۲۳۱
مادر بودن	۲۳۲
نارکولپسی در دیگران	۲۳۲
بازگشت به مورد دانشجوی سال اول پزشکی	۲۳۵

فصل ۱۴: ترس از خوابیدن و سایر امراض غیرعادی

زنی که می ترسید در رویایش کشته شود	۲۳۸
چهره های متعدد خواب	۲۳۹
خواب گردی	۲۴۰
حرف زدن در خواب	۲۴۳
وحشت در خواب	۲۴۳
فلج خواب	۲۴۴
کابوس های ترسناک	۲۴۵
رویابینی در حالت نیمه خواب	۲۴۵
واکنش به رویاها	۲۴۷
ادراک کردن در تخت خواب	۲۴۸
ساییدن دندان ها یا دندان قروچه	۲۵۰
سرکوبیدن و چرخاندن بدن	۲۵۰
بازگشت به زنی که که رویاهایی دربارہ یک قاتل می دید	۲۵۱

فصل ۱۵: بیماری های طبی

مورد زنی با یک پرده سیاه	۲۵۴
مشکلات جسمی مزمن می توانند به مشکلات خواب منجر شوند	۲۵۴
سیستم عصبی	۲۵۵

۲۵۸	مشکلات ریوی
۲۵۹	بیماری سینوس
۲۶۰	بیماری‌های قلبی عروقی

صفحه	عنوان
------	-------

۲۶۲	بیماری‌های گوارشی
۲۶۴	بیماری‌های شایع تولید هورمون
۲۶۹	بیماری‌های سیستم ادراری
۲۶۹	آرتريت و فیرومیالژیا
۲۷۰	سرطان
۲۷۱	درد
۲۷۱	بازگشت به زنی با پرده سیاه

۲۷۳	فصل ۱۶: اختلالات روان‌پزشکی
۲۷۴	زنی که در مرخصی استرس بود
۲۷۵	اختلالات روانی و خواب
۲۷۶	اختلالات خلقی
۲۷۶	افسردگی
۲۸۴	اختلال دو قطبی
۲۸۷	اسکیزوفرنیا
۲۸۹	اختلالات اضطرابی
۲۹۲	اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
۲۹۳	الکلسم و سوء مصرف مواد
۲۹۳	بازگشت به مورد زنی که در مرخصی استرس بود

۲۹۵	فصل ۱۷: داروها و فرآورده‌هایی که در اختلالات خواب نقش دارند
۲۹۶	راننده کامیون دچار بی‌خوابی
۲۹۶	فرآورده‌هایی که می‌توانند اثرات ناخواسته‌ای روی خواب بگذارند
۳۰۴	سوء مصرف دارو و الکل
۳۰۷	بازگشت به راننده کامیون دچار بی‌خوابی

۳۰۸	بخش ۴: شما یک مشکل خواب دارید حالا باید چکار کنید؟
-----	--

۳۰۹	فصل ۱۸: کمک گرفتن از پزشک و درمانگاه خواب
۳۱۰	یک مورد واضح آپنه خواب
۳۱۰	اولین گام برای مواقعی که به یک مشکل خواب شک می‌رود

صفحه	عنوان
------	-------

۳۱۱	تولد یک رشته جدید پزشکی
۳۱۴	انواع مطالعات خواب
۳۲۱	بازگشت به مورد آپنه خواب واضح

۳۲۳	فصل ۱۹: درمان بی‌خوابی بدون دارو
۳۲۴	زنی که می‌ترسید مورد تمسخر قرار بگیرد
۳۲۴	درمان شناختی رفتاری
۳۲۶	یادگیری درباره خواب
۳۳۰	درمان شناختی
۳۴۲	بازگشت به زنی که یک مشکل خواب خجالت آور داشت

۳۴۳	فصل ۲۰: داروهایی که اختلالات خواب را درمان می‌کنند
۳۴۴	مدیری با بی‌خوابی همیشگی
۳۴۴	مردم چه دارویی مصرف کنند که خوابشان ببرد
۳۵۳	داروهایی که مردم برای بیدار ماندن مورد استفاده قرار می‌دهند
۳۵۸	بازگشت به مدیری که بی‌خوابی همیشگی داشت

۳۵۹	فصل ۲۱: زمان به تخت خواب رفتن
-----	-------------------------------

۳۶۶	پیوستار ۱: یادداشت خواب بنیاد ملی خواب
-----	--

۳۶۸	پیوستار ۲: منابع اینترنتی
-----	---------------------------

پیشگفتار

با وجودی که اختلالات خواب بسیار شایع هستند و در طی چند سال اخیر علاقه افزاینده‌ای به خواب و اختلالات آن به وجود آمده هنوز میلیون‌ها نفر به خاطر مشکلات خواب، خواب آلود و پریشان هستند. در حدود بیست درصد از بزرگسالان چون بقدر کافی نمی‌خوابند که روز بعد بتوانند هوشیاری شان را حفظ کنند خود را در خطر آسیب و مشکلات سلامت و رفتار می‌اندازند. در سال ۲۰۰۳، انستیتوهای ملی بهداشت برآورد کرده‌اند که بین پنجاه و هفتاد میلیون آمریکایی در همه سنین، مشکلات مربوط به خواب دارند. متأسفانه اکثر اوقات این زنان هستند که اختلالات خواب آنها تشخیص داده نمی‌شود یا غلط تشخیص داده می‌شود.

زنان برخلاف مردان مشکلات خواب ناشی از تغییرات هورمونی و بدنی دارند که به قاعدگی، حاملگی و یائسگی آنها مربوط می‌شود. این شرایط باعث می‌شوند که اختلالات خواب آنها توسط پزشک یا حتی خود زنان، مورد توجه قرار نگیرد. زنان به خاطر نقشی که در خانواده دارند و توقعات جهان امروز دچار کمبود خواب می‌شوند. اختلالات خواب غالباً به این علت نادیده گرفته شده‌اند که زنان با وجودی که همان اختلالات خواب مردان را دارند اما طریقی که این اختلالات ظاهر می‌شوند ممکن است بسیار متفاوت باشند. برای مثال، زنان دچار آپنه خواب علائم افسردگی را بیشتر از مردان دچار آپنه دارند. تشخیص غلط به علت فقدان آموزش پزشکان درباره مشکلات خواب زنان پیش می‌آید.

در اواسط سال‌های ۱۹۷۰ که نویسنده کتاب یکی از اولین موارد آپنه خواب در آمریکای شمالی را گزارش داد تصور می‌کرد که یک شرایط بسیار نادر را توصیف کرده است. در دو دهه بعد آشکار شد که آپنه خواب یک بیماری بسیار شایع درست مانند آسم است که میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان مبتلا می‌کند. این بیماری، جدید نبود بلکه افرادی که آن را داشتند، تشخیص غلط دریافت کرده بودند و به خاطر بیماری غلط، تحت درمان قرار گرفته بودند.

آپنه خواب و سایر اختلالات تنفسی خواب به عنوان مشکلات مردان چاقی که خروپف می‌کنند تلقی شده بود و تصور می‌شد که در زنان بسیار نادر است یا حتی وجود خارجی ندارد. تا سال ۱۹۹۳ پزشکان معدودی حتی به دنبال آپنه خواب در زنان جمعیت عمومی بودند. از آن زمان بود که آشکار شد در حدود ۲ درصد از کل زنان بزرگسال آپنه خواب دارند.

همانطور که مردانی که آپنه خواب داشتند سال‌ها بدون تشخیص مانده بودند، تا این اواخر هم زنان دچار آپنه خواب تشخیص غلط دریافت می‌کردند و برای سایر بیماری‌ها مانند افسردگی درمان می‌شدند. برای جامعه پزشکی این تصور به وجود آمده بود که زنان اصلاً خروپف نمی‌کنند!

لازم است به اختلالات خواب که می‌توانند موجب رنج و حتی مرگ در زنان شوند توجه بیشتری معطوف گردد. زنان غالباً با تأخیرهای طولانی برای دریافت درمان صحیح روبرو می‌شوند چون آگاهی کافی از مشکلات آنها وجود ندارد. برای مثال این موضوع تکان‌دهنده است که زنان دچار نارکولپسی باید به طور متوسط پانزده سال صبر کنند تا مشکلاتشان درست تشخیص داده شود - غالباً پس از مشاوره با چندین پزشک. این بیماری علاج‌ناپذیر معضلات زیادی برای زنان تولید می‌کند. برای مثال وقتی شما نمی‌توانید خودتان را بیدار نگهدارید چگونه از فرزندانشان خود مراقبت می‌کنید یا شغلی خواهید داشت؟ من با بیماری برخورد کردم که تنها بعد از این که هنگام رانندگی خوابش برد و تصادف کرد، به من ارجاع شد. دختر دو ساله او در این حادثه کشته شد.

یک مشکل گسترده دیگر معلول ارتباط بالقوه کشنده بین آپنه خواب و بیماری قلبی است. آپنه خواب موجب دوره‌های قطع تنفس می‌شود که اکسیژن خون را کاهش می‌دهد، موجب فشار خون بالا می‌شود و به سیستم قلبی عروقی فشار می‌آورد که موجب بیماری قلبی می‌شود. قبل از یائسگی، زنان معمولاً توسط هورمون‌های خود در مقابل بیماری قلبی عروقی محافظت شده‌اند. معهد اختلالات تنفسی خواب ممکن است این اثر محافظت‌کننده را خنثی کنند. به علاوه بیماران درمان نشده به خاطر اثرات بیماری بر اعضای بدنشان، در خطر مرگ قرار دارند. اکثر مردم نمی‌دانند که یک اختلال خواب می‌تواند چقدر مرگبار باشد. بنابر این دریافت یک تشخیص و درمان صحیح برای

سلامتی و بهزیستی یک زن کاملاً حیاتی است.

در بیست و پنج سال گذشته، من (نویسنده) بیش از دو هزار بیمار زن مبتلا به اختلالات خواب را درمان کرده‌ام و اثرات مصیبت بار سال‌ها تشخیص غلط و درمان نشدن را دیده‌ام. هدف من این است که این کتاب با بالا بردن آگاهی زنان از اثرات اختلالات خوب روی زندگانی روزانه (و شبانه) به آنها کمک کند. من نشان می‌دهم که چگونه مشکلات خواب تشخیص داده نشده می‌تواند روی زندگانی زنان تأثیر بگذارند. من بیماری‌هایی از جمله بی‌خوابی، سندرم پاهای بی‌قرار، ناركولپسی، آپنه خواب، عوارض جانبی داروها و موارد دیگر را توصیف می‌کنم که روی زنان تأثیر می‌گذارند. من راهنمایی‌هایی ارائه می‌دهم که خوانندگان کتاب بتوانند اختلالات خواب خود را تشخیص بدهند و به آنها درمان یا راهکاری که کمک کننده خواهد بود آموزش خواهم داد.

از آنجایی که اختلالات خواب ممکن است در هر مرحله‌ای از زندگی یک زن رخ بدهد، صمیمانه امیدوارم که این کتاب بتواند زنان را با ابزارهایی که آنها برای تشخیص و شناخت مشکلات خواب خود و اعضای خانواده‌شان نیاز دارند، مجهز کند و به آنها کمک نماید که درمان دریافت کنند و به عنوان یک مرجع مادام‌العمر ارزشمند به کار رود. میلیون‌ها زن درباره چگونگی برخورد با اختلالات خواب در خود و خانواده‌شان نگران هستند. هدف من در سراسر این کتاب این است که به زنان آموزش و قدرت دهم و به آنها کمک کنم که کاملاً بیدار و هوشیار باشند و بتوانند از زندگی خود حداکثر لذت را ببرند.

خواب یک جنبه مهم زندگی همه جانداران است. در انسان‌ها، خواب تقریباً یک سوم از زندگانی ما را تشکیل می‌دهد. الگوی متناوب بیدار شدن در روز و خوابیدن هنگام تاریکی شب آنچنان در تجربه انسان ریشه دوانده که ما دیدگاه خاصی نسبت به آن نداریم. هنگامی که ما درباره خواب فکر می‌کنیم سؤالات زیادی به ذهنمان خطور می‌کنند. خواب چیست؟ چرا مردم و حیوانات اصلاً می‌خوابند؟ در مدت خواب چه اتفاقی می‌افتد؟ خواب چه کاری برای ما انجام می‌دهد؟ اگر ما نخوابیم یا کم بخوابیم چه اتفاقی می‌افتد؟ چه چیزی باعث احساسات خواب آلودگی و خستگی می‌شوند و چرا وقتی ما مدت زیادی بیدار مانده‌ایم چنین احساسی داریم؟ آیا خواب زنان با مردان تفاوت می‌کند؟ خواب کودکان، نوجوانان و سالمندان چگونه است؟

افرادی که یک کتاب درباره خواب می‌گیرند غالباً این کار را به این علت انجام می‌دهند که خودشان یا یکی از اعضای خانواده‌شان مشکلاتی در خوابشان دارند. گاهی اوقات، آنها فقط درباره این جزء لاینفک ماهیت خود کنجکاو هستند و می‌خواهند درباره آن بیشتر بدانند. هر کدام از این دو مورد که باشد، کتاب حاضر یک نقطه شروع مهم است. این کتاب توسط یک متخصص برجسته که نه تنها مطلع و مقتدر است بلکه یک رفتار دلسوزانه دارد و رویکرد او نسبت به سلامت انسان یک رویکرد کلی‌گرا می‌باشد، نوشته شده است. روش‌های دکتر کرایگر¹ شناخت ما را از چگونگی ترکیب شیوه زندگی و جنبه‌های بدنی و روانی زندگی، تلفیق می‌کند. این کار برای تشخیص و درمان مشکلات خواب ضروری است چون بسیاری از آنها از سایر علل و الگوهای بدنی، روانشناختی یا شیوه زندگی نشئت می‌گیرند یا به آنها مربوطند.

در واقع متخصصین خواب – چه پزشک، روانشناس، سایر متخصصین بالینی یا تکنولوژیست باشند – غالباً این خصوصیت را دارند. نقطه مشترک همه آنها به عنوان یک گروه یک احساس محبت و دلسوزی غیرمعمول نسبت به مردم و اوضاع و احوال آنها است. شاید به این علت باشد که آنها

¹ - Kryger

شب‌های زیادی را با مشاهده خواب افراد سپری کرده‌اند. این به معنای آن است که آنها خودشان با اثرات سوء بیدار ماندن در شب آشنا هستند و پیامدهای محرومیت خواب را تجربه کرده‌اند. همچنین آنها هزاران نفر را دیده‌اند که سلامت جسمی یا روانی و اوضاع آنها در اثر پیشرفت مشکلات خوابشان افت کرده است. آنها به این نکته پی برده‌اند که خواب تا چه اندازه برای کارکرد انسان مهم است، واقعیتی که فرهنگ و جامعه ما اکثراً انکار می‌کنند یا در یک اولویت بسیار پایین قرار می‌دهند. بنابر این متخصص مراقبت بهداشتی که در علم خواب و طب خواب آموزش دیده یک دیدگاه بسیار ارزشمند دارد که می‌تواند به بهداشت عمومی و سلامت شخص بیمار کمک‌های شایانی بکند. این دیدگاه زائیده پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد بسیاری از جنبه‌های کلیدی عملکرد و کارکرد انسان به خواب با کیفیت و کافی بستگی دارد.

ما در یک دنیای بیست و چهار ساعت در روز، هفت روز در هفته زندگی می‌کنیم. این به معنای آن است که ما در تمام ساعات شب می‌توانیم به اختیار خود فعالیت‌هایی انجام دهیم - چیزی که در گذشته مقدور نبود. همینطور این معنا را می‌دهد که کسی باید شاغل باشد تا همه آن چیزها اتفاق بیفتد - چه در مغازه‌ها، کارخانه‌ها، خدمات رفاهی باشد یا صنعت حمل و نقل. با وجودی که ما به خودمان می‌بالیم که در عصر اطلاعات زندگی می‌کنیم این کارها که ریتم‌های طبیعی خواب و بیداری را به هم می‌زنند فقط افزایش می‌یابند چون ما ترجیح می‌دهیم نادیده‌شان بگیریم یا واقعیاتی که درباره نتایج محرومیت خواب وجود دارند رد کنیم.

جامعه ما کلاً این باور عمل می‌کند که این اثرات خفیف یا قابل قبول هستند. پژوهش‌هایی که توسط دکتر کرایگر و بسیاری از همکاران پژوهشی خواب انجام گرفته، خلاف آن را نشان می‌دهند. بسیاری از مؤسسات منجمله مدارس ما، اهمیت خواب را نادیده می‌گیرند. در آمریکای شمالی، اکثر دبیرستان‌ها بین ساعت ۷ و ۷/۳۰ شروع می‌شوند. برای رسیدن به مدرسه در این ساعات اولیه صبح، معمولاً دانش‌آموزان را یک تا دو ساعت زودتر از خواب «بیدار» کرده‌اند من لفظ «بیدار» کرده‌اند» را عمداً بکار می‌برم چون مشاهده کلاس‌ها در دبیرستان‌هایی که صبح خیلی زود شروع

می‌شوند نشان می‌دهد که اکثر دانش‌آموزان در کلاس‌ها حداقل چند دقیقه سرشان را روی میز می‌گذارند. در جامعه‌ای که با چالش افزایش موفقیت تحصیلی تحلیل رفته ظاهراً ما یک مفهوم اصلی را فراموش کرده‌ایم: دانش‌آموزان باید بیدار باشند تا در کلاس چیز یاد بگیرند: پژوهشی که توسط دکتر ماری کارسکادون^۱ از دانشگاه براون انجام گرفته نشان داده که نوجوانان به ساعات خواب زیادی نیاز دارند که در حدود نه ساعت و ربع در هر شب است و آنها یک تأخیر در مرحله خواب دارند که به معنای آن است که نوجوانان یک تمایل طبیعی به بیدار بودن و هوشیاری تا دیروقت دارند. در نتیجه، بسیاری از فرزندان ما احتمالاً تا ساعت ۱۱ شب یا نیمه شب احساس خواب‌آلودگی نمی‌کنند. اگر این طور باشد، بیدار شدن در ساعت ۶ صبح برای آنها کاملاً غیرمعقول است و این کار موجب می‌شود که آنها دچار محرومیت خواب شوند و برای کارهایی که باید در طی روز انجام بدهند از نظر روانی و جسمی آمادگی نداشته باشند. آیا این اوضاع - و کوتاهی در قبول نیاز به خواب - علت میزان بالای تصادفات رانندگی در حال خواب‌آلودگی در نوجوانان و رانندگان بزرگسال جوان است؟ - ۵۵ درصد از همه این تصادفات در دو مطالعه ذکر شده است. همه پژوهشگران و متخصصینی که من می‌شناسم در پاسخ به این سؤال خواهند گفت «بدون شک، بله!».

بسیاری از افراد، خصوصاً زنان امیدوارند که وقتی فرصت خوابیدن پیدا می‌کنند بتوانند بخوابند و وسط خواب بیدار نشوند. بنیاد ملی خواب همه ساله یک نظرسنجی خواب در آمریکا انجام می‌دهد و همیشه میزان‌های بالایی از بی‌خوابی خصوصاً در بین زنان یافته است. در سال ۲۰۰۲، یافته‌ها نشان داد که ۶۳ درصد از پاسخگویان زن بزرگسال (هیجده ساله و بیشتر) یکی دو شب یا بیشتر در هفته - در مقایسه با ۵۴ درصد از مردان، علائم بی‌خوابی را گزارش داده‌اند. بسیاری از آنها بی‌خوابی را به استرس نسبت می‌دادند که ۲۶ درصد از زنان نظرسنجی شده و ۱۶ درصد از مردان را دچا کرده بود. زنان همچنین از بیدار شدن‌های مکرر توسط دیگران منجمله فرزندان‌شان (۲۱ درصد از همه پاسخگویان زن و فقط ۱۲ درصد از بزرگسالان مرد این را گزارش دادند) و خروپف همسران‌شان

^۱ - Mary Carskadon

(۲۲ درصد از زنان و فقط ۷ درصد از مردان این را گزارش دادند) شکایت دارند. این بیدار شدن‌ها موجب به هم خوردن و کوتاه شدن خواب می‌شود و می‌تواند روی سلامت، خلق، کارکرد و ایمنی آنها تأثیر منفی بگذارد. آنها به وضوح منجر به خواب‌آلودگی روز هنگام می‌شوند که ۲۰ درصد از زنان (و ۱۳ درصد از مردان) یکی دو روز یا بیشتر در هفته آن را گزارش داده‌اند.

این کتاب همه این مشکلات را مورد توجه قرار می‌دهد و ممکن است شما را تشویق کند که اقداماتی جهت تغییر برنامه‌های خواب یا الگوهای رفتاری خانواده انجام دهید - یا به جستجوی کمک بروید. آنگاه درباره این که چگونه بی‌خوابی و سایر مشکلات خواب را مورد توجه قرار دهید هم شما را راهنمایی خواهد کرد. افرادی مانند دکتر کرایگر که زندگی حرفه‌ای خود را به آموزش دیگران درباره خواب اختصاص داده است، در تأسیس سازمان‌هایی مانند بنیاد ملی خواب، مشارکت داشته است. همزمان، ما اقداماتی بر علیه بی‌توجهی جامعه نسبت به خواب انجام می‌دهیم. ما تلاش می‌کنیم که برداشت‌های مردم درباره خواب را تغییر بدهیم. معهذاتاً زمانی که کار ما کامل نشده، افراد باید خودشان را بسیج کنند که نقش مهم خواب در زندگی‌شان را بشناسند و خود را برای اقدام آماده کنند. آنها باید درباره خواب اطلاعات کسب کنند، برای مشکلات مربوط به خواب کمک بگیرند و خواب کافی را به عنوان یک اولویت قرار دهند. به علاوه، آنها می‌توانند به اتفاق دیگران بررسی کنند که آیا مؤسساتی که روی زندگی ما تأثیر می‌گذارند - مدارس، محل کار یا سازمان‌های مراقبت بهداشتی - نیز سیاست حمایت از خواب را اتخاذ می‌کنند یا نه. چنین حمایتی تصادفات را کاهش خواهد داد، موجب بهبود سلامت خواهد شد و حتی به ترازنامه مؤسسات افزوده خواهد شد. هنگامی که شما و اعضای خانواده‌تان خواب کافی و پرکیفیتی داشته باشید خنده بیشتری خواهید شنید و کشف می‌کنید که فرصت‌های بیشتری برای تفریح و سرگرمی وجود دارد.

شما می‌توانید همراه با خواندن کتاب و یاد گرفتن از دکتر کرایگر، منابع ارزشمند و دوستانی در

سایت www.sleepfoundation.org پیدا کنید.

بخش اول :

یک شب خواب خوب:

چه چیزی طبیعی است؟

چه چیزی غیر طبیعی است؟

فصل ۱

خواب چیست؟

شما نصف شب با نگرانی، درباره مسائل شخصی و شغلی تان از خواب بیدار می‌شوید. می‌دانید که باید صبح زود بیدار شوید که بچه‌ها را به مدرسه ببرید و بعد به سرعت خودتان را برای یک قرار ملاقات مهم به محل کارتان برسانید. نهایتاً دوباره به خواب می‌روید تا مجدداً با صدای زنگ ساعت با زحمت از خواب بیدار می‌شوید. شما عصبی هستید و سر بچه‌ها داد می‌زنید. تلاش می‌کنید همه را از خانه به سرعت خارج کنید تا بموقع سرفرار تان برسید. هنگامی که به قرار می‌رسید به‌سختی می‌توانید حواستان را جمع کنید، نه می‌توانید تمرکز کنید نه به‌دیگران گوش دهید.

بطرف بزرگراه می‌رانید. یک اشتیاق غیرقابل کنترل به بستن چشمهایتان احساس می‌کنید. رادیو را روشن می‌کنید و یک آبنبات به دهانتان می‌اندازید و با آهنگ رادیو همراهی می‌کنید. پنجره ماشین را پائین می‌کشید. شاید به صورتتان سیلی بزنید تا حالتان جا بیاید. اینها همه تلاش‌هایی برای بیدار ماندن هستند. اما کوتاه‌مدتند. هیچ اقدامی مؤثر بنظر نمی‌رسد. شما نمی‌توانید بر اشتیاق شدیدی که به خوابیدن دارید غلبه کنید.

هر چند وقت یکبار به چنین بی‌خوابی‌های شدیدی دچار شده‌اید؟ همه ساله رانندگان خواب‌آلود موجب وقوع حدود ۲۰ درصد از حوادث ماشین و ۱/۲ میلیون تصادف می‌شوند که منجر به تلفات و جراحات سنگین و میلیون‌ها خسارت مالی می‌شود. بعلاوه هر ساله حدود ۱۸ میلیون دلار نیز در نیروی تولید و جراحات ناشی از خواب‌آلودگی روزانه تلف شده است. چرا چنین اتفاقی می‌افتد و چاره چیست؟

چرا بعضی افراد در عرض چند دقیقه خواب‌شان می‌برد و بیش از یک ساعت طول می‌کشد تا سایرین خواب‌شان ببرد؟ چرا بدن‌های ما به خواب نیاز دارد؟ چه چیزی طبیعی است؟ چرا نوزادان بیشتر از بزرگسالان به خواب نیاز دارند؟ تغییرات زیست‌شناختی که در زمان قاعدگی، حاملگی و یائسگی اتفاق می‌افتند چگونه بر روی خواب زنان تأثیر می‌گذارند؟ چرا ما خواب می‌بینیم؟ چرا ما در پاسخ به خوابی که می‌بینیم حرکت نمی‌کنیم؟ زمانی که از خواب محروم شده‌ایم، چه بر سر جسم‌مان می‌آید؟ چگونه می‌فهمید که کمبود خواب دارید و نتایج آن چیستند؟ آیا هم تختی خروپف‌کننده

شما واقعاً در خطر است؟ کدام نشانه‌های مشکلات خواب باید با پزشک‌تان در میان گذاشته شود؟ این کتاب همه این سؤالات را مورد توجه قرار می‌دهد و بیش از آن شما می‌توانید به یک شناخت بهتر از نشانه‌های محرومیت خواب و اهمیت خواب در زندگی و سلامتی‌تان برسید. نشانه‌های مشکلات خواب که شما یا خانواده یا دوستانتان ممکن است به آنها دچار باشید، همین‌طور چگونگی اداره این مشکلات و تضمین خواب سالم، کافی و با کیفیت در این کتاب آمده است. این کتاب بویژه دنیای بیماران خواب زنان و تحقیقات اخیر که به تأثیر آن بر سلامت زنان مربوط می‌شود را بطور جامع مورد بررسی قرار می‌دهد.

طب خواب آن‌قدر رشته جدیدی است که حتی متخصصین خواب کماکان در حال یادگیری آن هستند. همان‌طور که متوجه خواهید شد، رمز و رازهای بسیاری درباره ماهیت خواب باقی می‌مانند.

خواب چیست؟

قبل از قرن نوزدهم، مردم معتقد بودند که خواب شکلی از مرگ قابل برگشت است. فرض شده بود هنگامی که شما خواب هستید مثل این است که مرده‌اید و رنج و درد پایان پذیرفته است و هنگامی که بیدار می‌شوید از مرگ برگشته‌اید. حتی کتب مرجع پزشکی در سال‌های ۱۸۰۰ این عقیده را که خواب شکلی از مرگ قابل برگشت است را ترویج کرده‌اند. دکتر رابرت مک‌نیش^۱ در کتاب خود به نام «فلسفه خواب» در سال ۱۸۳۰ این‌طور نوشته: "خواب یک حالت واسطه بین بیداری و مرگ است. بیداری به عنوان حالت فعال همه عملکردهای حیاتی و عقلانی است و مرگ به‌عنوان توقف کامل آنها تلقی شده است."

نقطه عطفی که در قرن بیستم اتفاق افتاد زمانی بود که آشکار شد مغز در حین خواب عملاً فعال است. در سال ۱۹۲۸، یک پزشک آلمانی بنام هانس برگر^۲ به‌طور موفقیت‌آمیزی فعالیت الکتریکی مغز در حال خواب را توسط الکترودهایی که روی جمجمه قرار داده بود، اندازه‌گیری و ثبت کرد. این

^۱ - Robert Macnish

^۲ - Hans Berger

اولین EEG (الکتروآنسفالوگرام) بود. بزودی تکنیک‌هایی برای اندازه‌گیری میلیون‌ها ولت انرژی الکتریکی که توسط مغز انسان در حین خواب خارج می‌شدند، ساخته شد تا یک تصویر دقیق‌تر از فعالیت مغز فراهم شود. در سال ۱۹۵۳ در دانشگاه شیکاگو، ناتانیل کلايتمن^۱ و شاگردش یوجین آسرینسکی، EEG و حرکات چشم را در نوزادان اندازه‌گیری کردند. آنها چیزی که به‌عنوان خواب حرکت چشمی سریع^۲ (REM) شناخته شده است، توصیف کردند. پس از آن دانشمندان به این واقعیت پی بردند که سه حالت از هستی وجود دارد: خواب غیر REM، خواب REM و بیداری. بزودی کشف شد که خواب REM زمانی است که افراد به‌احتمال زیاد تصویر رویا را به‌طور آشکار می‌بینند.

مطالعات بیشتر محقق کردند که در واقع انواع یا مراحل متعددی از خواب وجود دارند. با استفاده از امواج مغزی و سایر مقیاس‌ها، خواب غیر REM به چهار مرحله تقسیم شد. نوعاً هنگامی که کسی از مرحله یک به مرحله چهار می‌رود، امواج مغزی بتدریج آهسته‌تر می‌شوند و اندازه امواج مغزی به‌طور افزاینده بزرگتر و خواب عمیق‌تر و عمیق‌تر، می‌گردد. مراحل سه و چهار اکثراً ترکیب شده و خواب موج کوتاه، خواب عمیق یا حتی خواب دلتا نامیده شده‌اند. در نتیجه یک تصویر جامع‌تر از فعالیت الکتریکی مغز در حین خواب بوجود آمده است - تصویری که حالات و مراحل خواب را در حین سیکل خواب نمایش داده است.

خواب حرکت چشمی سریع هنوز یک حالت پررمز و راز محسوب می‌شود. ما هنوز نمی‌دانیم که چرا REM داریم و چرا مغز در این حالت اینچنین رفتار می‌کند. آنچه مشخص شده این است که مغز در حالت REM درست مانند زمان بیداری فعال بنظر می‌رسد و کار زیادی انجام می‌دهد چون سلول‌های مغزی انرژی قابل ملاحظه‌ای را بکار می‌برند. حتی امواج مغزی در REM مشابه با امواجی است که در بیداری دیده شده است.

خواب REM دو نشانه مهم دارد. اولاً، بااستثنای عضله تنفسی اصلی، دیافراگم و بعضی اسفنگترها

¹ - Nathaniel Kleitman

² - Rapid eye movement Sleep

در بالا و پایین مسیرگوارشی، اکثر عضلات ما در واقع حین خواب REM فلج می‌شوند. دوم، علیرغم این فلج بیرونی، بعضی از سلولهای واقع در پونز^۱ که یک بخش ابتدائی مغز است ناگهان فعال می‌شوند و طوفانهای الکتریکی تولید می‌کنند. فعالیت الکتریکی که توسط این طوفانها ایجاد شده اثر خود را در سراسر سیستم اعصاب مرکزی باقی می‌گذارد. زمانی که این تکانه‌های الکتریکی به بخشی از مغز می‌رسند که حرکات چشمی را کنترل می‌کند، حرکت چشمی سریع که ویژگی این حالت از خواب است رخ می‌دهد. هنگامی که این تکانه‌ها از بخش‌هایی از سیستم اعصاب می‌گذرند که تنفس و سیستم قلبی عروقی را کنترل می‌کنند، اغلب بی‌نظمی‌هایی در الگوی تنفس و همین‌طور ضربان قلب و فشارخون ایجاد می‌شود. یک رویداد غریب و تا کنون شناخته نشده‌ای که در حین خواب REM اتفاق می‌افتد این است که مردان دچار نعوظ و رگهای خونی واژن زنان، متورم می‌شوند. این رویداد هر زمان که کسی رویا می‌بیند، و سه تا ۵ بار در هر شب اتفاق می‌افتد. عجیب اینکه افکار یا رویاهای جنسی موجب این رویدادها نمی‌گردند.

نکته عجیب دیگر اینکه یک خصیصه طبیعی خواب این است که ما در طول یک شب خواب عادی، چندبار از خواب بیدار می‌شویم (پریدن نیز نامیده شده). این پریدن‌ها کوتاه مدت هستند و معمولاً فقط چند ثانیه طول می‌کشند و ما آنها را بخاطر نمی‌آوریم. یک فرد عادی ممکن است در هر ساعت حدود ۵ بار از این بیدارشدن‌ها را در پاسخ به یک احساس بدنی یا به‌عنوان محافظت از خطر، تجربه کند. این پاسخ‌ها، واکنش‌هایی هستند که ما با آنها دنیا آمده‌ایم. یک نوزاد باید بتواند زمانی که راه تنفسی اش توسط ملافه بسته شده از خواب بیدار شود تا در وضعیتی قرارگیرد که بتواند دوباره شروع به نفس کشیدن کند. افرادی که مبتلا به بعضی بیماری‌هایی هستند که در این کتاب توصیف خواهیم کرد، ۱۰ برابر بیشتر از افراد عادی از خواب بیدار می‌شوند. بزرگسالی که در حین خواب نفسش بند می‌آید باید از خواب بپرد، تا دوباره شروع به نفس کشیدن کند. این بیدار شدن‌های مکرر، مقدار زمانی که فرد در مراحل خواب می‌گذرد کاهش می‌دهد، بنابراین او قادر نخواهد بود

^۱ - Pons

خواب پیوسته و با کیفیتی که برای هوشیاری روزانه لازم است، تجربه کند. نتیجه حاصله اغلب بصورت خواب آلودگی روزانه و مشکل در انجام فعالیت‌های روزانه است.

چرا ما می‌خوابیم؟

همه جانداران منجمله انسان‌ها می‌خوابند. هنگامی که از خواب حیوانات جلوگیری شود آنها نهایتاً می‌میرند. علیرغم هزاران آزمایشی که برای مطالعه خواب انجام گرفته، هیچ کدام نتوانسته‌اند با اطمینان مشخص کنند که چرا همه حیوانات می‌خوابند. امکان دارد که خواب در انواع مختلف جانوران، کارکرد متفاوتی داشته باشد. برای مثال، اکثر حیوانات هنگامی که بیدارند دنبال غذا می‌گردند و سپس یک مکان امن برای خواب پیدا می‌کنند و خودشان را از شکارچی حیوانات مخفی می‌کنند. حیواناتی که نزدیک به بالای زنجیره غذایی خود هستند مانند شیر، ظاهراً هر زمان و هر جایی که می‌خواهند می‌خوابند.

ما نمی‌دانیم چرا می‌خوابیم، همان طور که نمی‌دانیم چرا بیدار هستیم. دلایلی که نوعاً برای علت خوابیدن ذکر شده اند شامل نگهداری انرژی، اعاده عملکردهای جسمی مهم و ترمیم بافت‌های آسیب‌دیده می‌شوند. برای مثال، بعضی هورمون‌ها عمدتاً در حین خواب ترشح شده‌اند. چنین تئوری‌هایی جذاب هستند، اما همه این عملکردها را می‌توان فقط با استراحت کردن و اینکه کاری کنیم هورمون‌هایی که در حین خواب ترشح می‌شوند در حین استراحت هم ترشح شوند تأمین نماییم و لازم نیست مغز را واداریم که به یک حالت ناهوشیاری برود. ما این را به یقین نمی‌دانیم: اگر مردم به قدر کافی نخوابند، روز بعد احساس ناخوشی می‌کنند، مغزهای آنها درست کار نمی‌کند و آنها ممکن است از نظر ذهنی کاملاً دچار اختلال بشوند و قادر به انجام وظایف پیچیده نباشند. شما مسلماً دلتان نمی‌خواهد خلبانی که محرومیت خواب کشیده شما را بر فراز اقیانوس آرام عبور دهد. حتی حرفه پزشکی در حال حاضر اذعان دارد که پزشکانی که کمبود خواب دارند می‌توانند برای بیمارانشان یک عامل خطرزا باشند.

می‌توان نتیجه گرفت که خواب به درد کارهای زیادی می‌خورد و انواع مختلف خواب نیازهای متفاوتی را برآورده می‌کنند. برای مثال فرض شده که مراحل سه و چهار "خواب موج کوتاه" خوابی هستند که برای احساس نشاط در وقت بیدار شدن لازم هستند. بسیاری از دانشمندان معتقدند که خواب REM هنگامی است که خاطرات در سیستم اعصاب ما ذخیره شده‌اند. خواب کافی در ایجاد احساس شادابی و خلق خوب شما واقعاً دخالت دارد. این گفته شکسپیر در نمایشنامه مکبث احتمالاً درست بوده که گفته خواب «خوراک اصلی در جشن زندگی است».

ما به چه مقدار خواب نیاز داریم؟

مقداری که می‌خواهیم، زمانی که می‌خواهیم و چقدر به خواب عمیق و رویا دیدن نیاز داریم، بر حسب سن تفاوت می‌کند. بنابراین ۷ تا ۹ ساعت خواب که برای اکثر بزرگسالان کافی است، یک کودک ۹ ساله معمولی را در طی روز شدیداً خواب‌آلود می‌کند.

شکل ۱-۱، نیازمندی‌های خواب برای سنین مختلف را نشان می‌دهد. همان‌طور که می‌بینید، دامنه‌هایی برای هر گروه سنی وجود دارد. مقدار خوابی که یک زن به آن نیاز دارد یک خصیصه فردی درست مانند قد اوست. هر کسی به مقدار خواب منحصر به فرد خود، نیاز دارد. مقدار خواب مورد نیاز، مقداری است که شما را کاملاً بیدار و هوشیار نگه می‌دارد. پژوهش‌ها ارتباطی بین زمان خواب و سلامت را نیز نشان داده‌اند: زنانی که خیلی بیشتر یا خیلی کمتر از متوسط می‌خوابند در خطر بالای ابتلا به بیماری هستند. برای مثال، پژوهشی که در مورد ۷۱۰۰۰ پرستار در سال ۲۰۰۳ منتشر شد نشان داد آنهایی که پنج ساعت یا کمتر می‌خوابیدند از کسانی که هشت ساعت می‌خوابیدند ۴۵ درصد بیشتر خطر مبتلا شدن به بیماری قلبی را داشتند. خطر ابتلا برای آنهایی که نه تا یازده ساعت می‌خوابیدند ۳۸ درصد بود.

شکل ۱-۱، ساعات خواب مورد نیاز بر حسب سن تغییر می کند.

سن	ساعات خواب در یک بیست و چهار ساعت	ساعات چرت زدن (خواب کوتاه)
تولد تا ۲ ماهگی	۱۰/۵ تا ۱۸	۵ تا ۱۰*
دو ماهگی تا ۱۲ ماهگی	۱۴ تا ۱۵	۲/۵ تا ۵
۱۲ ماهگی تا ۱۸ ماهگی	۱۳ تا ۱۵	۲ تا ۳
۱۸ ماهگی تا ۳ سالگی	۱۲ تا ۱۴	۱/۵ تا ۲/۵
۳ سالگی تا ۵ سالگی	۱۱ تا ۱۳	۰ تا ۲/۵
۵ سالگی تا ۱۲ سالگی	۹ تا ۱۱	**
سالهای نوجوانی	۸ تا ۱۰	**
سالهای بزرگسالی	۷ تا ۹	**

* یک نوزاد هر ساعتی از روز یا شب را می خوابد.

** چرت زدن های مفرط در این سنین می تواند نشانه یک مشکل خواب باشد.

بطور کلی، مقدار خواب با افزایش سن، کاهش می یابد. اطفال زمان قابل ملاحظه ای را در خواب می گذرانند (اگرچه این ممکن است برای والدین از خواب محروم شده آنها چنین تصور نشود). در اولین ماه های زندگی، اکثر نوزادان در هر ساعتی از شبانه روز می خوابند. نهایتاً آنها دوره های طولانی خواب را در اکثر شبها دارند که مایه خوشبختی والدین است. اطفال و نوپاها چرت می زنند. هنگامی که کودکان به مدرسه می روند، اکثراً دیگر چرت نمی زنند.

میزان خواب REM نیز با افزایش سن، کاهش می یابد. نوزادان تقریباً نیمی از زمان خواب خود را در خواب REM می گذرانند. در بزرگسالان میزان REM تجربه شده در حین خواب بین ۲۰ تا ۲۵ درصد کاهش می یابد. مقدار خواب موج کوتاه نیز در کودکان بسیار بیشتر است. زمانی که اکثر مردم در خواب موج کوتاه می گذرانند با افزایش سن کاهش می یابد. بعضی از افراد سالمند ممکن است اصلاً خواب موج کوتاه نداشته باشند. این مرحله ای از خواب است که در طی آن اکثر هورمون رشد انسان ترشح می شود.

بعضی کودکان یک الگوی خواب خاص در سال های نوجوانی خود ظاهر می کنند که برای والدین آنها آزاردهنده است. به جای این که آنها در ساعات عادی که در امریکای شمالی بین ۱۰/۳۰ و نیمه

شب است به تختخواب بروند، در ساعت خواب احساس خواب آلودگی نمی‌کنند بلکه دیرتر می‌خوابند و دیرتر از زمانی که در سال‌های کودکی خود از خواب بیدار می‌شدند، از خواب بیدار می‌شوند. در شب‌های مدرسه، ممکن است ساعتها طول بکشد که آنها به خواب بروند. این موجب می‌شود که یک نوجوان قادر نباشد زمان تقریبی ۸ تا ۱۰ ساعت خوابی که نیاز دارد تأمین کند، در نتیجه نمی‌تواند سر موقع از خواب بیدار شود و در سراسر روز هوشیار نیست. یک مادر ممکن است مجبور شود یک نوجوان بی‌میل و غیر پاسخگو را از رختخواب بیرون بکشد. بنابراین، در اولین ساعات مدرسه، یک نوجوان ممکن است در یک حالت گیجی بسر ببرد یا عملاً خواب باشد و در نتیجه بسیار ضعیف عمل کند. در تعطیلات آخر هفته، این نوجوانان معمولاً تا ظهر یا حتی خیلی دیرتر، می‌خوابند. برای آنها سعی در هوشیار بودن در ساعت ۹ صبح مانند این است که یک فرد معمولی سعی کند در ساعات ۲ یا ۳ بعد از نصفه‌شب هوشیار باشد. این کار فایده‌ای ندارد. این نوجوانان بعد از ظهرها و عصرها مکرراً به خودشان یک استراحت دوباره می‌دهند.

افراد مسن، خصوصاً بعد از بازنشستگی ممکن است مجدداً چرت زدن را شروع کنند. روشن نیست که آیا خواب شبانه کاهش یافته در سالمندی علت چرت‌زدن‌های روزانه است یا خیر. بسیاری از افراد سالمند خواب کمی دارند که فقط به علت سن آنها نیست، بلکه نتیجه‌ای از یک بیماری جسمی، داروها، درد، حساسیت به محیط خود یا بی‌نظمی‌ها و تغییرات در الگوی خواب آنها است. پژوهشی که درباره خواب جمعیت سالمند در سال ۲۰۰۳ منتشر شد، نشان داد که افراد سالمند بدون مشکلات طبی معمولاً خواب عادی دارند.

ساعت بدن

بدن شما از کجا می‌فهمد که چه وقت زمان خوابیدن و بیدار شدن است؟ در مغز شما در مکانی که هسته سوپراکیاسماتیک^۱ (SCN) نامیده شده، مجموعه‌ای از سلول‌ها هستند که قابلیت نگهداشتن

^۱ - suprachiasmatic

زمان را دارند و به عنوان یک پیس میکر برای سیکل خواب - بیداری شما عمل می‌کنند.

معلوم شده که این پیس میکر نه تنها مواقعی را که شما خواب‌آلود یا هوشیار هستید کنترل می‌کند بلکه همین‌طور عملکرد بسیاری از سیستم‌های بدن را کنترل می‌کند. کلمه «بسیاری» در واقع می‌تواند یک کم‌انگاری باشد. اکثر سیستم‌ها در بدن الگویی دارند که در طی یک گردش بیست و چهارساعته تغییر می‌کند. این موضوع در مورد ترشح بسیاری از هورمون‌ها، فشارخون، ضربان قلب، و سایر عملکردها در بدن، صادق است. این ریتم طبیعی و داخلی، ریتم شبانه‌روزی^۱ نامیده شده است. ریشه کلمه از سیرکا^۲ به معنای «در حدود» و دیم^۳ به معنای «روز» است. به عبارت دیگر، ریتم شبانه‌روزی روشی که بسیاری از سیستم‌های بدن در طی ۲۴ ساعت کار می‌کنند، تغییر می‌دهد، بنابراین عملکرد سیستم‌ها با آنچه بدن به آن نیاز دارد، جور می‌شود. در نتیجه ما معمولاً شب‌ها مجبور نیستیم به دستشویی برویم و آنقدرها هم گرسنه نیستیم. اگر شما در طول مناطقی زمانی سفر کرده باشید می‌دانید که به خاطر قطع ارتباط بین ساعت بدنی‌تان و زمانی که قاعدتاً باید باشید، چقدر احساس ناهمخوانی و عدم هماهنگی کرده‌اید.

یکی از رازهای بزرگ علم که اخیراً حل شده این است که مغز چگونه می‌داند که ساعت چند است. آیا هنوز صبح شده و زمان بیدار شدن است؟ تصور کنید ما بر روی سیاره‌ای زندگی می‌کردیم که به جای هر بیست و چهار ساعت که روی زمین معمول است، هر سی ساعت به دور یک خورشید می‌چرخید. ساعت بدن چگونه خودش را تطبیق می‌داد؟ پاسخ این است که نور خورشید به گونه‌ای ساعت شبانه‌روزی بدن را هماهنگ می‌کرد که دقیقاً در زمین برای انسانها و سایر حیوانات این کار را انجام می‌داد. اگر بخواهیم ساده‌تر بیان کنیم، نور وارد چشم می‌شود و به شبکه می‌خورد. سلولهای واقع در شبکه طوری تحریک شده‌اند که با روشی که یک دوربین دیجیتال کار می‌کند تفاوت چندانی ندارد. اطلاعات بینایی بجای رفتن به یک کارت فلاش که در یک دوربین دیجیتال

¹ - Circadian rhythm

² - Circa

³ - diem

معمول است، در طول سلول‌های عصبی حرکت می‌کند و در پایان مسیر به هسته سوپراکیاسماتیک یا SCN ختم می‌شود. این مکانی است که سلولهای پیس‌میکر قرار دارند. این سلول‌ها در بالای کیاسم بینایی قرار گرفته‌اند که در آنجا اطلاعات بینایی از یک طرف سیستم اعصاب به طرف دیگر و به بخشی از مغز که بینایی را پردازش می‌کند عبور می‌کند. SCN اولین مکانی است که اطلاعات رسیده به شبکه به آن جا می‌رود و به عنوان نوعی زنگ بیدارباش عمل می‌کند که به مغز می‌گوید صبح شده که به نوبه خود سلول‌های پیس‌میکر را هماهنگ می‌نماید. افرادی که به علت مشکلات بین چشم و کیاسم، نابینا شده‌اند، ممکن است دچار مشکلات جدی در هماهنگ کردن ساعات بدنی خود باشند و در نتیجه غالباً دچار مشکلات شدید خواب بشوند. از طرف دیگر، افرادی که به علت مشکلاتی در کرتکس بینایی، بخشی از مغز است که اطلاعات را پردازش می‌کند، نابینا شده‌اند، ممکن است کماکان یک سیستم شبانه‌روزی طبیعی داشته باشند.

جالب توجه است که سیستم‌های شبانه‌روزی نه تنها در جانداران سطوح بالاتر تکامل وجود دارند، بلکه برای مثال در گیاهان نیز موجود هستند. در واقع اولین نمایش ریتم شبانه‌روزی توسط یک دانشمند سوئیسی بنام دومیران^۱ صورت گرفت. او یک آزمایش ساده با استفاده از یک گیاه میموزا که برگ‌های خود را در یک زمان مشخصی که هوا آفتابی بود، باز می‌کرد انجام داد. او گیاه را در یک جعبه قرار داد بنابراین دیگر در معرض نور قرار نداشت و برگ‌ها کماکان در همان زمان باز می‌شدند. این گیاه قادر بود حساب زمان را نگهدارد.

ریتم‌های وابسته به زمان متعددی در زیست‌شناسی وجود دارند که شناخته نشده‌اند. بعضی از ریتم‌های زیست‌شناختی را می‌توان به ثانیه اندازه‌گیری کرد (برای مثال، تنفس و ضربان قلب)، در حالی که سایر ریتم‌ها سیکل‌های بسیار طولانی‌تری دارند. اگرچه سیکلی که ما بیشتر از همه درباره آن می‌دانیم، ریتم شبانه‌روزی است، اما به نظر می‌رسد فصول سال نقش مهمی در زمانی که پستانداران حامله می‌شوند و بچه می‌زایند، بازی می‌کند. یکی از مرموزترین سیکل‌ها در

^۱ - De Mairan

زیست‌شناسی سیکل قاعدگی در زنان است که در فصل آینده بررسی شده است. مدت این سیکل تقریباً به اندازه سیکل یک ماه قمری است و سیستم زمان‌بندی که به سیکل منتهی می‌شود و به طور متوسط بیست و هشت روز است، ناشناخته می‌باشد.

یک شب خواب خوب چه حالی دارد؟

اهمیتی ندارد که ریتم شبانه‌روزی یا ساعت بدنی شما چگونه باشد، مهم این است که شما بتوانید یک الگوی خواب سالم را بشناسید. با یک شب خواب کافی شما باید مدت کوتاهی بعد از بیدار شدن احساس کنید کاملاً بیدار و هوشیار هستید و این احساس در باقیمانده روز نیز ادامه پیدا کند. شما معمولاً باید خلق خوبی داشته باشید و هیچ نیازی برای یک استراحت کوتاه احساس نکنید. یک شب خواب خوب مستلزم هر دو کمیت و کیفیت است (بدون وقفه و مقدار مناسب هر مرحله).

شما نباید با احساس کسالت از خواب بیدار شوید، درست مثل این که شب نخوابیده باشید. شما نباید احساس کنید که باید یک یا چند فنجان قهوه بنوشید تا بتوانید به فعالیت پردازید. کشمکش برای بیدار ماندن در حین رانندگی به جایی و از جایی، خواب رفتن یا احساس بی‌قراری غیرقابل کنترل در سینماها، جلسات عمومی یا حتی روبروی تلویزیون، همه نشانه‌هایی هستند که ممکن است به محرومیت خواب شما دلالت کنند. به علاوه شما نباید هنگام خواندن احساس کنید که نزدیک است خوابتان ببرد.

اگر شما این نشانه‌ها را تجربه می‌کنید حاکی از آن است که مقدار یا کیفیت خواب شما برای این که بتواند شما را به طور بهینه کاملاً بیدار و هوشیار نگهدارد، ناکافی است. اگر شما صبح خواب‌آلود باشید، تمام روز احساس خستگی کنید، هنگامی که نمی‌خواهید بخوابید خوابتان ببرد، به چرت زدن نیاز داشته باشید و یا وقتی بیدار می‌شوید عصبی و کج خلق باشید، احتمالاً یک مشکل خواب دارید. ذکر این نکته مهم است که بی‌حوصلگی موجب خواب‌آلودگی نمی‌شود. بی‌حوصلگی فقط به شخص خواب‌آلود فرصت چرت زدن می‌دهد.

چنانچه بعداً در این کتاب مشخص خواهد شد، علائم دیگری وجود دارند که ممکن است نشان دهند شما یک مشکل پزشکی دارید. شما نباید با سوزش معده، درد قفسه سینه، تنگی نفس یا ضربان قلبی که به طرز غیرمعمول تند یا کند است، بیدار شوید. با سردرد از خواب بیدار شدن که بیش از موارد اتفاقی باشد یا مراجعه مکرر به دستشویی در شب نیز می‌توانند نشانه‌های یک مشکل پزشکی باشند. شما نباید با حالت فلج شده یا تعریق شدید از خواب بیدار شوید. همین طور زمانی که شما در حال خواب هستید نباید به اعمال خشونت‌آمیزی دست بزنید که به خودتان یا دیگران صدمه بزند. هم تختی شما نباید بهتان بگوید که وقتی خواب بودید نفستان بند آمده و تماشای شما هنگام خواب ترسناک است. اگر شما هر کدام از این علائم را داشته باشید، احتمالاً به یک مشکل پزشکی مربوط می‌شود که لازم است بررسی شود.

در صورتی که شما هر شب بیش از نه ساعت یا کمتر از پنج ساعت هم می‌خوابید باید به یک پزشک مراجعه کنید. پژوهش‌ها به طور مکرر نشان داده‌اند که میزان مرگ و میر در افرادی که به طور مرتب زیاد می‌خوابند (بیش از ده ساعت در شب) یا از طرف دیگر کم می‌خوابند (کمتر از پنج ساعت در شب)، بالاتر است. معهداً، موضوع کلیدی طول مدت خواب نیست بلکه ما معتقدیم که این مقادیر نابهنجار خواب نشانه‌ای از یک اختلال خواب یا اختلال طبی هستند که ممکن است موجب یا منجر به مرگ شوند.

خلاصه کلام این است که اگر شما تمام روز کاملاً بیدار و هوشیار نباشید، در طی روز خواب‌آلوده باشید یا اگر علائمی که در پاراگراف قبلی به آنها اشاره شد داشته باشید، احتمالاً مشکل خواب دارید. ما همه می‌خواهیم خواب حالتی است که کنترل و پیچیدگی آنرا تازگی شناخته ایم. یک شب خواب خوب می‌تواند باعث شود که یک فرد احساس سرزندگی و موثر بودن کند. یک شب خواب بد یا خواب ناکافی یک فرد را با احساس خستگی و بی‌مصرفی باقی می‌گذارد. او ممکن است حتی برای دیگران خطر ایجاد کند. زنان بیشتر از مردان، مشکلات خواب دارند. این فقط به این خاطر نیست که بعضی از اختلالات خواب در زنان بسیار شایع‌تر است، بلکه به این علت هم است که

مسئولیت‌های خانوادگی، قاعدگی، حاملگی و یائسگی همه می‌توانند خواب طبیعی را مختل کنند. زنان غالباً دو وظیفه را انجام می‌دهند. آنها اولین کسی هستند که صبح بیدار می‌شوند و آخرین کسی هستند که شب به تخت‌خواب می‌روند. آنها بیرون کار می‌کنند و به خانه می‌آیند و مراقبین اصلی خانواده هستند. آنها اغلب، کارهای خانه را سازمان دهی و اداره می‌کنند، وعده‌های غذایی را آماده می‌نمایند، شستشو انجام می‌دهند و غیره. آنها باید نسبت به همسر و فرزندان‌شان حساس و دربارہ مشکلات و مسائل خانوادگی هوشیار باشند، خوب گوش بدهند، همدل باشند و غیره. اگر آنها کمبود خواب داشته باشند، خانواده ممکن است لطمه ببیند. آنها ممکن است با همسر و فرزندان‌شان بدخلق، عصبی و تندخو بشوند.

یک شب خواب خوب از طرف دیگر به یک زن فرصت می‌دهد که روزش را با سرحالی و انرژی کافی شروع کند تا بتواند خودش را در طول یک روز طولانی و شلوغ بکشانند. برای داشتن یک شیوه زندگی سالم، یک شب خواب خوب به اندازه غذای سالم و ورزش کافی مهم است. فصول بعدی این کتاب به شما اطلاعاتی می‌دهد که در مواقعی که مشکل دارید از آنها استفاده و مشکلاتان را حل کنید.

فصل ۲

خواب در طول مراحل زندگی

مورد وکیل خسته

وکیلی که در مطب روبروی من نشسته بود با استیصال از من کمک می‌خواست. او به‌عنوان یک بیمار نزد من نیامده بود بلکه برایم داستان غمگینی نقل کرد که چطور بعد از بدنيا آوردن اولین فرزند خود دیگر نمی‌توانست در سطح بالایی که از خودش انتظار داشت عمل کند.

او تعریف می‌کرد که هر روز که وارد دفترش می‌شده چقدر خواب‌آلود بوده است. چندین فنجان قهوه نیز کمکی به او نمی‌کرده. او می‌توانست کار روزانه‌اش را شروع کند اما تمرکز کردن برایش دشوار بوده. او اکثراً، به ویژه زمانی که پای کامپیوتر بود، چرت می‌زد. روزی یکی از شرکای ارشد دفتر حقوقی که او در آن جا کار می‌کرد در حال خواب غافل‌گیرش کرد و به او اتمام حجت نمود که اگر مشکلش را حل نکنند برایش عواقب حرفه‌ای خواهد داشت. یک وکیل خواب‌آلود در یک حرفه حقوقی پر مشغله قابل تحمل نخواهد بود.

وکیل مورد نظر در حدود سی و پنج سال داشت. او زیاد ورزش می‌کرد و خودش را در یک شرایط بدنی عالی، تصور می‌نمود. او همیشه در کارش شدیداً موفق بود اما حالا زندگی‌اش داشت می‌پاشید. حافظه تصویری دقیقی که روزگاری داشت در حال فنا شدن بود. او نمی‌توانست دلیل این تغییرات را بفهمد. آیا یک مشکل طبی و خیم داشت زندگی او را نابود می‌کرد؟ او نگران بود اما نمی‌توانست خودش را برای گفتن این جمله دردناک راضی کند: «آیا من دچار بیماری آلزهایمر زودرس شده‌ام؟»

آرایش نتوانسته بود کیسه‌های زیرچشم او را که بزرگ و کبود بودند، پنهان کند. من از او یک مجموعه سؤال پرسیدم و متوجه شدم که تمام مشکلات او تقریباً پنج ماه قبل از تولد اولین فرزند او شروع شده است. او و شوهرش که او هم یک وکیل شاغل بود، با هم قرار گذاشته بودند که او در طی هفته شب‌ها بیدار بماند و مراقب نوزاد باشد و شوهرش شب‌های آخر هفته این وظیفه را به عهده بگیرد. در نتیجه، او هر شب در هفته یک یا دو ساعت کمبود خواب داشت. او انتظار داشت که بتواند عملکرد خود را در سطوح عادی نگهدارد اما انتظارش غلط از آب درآمد. او به ذهنش هم خطور نمی‌کرد که یک یا دو ساعت کمبود خواب می‌تواند چنین نتیجه‌ی ویران‌گری داشته باشد. معه‌ذا زمانی

که فهمید دچار آلزهایمر نیست، خیالش آسوده شد. موضوعی که موجب تعجب من شد این بود که وکیل خواب آلود یک شخص تحصیلکرده بود اما هیچ اطلاعی از اینکه مشکلاتش می‌تواند به علت محرومیت خواب باشد، نداشت.

چون او و شوهرش هیچ کدام اطلاعات زیادی درباره الگوی خواب نوزادان نداشتند همین طور هم نمی‌دانستند که نوزاد تا چه مدت کماکان شب‌ها از خواب بیدار خواهد شد. او هیچ آگاهی درباره این که چه چیزی را انتظار داشته باشد نداشت و نمی‌دانست که این موضوع ممکن است بطور دایم روی زندگی حرفه‌ایش تاثیر بگذارد. اکثر مردم درباره این که چگونه خواب در سراسر مراحل زندگی تغییر می‌کند، چیزی نمی‌دانند یا کم می‌دانند.

خواب در کودکان

از زمان تولد، هر کودکی منحصر به فرد است و نیازها و الگوهای خواب مختص به خود دارد. الگوها بر حسب زمان تغییر می‌کنند و طریقی که الگوها تغییر می‌کنند، منحصر به فرد است. اگر فرزند اول یک زوج، بسیار خوش‌خواب باشد این به معنای آن نیست که فرزندان آینده آنها نیز اینطور باشند. والدی که می‌داند باید چه چیزی را انتظار داشته باشد و الگوی خواب کودک خود را می‌شناسد، زمانی که مشکلاتی پیش می‌آید می‌تواند آنها را تشخیص دهد.

اولین سال تولد

الگوهای خواب در اولین ماه‌های زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای تفاوت می‌کنند. در آغاز، کودک و والدین هیچ کدام تمام شب را نمی‌خوابند و والدین محرومیت خواب را تجربه می‌کنند. این دوره می‌تواند برای همه دشوار باشد. در این دوره تعداد کمی از مادران ممکن است افسردگی بعد از زایمان را نیز تجربه کنند که می‌تواند بسیار جدی باشد و درمان را ایجاب نماید. تعجبی ندارد که اکثر والدین فقط زمانی آسایش پیدا می‌کنند که کودک تمام شب را بخوابد.

تولد تا دو ماهگی

والدین باید چه چیزی را انتظار داشته باشند. اکثر نوزادان در طول بیست و چهار ساعت، دوره‌های خواب بسیاری دارند که اکثریت آنها بین نیم ساعت تا سه ساعت طول می‌کشد. چون نوزاد بین روز و شب را تشخیص نمی‌دهد، در طول یک شب عادی کودک و والد بارها از خواب بیدار می‌شوند. در شش هفتگی، دوره‌های خواب شبانه طولانی‌تر می‌شود و یک الگوی خواب منظم‌تر معمولاً آغاز می‌گردد. کودک به طور متوسط مجموعاً چهارده ساعت و نیم می‌خوابد که دامنه آن بین ده تا ۸ ساعت است. نوزادان در حدود ۵۰ درصد از زمان خواب خود را در خواب REM می‌گذرانند که در طی آن تکان می‌خورند و خروپف می‌کنند. پسرها ممکن است نعوظ داشته باشند. همه این حالات طبیعی هستند.

والدین باید چه کار کنند که به خواب نوزاد کمک کند. اولاً زبان کودک را یاد بگیرند- یعنی او چگونه نشانه های خواب آلود بودن را منتقل می‌کند. برای مثال، گریه‌های خاص، قشقرق و مالیدن چشم‌ها نشانه آن هستند که نوزاد خوابش می‌آید. هنگامی که والدین این نشانه‌ها را می‌بینند و متوجه می‌شوند که نوزاد خسته است باید او را در تخت بگذارند. این زمان مناسبی برای یک والد خواب‌آلود هم خواهد بود که بخوابد، شرایطی که اگر نوزاد اولین فرزند نباشد و سایر کودکان نیازمند مراقبت باشند، دشوارتر خواهد شد. تکان دادن نوزاد برای خواباندن او ممکن است در اوایل تولد مسأله‌ای نباشد، اما در پایان دومین ماه، اکثر نوزادان باید یاد بگیرند که خودشان خوابشان ببرد.

والدین باید مراقب کدام مشکلات خواب باشند- اگر نوزاد بیش از هجده ساعت یا کمتر از ده ساعت در روز بخوابد، ممکن است مشکلی وجود داشته باشد. اگر نوزاد هنگام بیداری بی‌حال باشد، این موضوع مایه نگرانی است. به علاوه اگر نوزاد با صدای بلند خروپف کند یا در حین خواب مکرراً نفسش قطع شود، ممکن است آپنه داشته باشد. این موارد را با پزشک واریسی کنید. اگر نوزاد کمبود می‌شود، بلافاصله از پزشک کمک بخواهید چون این یک نشانه کمبود اکسیژن خون است.

دو ماهگی تا دوازده ماهگی

والدین باید چه چیزی را انتظار داشته باشند. دوره‌های خواب شبانه نوزاد به تدریج طولانی‌تر می‌شود. در چهار تا ۶ ماهگی او موقتاً در طی شب بیدار می‌شود اما قطعاً توانایی آن را دارد که خودش مجدداً به خواب برود. یک نوزاد دوماهه در طول بیست و چهار ساعت سه یا چهاربار چرت می‌زند. در پایان اولین سال، اکثر کودکان دو بار در روز چرت می‌زنند.

والدین باید چه کاری انجام دهند که به خواب نوزاد کمک کند. نوزاد این سن هنگامی که آماده خوابیدن است باید به پشت روی تخت خوابانده شود. شما نباید هر زمان که می‌بینید نوزاد خمیازه می‌کشد او را در تخت بگذارید و هر خمیازه ای به معنای آن نیست که او آماده خوابیدن است. شما باید از قبل خبر داشته باشید که چه موقع نوزادتان می‌خوابد و از این پیش بینی استفاده کنید تا مجبور نشوید صبر کنید که او علائم خواب‌آلوده بودن (مالیدن چشم‌ها، قشقرق، خمیازه کشیدن‌های مکرر) را نشان بدهد. در طی روز، برای یک والد خواب‌آلود هم زمان مناسبی خواهد بود که استراحت کند، بویژه اگر نوزاد هنوز در طول شب بیدار می‌شود. بعد از اینکه شما نوزاد را در تخت گذاشتید، با وسوسه سرکشی به او غلبه کنید، چون نوزادان باید حتی در نیمه‌های شب خودشان به خواب بروند. اگر نوزاد عادت کند که والدینش برای خواباندن او بغلش کنند یا تکانش دهند در نهایت بدون این کمک‌ها خوابش نخواهد برد. نوزادان سریع یاد می‌گیرند که «اگر من گریه کنم مادرم می‌آید و مرا تکان می‌دهد». والدین هم اینرا یاد می‌گیرند " اگر من نزد کوچولویم بروم او هرگز خوابش نخواهد برد و من هم هرگز نمی‌توانم بخوابم. بهتر است بروم." هر دو حالا در یک حلقه معیوب گرفتار شده‌اند. این زمانی است که نوزادان معمولاً باید یاد بگیرند که خودشان بخوابند. والدین باید به آنها کمک کنند که به این هدف برسند.

والدین باید مراقب کدام مشکلات خواب باشند؟ به همان مشکلاتی توجه کنید که برای نوزادان ذکر شد: خواب بیش از هجده ساعت یا کمتر از ده ساعت، خواب‌آلودگی شدید یا غیر پاسخگو بودن در بیداری و یا خروپف بلند یا تنفس بندآمده یا قطع شده در حین خواب می‌توانند نشانه‌هایی

باشند که نوزاد آپنه دارد (با پزشک تماس بگیرید). اگر کودک کبود می شود، بلافاصله به دنبال کمک پزشکی بروید چون این یک علامت کمبود اکسیژن خون است.

یک تا سه سالگی

در یک سالگی کودکان کماکان چرت می زنند اما حالا قسمت اعظم خواب آنها در شب است. در سه سالگی این چرت زدن ها کوتاه تر هستند و زمانی که کودک به پنج سالگی می رسد، معمولاً دیگر نیازی به چرت زدن نیست.

چهار تا سیزده سالگی

کودکان این گروه سنی حداقل به دو تا سه ساعت خواب بیشتر از بزرگسالان نیاز دارند (فصل ۱ را ببیند). من در طی سال ها خانواده های زیادی را دیده ام که فرزندان آنها در کلاس خوابشان می برده. آنها دلیل این کار را نمی دانستند چون فرزندشان به اندازه آنها می خوابیده. هفت یا هشت ساعت خواب در یک شب برای یک کودک بوضوح ناکافی است. والدین و مراقبین باید از مقدار خوابی که کودکان سنین مختلف به آن نیاز دارند، آگاه باشند. به خاطر داشته باشید که مقدار خواب همه کودکان از زمان تولد تا نوجوانی باید بیشتر از متوسط خواب مورد نیاز بزرگسالان باشد.

مشکلات خواب متعددی که در زمان طفولیت یک کودک شروع می شوند ممکن است در سال های قبل از نوجوانی به مشکلات عمده ای منجر شود. این مشکلات شامل خواب گردی، و شب ادراری می شوند. همان طور که در فصل ۱۴ ذکر شده، خواب گردی در کودکان بسیار شایع است و هم چون بزرگسالان می تواند در اثر محرومیت خواب، بدتر شود. خواب گردی ممکن است از زمانی که یک کودک می تواند راه برود وجود داشته باشد اما غالباً بعدها مسأله ساز می شود، برای مثال زمانی که کودک دعوت شده که شب جایی بخوابد. خواب گردی معمولاً با بزرگ تر شدن کودک بسیار کمتر می شود. اگر دوره های خواب گردی با خطر همراه نباشد، معمولاً به هیچ درمانی نیاز نیست. همین

طور، شب ادرازی اغلب در سنین پنج تا ده سالگی مشکل ساز می شود. خانواده باید برای حل و فصل شب ادرازی با یک متخصص کودکان مشاوره کنند.

سال های نوجوانی

بسیاری از نوجوانان دیر می خوابند و دیر هم بیدار می شوند. بسیاری از نوجوانان قبل از خوابیدن به فعالیت های تحریک کننده مثل صحبت با تلفن، بازی های کامپیوتری و جستجو در اینترنت می پردازند. در بعضی کودکان، جابجایی به یک سیکل خواب - بیداری دیرتر نشان دهنده تغییری در ساعت شبانه روزی بدن است (فصل ۸ را ببینید) و می تواند پی آمدهای جدی داشته باشد. اگر برنامه خواب نوجوان منجر به خوابیدن او در کلاس یا عملکرد درسی ضعیف شود، مراقب او باید دخالت کند و نگذارد که او تا دیر وقت بیدار بماند، درست قبل از زمان خواب در فعالیت های تحریک کننده شرکت نکند و به مقدار مفرط کافئین مصرف ننماید (بعضی از نوشابه های سبک مقادیر زیادی کافئین دارند). علائم مشخصی سزاوار توجه خاص هستند. در کنار محرومیت خوابی که در اثر یک شیوه زندگی ایجاد شده که مانع از خواب و می تواند جانشین آن شود، نوجوانی دوره ای است که ساعت شبانه روزی یک نوجوان با اکثریت افراد متفاوت می شود و این می تواند مشکل ایجاد کند (فصل ۸ را هم ببینید). هنگامی که ساعت شبانه روزی دیر می شود، بچه ها خیلی دیر به تخت خواب می روند، از خواب بلند شدن و رفتن به مدرسه برایشان سخت می شود و آخر هفته ها خیلی دیرتر می خوابند تا کمبود خوابشان را جبران کنند.

اختلالات خوابی که ممکن است در طی سال های نوجوانی شروع شوند.

- محرومیت خواب
- ساعت شبانه روزی غیرعادی
- آپنه خواب
- نارکولپسی
- اختلال حرکتی

اگر نوجوان در طی روز شدیداً خواب‌آلود باشد و با وجودی که به قدر کفایت خوابیده بی موقع خوابش ببرد، احتمال دارد که یک اختلال خواب قابل ملاحظه وجود داشته باشد- اختلالی که مستلزم مقداری ارزیابی است. در این سن، احتمالاتی که وجود دارند عبارتند از: نارکولپسی که از نظر کلاسیک در طی سال‌های نوجوانی آغاز می‌شود (فصل ۱۳ را ببینید)، آپنه خواب (در کودکی که خروپف می‌کند، شایع‌ترین علل، بزرگ‌شدن لوزه‌ها و چاقی هستند، فصل ۱۲ را ببینید) و بعضی اختلالات حرکتی است (فصل ۱۱ را ببینید). نوجوانانی که کمبود آهن دارند نیز ممکن است بی‌خوابی شدید و خواب‌آلودگی در طی روز را نیز تجربه کنند، شرایطی که به محض درمان کمبود آهن برطرف می‌شود.

بزرگسالان جوان

بزرگسالان جوان، به ویژه دانشجویان دانشگاه به افراد "محروم شده از خواب" مشهور هستند. آنها تا دیروقت بیدار می‌مانند و باید زود از خواب بیدار شوند تا به کلاس بروند. آنها تمام شب بیداری می‌کشند که پروژه‌هایشان را تمام کنند و برای امتحانات آماده شوند. در کلاس‌های دانشگاه بویژه زمانی که صدها دانشجو در اطاق هستند، بمحض اینکه نورچراغ‌ها کم می‌شود، بسیاری از آنها شروع به چرت‌زدن می‌کنند. دانشجویانی که درباره اهمیت خواب اطلاعات دارند و عادات خواب سالم را حتی در سال‌های دانشجویی پیشه می‌کنند می‌توانند قابلیت خود را برای داشتن یک شیوه زندگی سالم، سازنده و امن، بطور قابل ملاحظه ای بهبود بخشند.

بزرگسالی

از شروع دوران بلوغ، تغییرات هورمونی و سایر تغییرات زیست‌شناختی عظیمی که در زنان (اما نه در مردان) اتفاق می‌افتند می‌توانند اثرات چشمگیر و مختل‌کننده‌ای بر روی خواب داشته باشند. سیکل قاعدگی، حاملگی و یائسگی چنان اثرات مهمی روی خواب یک زن دارند که مباحث آنها در

سه فصل بعدی گنجانده شده‌اند.

افراد سالمند

اکثر افراد سالمند زنان هستند. این به این علت است که عمر زنان طولانی‌تر از مردان است. سرشماری سال ۲۰۰۰ در آمریکا گزارش داده که به ازای هر ۱۰۰ زن سنین ۷۵ تا ۸۴ سال فقط ۶۴ مرد همان سنین وجود دارد. به ازای هر ۱۰۰ زن سن ۸۵ سال یا پیرتر فقط ۴۰ مرد این دامنه سنی وجود دارد.

موضوع دیگری که آشکار شده این است که اندازه‌گیری سن فقط بر حسب تعداد چرخش‌های دور خورشید یا سال‌ها، می‌تواند بسیار گمراه‌کننده باشد. زمانی که من یک دانشجوی پزشکی بودم، یک مرد معمولی در سن ۶۹ سالگی و یک زن معمولی در سن ۷۴ سالگی می‌مردند. اگر شما بیش از ۶۵ سال داشتید و شدیداً بیمار بودید شانس شما برای بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه در حد صفر بود. افراد بسیار کمی دوروبر کسانی بودند که در سنین هشتاد، نود و صد سالگی قرار داشتند. امروزه، با وجود آلودگی هوا، گرمای جهان‌گستر، وجود توکسین‌ها در مواد غذایی، فرآورده‌های تغییر شکل یافته ژنتیکی و همه انواع بلاهایی که گریبانگیر سیاره زمین شده است، واقعیت این است که مردم در جهان پیشرفته خیلی بیشتر عمر می‌کنند و بسیار سالم‌تر از زمان‌های گذشته هستند. بنابراین ما باید بسیاری از تعاریف خود را مورد تجدید نظر قرار دهیم.

اولاً، پیری امری بسیار فردی است. در یک فرد خاص، بعضی از سیستم‌های اعضا با سرعت‌های متفاوت از یکدیگر، پیر می‌شوند. در این فصل لغت پیری به زوال عملکردی ناشی از زمان اشاره می‌کند. در یک فرد معین مفاصل و عضلات ممکن است بسیار سریع‌تر از ذهن، پیر شوند. افرادی که در دهه نود زندگی خود هستند می‌توانند از کامپیوتر استفاده کنند و از طریق اینترنت، سهام بخرند و بفروشند، در روز چندین روزنامه بخوانند، اما در بالارفتن از پله‌ها یا راه‌رفتن مشکل داشته باشند. از طرف دیگر افراد زیادی وجود دارند که قابلیت‌های هوش آنها در اوایل دهه شصت زندگی شان رو

به زوال می‌رود، در حالی که جسم‌های آنها نسبتاً بی‌عیب باقی می‌ماند. بعضی افراد بیماری‌هایی دارند که می‌تواند روند پیری را تسریع کند، برای مثال دیابت. کوتاهی در درمان بیماری حتی موجب شتاب بیشتر می‌شود. در این بخش، ما مشکلات خواب ناشی از سالمندی را مورد بحث قرار می‌دهیم. در فصل ۷، محور بحث ما روی این موضوع خواهد بود که مراقبت از یک والد سالمند یا دچار بیماری آلزهایمر چگونه می‌تواند روی خواب یک زن تأثیر بگذارد.

خواب در افراد سالمند سالم

افراد سالمند سالم ممکن است خواب کاملاً طبیعی داشته باشند- به این معنا که زود خوابشان ببرد، تمام شب را بخوابند و روز بعد کاملاً بیدار و هوشیار باشند. نتایج یک نظرسنجی درباره خواب افراد پیرتر که در سال ۲۰۰۳ منتشر شد، نشان داد که بسیاری از افراد پیرتر بهتر و طولانی‌تر از افراد جوانتر می‌خوابند. یافته‌های همین نظرسنجی نشان داد که هر چه افراد پیر سالم‌تر باشند به همان اندازه بهتر می‌خوابند. با وجود این پژوهش‌ها نشان داده که افراد پیرتر ممکن است خواب عمیق کمتری داشته باشند و در مدت خواب هورمون رشد کمتری تولید کنند، تاثیر این یافته‌های پژوهشی بر سلامت هنوز شناخته نشده است. هنگامی که خواب افراد پیرتر غیرطبیعی است، غالباً به این خاطر است که آنها یک مشکل جسمی دارند که مانع از خواب آنها می‌شود.

خواب در افراد سالمند دچار بیماری‌های جسمی

همه زنان با بالا رفتن سن نشان یائسه می‌شوند که مشکلات خواب ایجاد می‌کند. بسته به این که آنها چه شیوه زندگی و زمینه و ژنتیکی داشته باشند، ممکن است دچار بیماری‌های جسمانی شوند که روی خواب آنها تأثیر می‌گذارد. بسیاری از زنان دچار فشار خون بالا، بیماری قلبی، دیابت، سرطان و افسردگی می‌شوند. بعضی از آنها یک یا چند مورد از این بیماری‌ها را دارند. هر چه تعداد بیماری‌های آنها بیشتر باشد، کیفیت خواب آنها بدتر است. برای مثال افرادی که

چهار بیماری یا بیشتر دارند پنج برابر بیشتر احتمال دارد که از خواب‌آلودگی روزهنگام شکایت کنند. این بیماری‌ها به طور مفصل‌تر در فصل ۱۵ گنجانده شده‌اند.

چرت‌زدن در افراد سالمند

بعضی افرادی که سنشان بالا می‌رود و هیچ مشکلی هم از نظر سلامتی ندارند، به محض این‌که بازنشسته می‌شوند عادت می‌کنند که بعدازظهرها چرت بزنند. آنها ممکن است بعدها متوجه شوند که شبها نمی‌توانند خوب بخوابند یا صبح خیلی زود از خواب بیدار می‌شوند. بعضی از آنها با شکایت از این بیدارشدن‌های صبح زود به درمانگاه خواب می‌آیند و می‌پرسیدند که چه کار باید انجام دهند که بتوانند تا هر زمان که دلشان می‌خواهد بخوابند. زمانی که آنها شنیدند که اگر صبح خیلی زود بیدار شوند اما در تمام روز هوشیار باشند و عملکرد خوبی داشته باشند مشکلی نخواهد بود، متعجب شدند. سپس به آنها گفته شد که می‌توانند الگوی فعلی خود را ادامه دهند یا سعی کنند خواب بعدازظهر را حذف کنند تا ببینند که این کار خواب شب آنها را بهتر می‌کند یا نه. بنابراین چرت‌زدن می‌تواند برای افراد سالمند خوب یا بد باشد.

نشانه‌های حاکی از این که فرد سالمند یک مشکل خواب دارد

خوابیدن هنگام روز و یا در زمان‌ها و مکان‌های نامناسب یک نشانه بسیار مهم است که خواب یک فرد ایراد دارد. یک زن سالمند هشتاد و پنج ساله همسر هشتاد و نه ساله خود را به درمانگاه خواب آورده بود. شوهر هنوز گواهینامه رانندگی‌اش را داشت اما زنش به شدت می‌ترسید که هنگام رانندگی او کنارش بنشیند چون شوهرش نمی‌توانست هنگام رانندگی خودش را بیدار نگهدارد. او می‌بایست در وسط راه یک مسیر نیم‌ساعته از خانه به باشگاه محلی‌شان، یک ربع چرت بزند تا بتواند تا آنجا رانندگی کند. در این مورد، خواب‌آلودگی شدید روزهنگام او نشانه‌ای از آپنه خواب بود، و او همچنین داروهای متعددی مصرف می‌کرد که موجب خواب‌آلودگی‌اش می‌شد.

خانه سالمندان

در حدود ۲۰ درصد از ساکنین خانه سالمندان زنان هستند. اگر شما هنگام روز به خانه سالمندان بروید، اغلب صفوف افراد روی صندلی چرخدار را خواهید دید که در حال چرت زدن هستند. به نظر می‌رسد که ساکنین این خانه‌ها زمان بسیار زیادی را در خواب می‌گذرانند. این موضوع می‌تواند تا اندازه‌ای ناشی از این واقعیت باشد که آنها به قدر کافی در معرض نور خورشید طبیعی قرار نمی‌گیرند یا اطاق‌ها ممکن است نور کافی نداشته باشند. این شرایط موجب می‌شود که سیستم ساعت بدن که به نور حساس است و به تنظیم ساعت خواب کمک می‌کند. دچار اختلال عمل شود. بعضی از افراد سالمند ممکن است در طی روز بخوابند و شب بیدار بمانند یا زمانی که نصفه شب بیدار می‌شوند ممکن است شروع به پرسه زدن کنند.

داروهایی که برای درمان مشکلات طبی افراد سالمند مورد استفاده قرار می‌گیرد

بسیاری از بیماری‌های جسمی شایع در افراد سالمند می‌توانند به مشکلات خواب منجر شوند و بسیاری از داروهایی که برای درمان بیماری‌های جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌توانند موجب مشکلات خواب شوند. داروهائی که موجب مشکلات خواب می‌شوند در فصل ۱۷ گنجانده شده‌اند. به خاطر سپردن این نکته مهم است که افراد پیرتر به اثرات اصلی و عوارض جانبی داروها حساس‌تر از افراد جوانتر هستند. هم تأمین‌کننده مراقبت بهداشتی و هم بیمار باید از عوارض جانبی هر دارویی که تجویز شده آگاهی داشته باشد. به عبارت دیگر، فایده این درمان‌ها باید نسبت به عوارض جانبی آن، در نظر گرفته شود.

همین طور باید اطمینان حاصل شود که به فرد سالمند هم درباره دوز دارو و هم رژیم دارویی دستورالعمل مناسب داده شده است. گاهی حافظه یک بیمار سالمند قادر به نگهداری همه این اطلاعات نیست، بنابراین بهتر است همه آنها نوشته و در دسترس باشند. یک نگرانی خاص درباره بیمارانی است که به مصرف داروهای قدیمی ادامه می‌دهند چون جعبه‌های داروها هنوز دوروبر آنها هستند و در عین حال نسخه جدید همان داروها را نیز مصرف می‌کنند. این مصرف سهوی بیش از

حد داروهای تجویز شده می‌تواند موجب خواب‌آلودگی خطرناک شود.

بازگشت به وکیل خواب‌آلود

اگرچه دو وکیلی که این فصل با داستان آنها شروع شد جمعاً شانزده سال تحصیلات دانشگاهی داشتند، اما اطلاعات آنها درباره خواب بسیار کم بود و هیچ اطلاعی درباره خواب کودکان هم نداشتند. بهترین کار برای بیمار این بود که با شوهرش مجدداً مذاکره کند و قراری که با او گذاشته بود تغییر دهد. به علاوه آنها مسلماً استطاعت این‌را داشتند که کسی را برای کمک بیاورند که علاوه بر قراری که آنها برای مراقبت از فرزندشان در روز گذاشته بودند شبها از کودک پرستاری کند، بنابراین کار روزانه آنها می‌توانست به طور موفقیت‌آمیزی ادامه یابد. برای آنها لازم بود که اولویت‌ها را تعیین کنند به ویژه که هیچ کدام از آنها هم نمی‌خواستند شب از خواب بیدار شوند و دلشان هم نمی‌خواست که به اعضای خانواده رو بیندازند. آنها تصمیم گرفتند که یک پرستار بچه دائمی استخدام کنند که موقتاً مشکل آنها را حل کرد. کمی بعد از استخدام پرستار بچه و هنگامی که خواب شب کودک در حدود هفت ماهگی تنظیم شد مشکل آنها برای همیشه حل شد. اکثر زوجها استطاعت مالی برای استخدام یک پرستار بچه را ندارند. آنها باید وظایف پرستاری در شب را منصفانه بین خود تقسیم کنند و گاهی اوقات برای عبور از این دوره دشوار روی کمک افراد خانواده حساب کنند.

در این فصل ما متوجه شدیم که خواب در مراحل مختلف زندگی متفاوت است و آگاهی نداشتن از این که باید چه انتظاری داشته باشیم می‌تواند یک خانواده را متلاشی کند. در فصل بعدی ما خواهیم دید که چگونه هورمون‌ها در طول زندگی یک زن تغییر می‌کنند و چگونه این رویداد می‌تواند خواب را مختل نماید و مشکلاتی ایجاد کند که اکثر مردان حتی نمی‌توانند سر در بیاورند.

فصل ۳

چگونه سیکل قاعدگی روی خواب اثر می‌گذارد

مورد زن خواب آلود با قاعدگی‌های نامنظم

یک زن بیست‌ونه ساله بعد از تقریباً پنج سالی که از خواب آلودگی شدید در طول روز رنج می‌برد به آخر خط رسیده بود. این شرایط موجب شده بود که او شغلش را از دست بدهد چون نمی‌توانست بیدار بماند. ماه‌ها بود که او هر صبح با سردرد از خواب بیدار می‌شد. پزشک او معتقد بود که این سردردها همراه با خواب آلودگی به‌طور پیشرونده‌ای شدیدتر می‌شدند و یک تأثیر منفی بر کیفیت زندگی او داشتند. پزشک او همچنین می‌دانست که بیمار از زمانی که نوجوان بوده با صدای بلند خروپف می‌کرده. او به مرکز اختلالات خواب ارجاع شده بود، به این امید که ریشه هردو مشکل خروپف و خواب آلودگی او کشف شود.

در ارزیابی که در مرکز خواب از او بعمل آمد معاینه او نشان داد که قدری وزنش بالا است. با قد ۱۶۵ سانتیمتر او ۸۰ کیلو وزن داشت. موضوع غیرعادی‌تر درباره او این بود که صورتش بسیار بیشتر از آن چه برای یک زن عادی تلقی می‌شد مو داشت. بازوان و پاها و همین‌طور سینه‌اش نیز بسیار پر مو بودند. اصطلاح پزشکی برای این الگوهای پرمویی در یک زن و هیرسوتیسم^۱ است. هنگامی که من از او درباره منظم بودن سیکل قاعدگی‌اش پرسیدم، متعجب شد، اما به من گفت که قاعدگی‌اش در واقع بسیار نامنظم بوده و به مدت چند ماه اصلاً قاعدگی نداشته است. فکر می‌کنید من به چه دلیل احتمالی باید درباره سیکل قاعدگی او سؤال می‌کردم؟ قاعدگی چه ربطی به خواب او داشت؟ در مورد او، کاملاً ربط داشت.

از او یک تست خواب تمام شب گرفته شد که نشان داد او مکرراً در حدود هر یک بار در دقیقه و در حالی که خواب است نفسش قطع می‌شود. اختلالی که آپنه خواب نامیده شده است. هنگامی که او خواب بود عضلات گلویش شل می‌شدند و این راه تنفسی بالاتر که حالا شل شده بود مسدود می‌گردید که موجب می‌شد نفسش قطع شود. هر زمان که این اتفاق می‌افتاد مقدار اکسیژن خونش به شدت پایین می‌افتاد و برای این که مجدداً شروع به نفس کشیدن کند مغزش بیدار

^۱ Hirsutism

می‌شد تا راه تنفسی او را باز کند. این اتفاق صدها بار در طول شب رخ می‌داد. این اختلال که در مردان بسیار گسترده‌تر است موجب خواب‌آلودگی شدید می‌گردد و می‌تواند به سردرد منجر شود. آپنه خواب این زن به علت یک بیماری ایجاد شده بود که باعث می‌شد تخمدان‌های او هورمون‌های مردانه بسیار زیادی تولید کنند و موجب بی‌نظمی قاعدگی او شوند.

سیکل قاعدگی

بر طبق یک نظرسنجی که در سال ۱۹۹۸ توسط بنیاد ملی خواب^۱ بعمل آمد و در آن از زنان درباره خواب آنها نظرخواهی شده بود، در حدود ۷۰ درصد زنانی که قاعده می‌شدند گزارش دادند که خواب آنها در اثر علائمی که همراه با قاعدگی آنها بوده مختل می‌شده است. یافته‌های نظرسنجی نشان داد که شایع‌ترین علل خواب‌آشفته، بادکردن (در ۵۰ درصد از زنان)، سفتی سینه‌ها (در ۳۶ درصد)، سردرد (در ۳۳ درصد) و گرفتگی عضله (در ۲۸ درصد) هستند. عجیب این که، این علائم به سن زنان مربوط نمی‌شوند و هر زنی از سن بلوغ تا یائسگی ممکن است در نتیجه این علائم، کمبود خواب را تجربه کند. یک زن می‌تواند انتظار داشته باشد که در هر ماه به طور متوسط ۲/۵ شب خوابش مختل شود. اگرچه سیکل قاعدگی اساسی‌ترین ریتم زندگی یک زن است، میلیون‌ها زن به علت علائم قاعدگی، خواب مختل دارند.

همان‌طور که کمی قبل ذکر شد، هورمون‌های تناسلی یا جنسی بر روی بسیار از اعضای بدن که شامل مغز هم می‌شود تاثیر می‌گذارند. یک مقدار یا نوع غیرعادی از هورمون‌های جنسی می‌تواند علت مشکلات جدی طبی و خواب باشد. برای مثال مواقعی که سطوح این هورمون‌ها در حال افزایش یا کاهش است، احتمال بیشتری دارد که زنان علائم مربوط به افسردگی را ظاهر کنند، برای نمونه در دوران حاملگی، در روزهای قبل از قاعدگی، بعد از بدنيا آوردن یک نوزاد و درست قبل و بعد از یائسگی. همراهی افسردگی با مشکلات خواب نیز تصادفی نیست. افرادی با مشکلات خواب

^۱ - National Sleep Foundation

بسیار بیشتر احتمال دارد که افسرده باشند یا نهایتاً تشخیص افسردگی را دریافت کنند.

سیکل قاعدگی که به پیچیدگی یک قطعه ارکستر است موجب توالی مناسب هورمون‌ها و فعالیت‌ها در حداقل چهار بافت مختلف بدن می‌شود: هیپوتالاموس و غده هیپوفیز که در سیستم اعصاب مرکزی قرار دارند، تخمدان‌ها و رحم. سیکل از سه مرحله مجزا تشکیل شده است:

۱- **مرحله فولیکولار.** این مرحله‌ای است که در آن فولیکول رشد می‌کند. یکی از تخمک‌های واقع در فولیکول، در تخمدان رشد می‌کند و در همان زمان، دیواره رحم خود را برای پرورش یک تخمک بارور شده آماده می‌نماید.

۲- **تخمک‌گذاری.** در این مرحله، تخمک آزاد شده است. در روز چهاردهم (در اکثر زنان)، که نیمه راه سیکل ماهانه است، تخمک آزاد شده به طرف داخل لوله رحم راه می‌افتد.

۳- **مرحله لوتیال.** دیواره رحم در تدارک برای احتمال بارورسازی، ضخیم می‌شود. اگر بارورسازی اتفاق نیفتد دیواره رحم فرو می‌ریزد و موجب خونریزی می‌شود که در اولین روز سیکل قاعدگی رخ می‌دهد.

هر زنی با ریتم‌های سیکل قاعدگی خود کاملاً آشنا است اما هر زنی نمی‌داند که این سه مرحله چگونه می‌توانند بر روی کیفیت و کمیت خواب او تأثیر بگذارند. ساده‌تر بگوییم، سطح هورمون‌ها شدیداً دچار نوسان می‌شود و در زنانی که سن حاملگی هستند هر ماه بین سطوح بسیار پایین و بسیار بالا تغییر می‌کنند و بر روی بسیاری از بافت‌های بدن منجمله سیستم اعصاب که خواب را کنترل می‌کند تأثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد. به هم خوردن سیکل خواب در طی سیکل‌های قاعدگی منظم اتفاق می‌افتد و مشکلات خواب جدی‌تر ممکن است در سه اختلال که به تغییرات هورمونی مربوط می‌شوند رخ دهند: سندرم قبل از قاعدگی^۱ (PMS)، اختلال دیس فوریک قبل از قاعدگی^۲ و سندرم تخمدان چند کیستی^۳.

¹ - Premenstrual syndrome

² -Premenstrual dysphoric disorder

³ - Polycystic ovarian syndrome

خواب در زنانی که سیکل‌های قاعدگی طبیعی دارند

هر زنی که قاعده می‌شود سه مرحله را در سیکل قاعدگی خود تجربه می‌کند. در اکثر زنانی که قاعدگی منظم دارند، سیکل قاعدگی با شکایات خواب همراه نیست، اگرچه مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که تغییرات جزئی در خواب و در سطوح خواب‌آلودگی روزانه آنها وجود دارد. معه‌ذا، خواب غالباً زمانی بیش از همه مختل شده که سطوح هورمون به سرعت تغییر کرده است: در طول تخمک‌گذاری و درست قبل از قاعدگی. در این مواقع زنان ممکن است یکی دو شب بی‌خوابی داشته باشند. از طرف دیگر، آنها ممکن است حتی متوجه هیچ تغییری نشوند، شاید فقط احساس کنند که یک کمی خواب‌آلوده‌تر هستند.

مرحله فولیکولار تا تخمک‌گذاری

زنها نوعاً بالاترین مدت متوسط خواب خود را در اوایل دوره فولیکولار تجربه می‌کنند. در روزهای قبل از تخمک‌گذاری، سطوح استروژن افزایش می‌یابد و میزان خواب حرکت چشمی سریع (یا خواب‌دیدن) نیز قدری زیاد می‌شود. در طی دوره تخمک‌گذاری خواب زنان به حداقل می‌رسد. این احتمالاً به خاطر تأثیر سطوح بالای هورمون‌های مولد تخمک‌گذاری روی مغز است.

تخمک‌گذاری تا قاعدگی

در سومین مرحله سیکل، پروژسترون افزایش می‌یابد که یکی از نتایج آن، بالارفتن حرارت بدن است. تعداد بیداری‌های کوتاه مدت در چند شب قبل از شروع خونریزی که سطوح پروژسترون و استروژن هر دو پایین می‌آیند، به بیشترین حد خود می‌رسد. زنان ممکن است در تخت غلت بزنند و بچرخند. در آخرین مرحله لوتیال، بسیاری از زنان گزارش می‌دهند که دیرتر خوابشان می‌برد، کمتر می‌خوابند و کیفیت خواب آنها در مقایسه با شروع سیکل بدتر است.

بعضی از زنان قبل و حین قاعدگی دل‌دردهای دردناکی دارند که می‌تواند باعث بیداری شود.

برای بسیاری از زنان خوابیدن در این موقع دشوار است و بعد از این که خوابشان می‌برد معمولاً خواب REM کمتر و درجه حرارت بدن بالاتری دارند. چنین زنانی ممکن است در این زمان خواب آلوده‌تر از حد عادی باشند.

درباره قرص‌های ضد حاملگی چه می‌دانیم؟

انواع و اقسام قرص‌های ضد حاملگی و سایر انواع وسایل جلوگیری، موجود هستند. این قرص‌ها سیکل حاملگی را کنترل می‌کنند. اثر اصلی این قرص‌ها جلوگیری از تخمک‌گذاری است، بنابراین زنانی که از قرص‌های ضد حاملگی استفاده می‌کنند ممکن است اثرات خفیفی که تخمک‌گذاری روی خواب آنها می‌گذارد، تجربه نکنند. این زنان ممکن است کماکان علائم مربوط به قاعدگی را داشته باشند، اما در بعضی از زنان شدت علائم ممکن است خفیف‌تر از زمان قبل از شروع استفاده از قرص باشد.

سندرم قبل از قاعدگی (PMS)

زنان دچار سندرم قبل از قاعدگی علائم متعددی دارند (برای مثال، مشکل خوابیدن، تحریک‌پذیری، تغییرات خلقی و بادکردن). در حدود ۵ درصد از آنها علائمی را تجربه می‌کنند که آن قدر شدید است که می‌تواند زندگی آنها را مختل کند.

اکثر زنانی که PMS دارند، علائم آنها چند روز قبل از شروع خونریزی قاعدگی (آخرین مرحله لوتیال) تجربه می‌کنند. معمولاً به محض شروع خونریزی یا در عرض دو تا سه روز، علائم برطرف می‌شوند.

سندرم قبل از قاعدگی چگونه تشخیص داده می‌شود؟

برای تشخیص PMS، علائم باید در چندین سیکل قاعدگی پشت سر هم وجود داشته و آن قدر

شدید باشند که حالت روانی و فعالیت‌های زندگی روزانه زن را مختل کنند.

اما، حتی امروزه، تشخیص PMS تا حدودی دشوار است. این به خاطر تعداد زیاد علائمی است که در طی سال‌ها توصیف شده‌اند. دامنه علائمی که تقریباً روی همه سیستم‌های عضوی بدن اثر می‌گذارد، گیج‌کننده است. متأسفانه هیچ تست استاندارد می‌تواند این تشخیص را تأیید کند، وجود ندارد. زنان دچار این مشکل گاهی چند سال نزد پزشکان مختلف می‌روند تا تشخیص صحیح دریافت کنند. علائم PMS را می‌توان به دو مقوله کلی تقسیم کرد: آنهایی که سیستم اعصاب را درگیر می‌کنند و آنهایی که روی سایر بخش‌های بدن اثر می‌گذارند. علائم سیستم اعصاب شامل مشکلات خواب، (که می‌تواند شدید باشد)، تغییرات خلقی، تحریک‌پذیری، خشم، سردرد، کاهش حافظه و لرزش هستند. علائمی که سایر قسمت‌های بدن را درگیر می‌کنند شامل تورم پستان، احتباس مایعات، دردهای عضلانی، تهوع و استفراغ می‌شوند. اکثر زنان فقط تعداد کمی از علائم را دارند. بسیاری از زنان دچار PMS مشکل خواب دارند و ممکن است خواب آلودگی در روز را تجربه کنند.

چه عاملی موجب PMS می‌شود؟

اگرچه نظریه‌های زیادی در این باره وجود دارد، پاسخ کوتاه به این سؤال این است که ما حقیقتاً نمی‌دانیم. دانشمندان نتوانسته‌اند یک مکانیسم واحد را که موجب PMS می‌شود، به دقت مشخص کنند. تغییرات هورمونی و شیمیایی بسیار زیادی قبل از قاعدگی رخ می‌دهند. هر زنی احتمالاً یک ترکیب کم و بیش منحصر به فرد از علائم را دارد که توسط یک ترکیب منحصر به فرد از تغییرات شیمیایی ایجاد شده است.

سایر علل علائم مشابه با علائم PMS، کدامند؟

چون علائم PMS بسیار متنوع هستند، پزشک شما باید چندین اختلال دیگر را که ممکن است علائم مشابهی داشته باشند، در نظر بگیرد. برای مثال، علائمی چون خواب‌آلودگی، گرگرفتگی و ضربان قلب تند

می‌تواند در هیپرتیروئیدیسم (تولید زیاده‌از حد تیروئید) دیده شود. خستگی ممکن است به علت هیپوتیروئیدیسم (تولید ناکافی تیروئید) ایجاد شده باشد. بعضی از کارشناسان معتقدند که در تعداد کمی از زنان، عملکرد غیرطبیعی تیروئید می‌تواند به علائم PMS منجر شود و در بعضی زنان، مشکلات خواب و نوسانات خلقی ممکن است علامت افسردگی باشند.

چگونه PMS درمان می‌شود؟

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، مکانیسمی که موجب PMS می‌شود حقیقتاً شناخته نشده است و ممکن است از زنی به زن دیگر تفاوت کند. چون علائم متفاوت بسیار زیادی وجود دارند، درمان PMS اختصاصی نیست بلکه بر اساس خود علائم قرار دارد، با این انتظار که به محض شروع قاعدگی علائم خودبخود بهتر خواهند شد.

مقیاس‌های عمومی

زنانی که متوجه می‌شوند به خواب رفتن آنها مدت زیادتری طول می‌کشد یا نصفه شب‌ها به دفعات از خواب بیدار می‌شوند، باید به عنوان اولین قدم مصرف کافئین را کاهش بدهند و دست کم باید بعد از نهار از نوشیدن قهوه خودداری کنند. همین‌طور، اگرچه بسیاری از زنان معتقدند که الکل می‌تواند به خوابیدن آنها کمک کند، آن در واقع موجب می‌شود که آنها بعداً در نیمه‌های شب بیدار شوند. بنابراین زنان باید از نوشیدن الکل در شب اجتناب کنند. زنانی که به علت سیکل قاعدگی خود مکرراً خواب آشفته را تجربه کرده‌اند اغلب انتظار دارند که قبل از قاعدگی یک خواب شبانه بد داشته باشند. انتظار یک شب بد، استرس تولید می‌کند و منجر به یک خواب بد می‌شود. این زنان می‌توانند از روش‌های خود آرامی بهره ببرند که موجب کاهش استرس ناشی از انتظار یک شب بد می‌شود. اگر مشکل خواب بسیار شدید باشد و به درمان‌های PMS که در قسمت‌های بعدی توضیح داده شده، جواب ندهد، مشکل خواب ممکن است به PMS مربوط نباشد. در این صورت سایر انواع مشکلاتی

که در فصل ۱۰ عنوان شده‌اند باید در نظر گرفته شوند.

داروها

درباره نوع دارویی که به PMS کمک می‌کند و اثرات آن بر روی خواب سه رویکرد وجود داشته

است:

- تسکین علائم خاصی مثل درد که می‌تواند خواب را مختل کند
- تغییر سطوح هورمونی
- پیشگیری از اختلالات خلقی قبل از وقوع آنها

اگر شما درد داشته باشید (برای مثال، دردپستان یا دل‌درد)، پزشک شما ممکن است یک داروی

درد بدون نسخه که خواص ضد پروستاگلاندین^۱ دارد (داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی یا

NSAIDS^۲ هم نامیده شده) تجویز کند. در ایالت متحده، نمونه‌های NSAIDS موجود بدون نسخه

شامل مواردی که محتوی ایبوپروفن^۳ (ادویل^۴، موتترین^۵، نوپرین^۶ و میدول^۷ ۲۰۰) و آنهایی که دارای

ناپروکسن^۸ هستند (آلیو^۹)، می‌شوند. نسخه‌های ژنریک این داروها نیز موجود هستند. با داروساز خود

این موارد را چک کنید.

برای بادکردن و احتباس مایع، پزشک شما ممکن است یک دیورتیک خفیف (یک قرص آب^{۱۰}..)

را تجویز کند.

داروهایی که خلق و سطوح هورمون را تغییر می‌دهند، داروهای قدرتمندی هستند و عوارض

جانبی بالقوه شدیدی دارند. این داروها باید با مشورت پزشکتان مصرف شوند. ضدافسردگی‌هایی که

^۱ - Prostaglandin

^۲ - Nonsteroidal anti-inflammatory medications

^۳ - Ibuprofen

^۴ - Advil

^۵ - Motrin

^۶ - Nuprin

^۷ - Midol 200

^۸ - naproxen

^۹ - Aleve

^{۱۰} - water pill

دسته‌جمعی به عنوان SSRIها^۱ شناخته شده‌اند، (فصل ۶ را ببینید) در مرحله لوتیال سیکل (بعد از تخمک‌گذاری) توصیه شده‌اند. ضدحاملگی‌های خوراکی برای تنظیم سیکل مورد استفاده قرار گرفته‌اند. سایر داروهای بسیار قدرتمندی که روی سطوح هورمون‌ها تأثیر می‌گذارند در موارد PMS شدید مورد استفاده قرار گرفته‌اند که شامل لوپرولاید^۲ (لوپرون^۳) و دانازول^۴ (در ایالت متحده با نام دانوکرین^۵ و در کانادا تحت عنوان سیکلومن^۶ شناخته می‌شود). این داروها می‌توانند عوارض جانبی بسیار جدی داشته باشند. اگر علامت اصلی که مورد درمان قرار می‌گیرد بی‌خوابی باشد، این داروها توصیه نمی‌شوند. اگر بی‌خوابی در واقع فقط به علت PMS ایجاد شده باشد، با این داروها در عرض یکی دو روز خوب می‌شود.

اداره غذا و دارو (FDA) هیچ کدام از داروهایی که در پاراگراف آخر ذکر شدند برای درمان PMS تأیید نکرده است، چون این داروها به قدر کافی مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند. اثر استفاده دراز مدت این داروها در PMS شناخته نشده است. بنابراین بیمار باید نفع و ضرر داروها را با پزشک خود در میان بگذارد. یادتان باشد که علائم معمولاً به محض شروع قاعدگی برطرف می‌شوند، بنابراین بهترین رویکرد این است که هیچ دارویی نگیرید. این رویکرد به ویژه در مورد زنی که برای حامله شدن برنامه‌ریزی کرده، صدق می‌کند. اگر زنی هنگامی که این داروها را مصرف می‌کند حامله شود، باید بلافاصله با پزشک خود تماس بگیرد.

آیا بعضی از علائم PMS شما شدید هستند؟ آیا PMDD وجود دارد؟

اگر علائم خلقی و علائم سیستم اعصاب سندرم قبل از قاعدگی بسیار شدید باشند، ممکن است یک مشکل شدیدتر وجود داشته باشد که اختلال دیس فوریک قبل از قاعدگی (PMDD) نامیده شده

¹ - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
² - Leuprolide
³ - Lupron
⁴ - Danazol
⁵ - Danocrine
⁶ - Cyclomen

است. اگر زنی علاوه بر علائم PMS، علائم افسردگی (ناامیدی، غمگینی شدید یا افکار خودکشی، فصل ۱۶ را ببینید) یا اضطراب، تغییرات خلقی وسیع، خشم یا عصبانیت غیرقابل کنترل شدید و مشکلات برجسته خواب، داشته باشد ممکن است دچار PMDD باشد. این زن ممکن است از بی‌خوابی شدید رنج ببرد و مشکل شدیدی در به خواب رفتن و در خواب باقی ماندن داشته باشد. او ممکن است صبح خیلی زود از خواب بیدار شود و نتواند دوباره بخوابد. برای تشخیص یک زن دچار PMDD یا یک مشکل روانپزشکی زیربنایی که قبل از قاعدگی تشدید می‌شود، پزشک باید این علائم را ارزیابی کند.

سندرم تخمدان چندکیستی

اکثر بافت‌هایی که یک هورمون را تولید می‌کنند قادر به تولید سایر هورمون‌های شیمیایی هستند. در سندرم تخمدان چندکیستی (PCOS)، تخمدان‌ها مقدار خیلی زیادی هورمون جنسی مردانه (آندروژن) تولید می‌کنند. سطوح بالای هورمون مردانه در زنان منجر به سطوح پایین هورمون محرک- فولیکل (FSH)^۱ می‌شود. در نتیجه، تخمک‌های واقع در فولیکل‌ها رشد نمی‌کنند. فولیکل‌ها ورم می‌کنند و توده‌ای از مایع تشکیل می‌شود که کیست نامیده شده است. بسیاری از فولیکل‌هایی که تخمک‌های رشد نیافته دارند، کیست تشکیل می‌دهند، بنابراین نام پلی کیستیک از این لحاظ به این سندرم داده شده است. اندازه تخمدان‌ها گاهی اوقات به طور چشمگیری افزایش می‌یابد و به اندازه توپ بیس بال یا حتی بزرگتر می‌شود. سطوح غیرطبیعی هورمون دو دسته مشکلات تولید می‌کنند: همان طور که در بیمار بیست و نه ساله ما مشاهده شد، زنی که دچار این سندرم است ممکن است پر مویی و سایر خصوصیتی که به طور عادی در مردان دیده می‌شود را ظاهر کند و ممکن است مشکلات همراه با آن را در سیستم تناسلی خود تجربه نماید. اگرچه PCOS ظاهراً نادر بنظر می‌رسد اما یک اختلال بسیار شایع است که در تقریباً یک نفر از هر بیست زنی که در مرحله قبل از

^۱ - Follicle- stimulating hormone

یائسگی هستند، یافته شده است. در تقریباً یک چهارم از دختران نوجوانی که قاعده نمی‌شوند، PCOS یک علت احتمالی است.

شایع‌ترین علائم PCOS پراکندگی موی مردانه، وزن بالا و اشکالاتی در سیکل قاعدگی یا مشکل حامله شدن هستند. این اختلال ممکن است اولین بار هنگامی که یک زن برای ناباروری مورد بررسی قرار می‌گیرد، آشکار شود. زنان دچار PCOS برای مثال، ممکن است موی صورت داشته باشند و یا بعد از گذشت سال‌های نوجوانی و هنگامی که در سنین بیست و سی سالگی هستند، جوش بزنند و حتی ممکن است دچار کچلی بشوند. سیکل‌های قاعدگی گاه به گاه و حتی قطع کامل قاعدگی در بیماران PCOS شایع هستند.

زنان دچار PCOS نسبت به اثر هورمون انسولین که قند خون را کاهش می‌دهد نیز مقاومت نشان می‌دهند. این حالت ممکن است در تقریباً ۱۰ درصد زنان منجر به دیابت و یک خطر بالای بیماری قلبی شود. این زنان همچنین چربی خون غیرطبیعی دارند که خطر بیماری قلب را در آنها افزایش می‌دهد و به خاطر وزن اضافی و پراکندگی مردانه وزن اضافی، احتمال بسیار بیشتری وجود دارد که دچار آپنه خواب انسدادی شوند، یک اختلال خواب بسیار شدید که با قطع مکرر تنفس در حین خواب مشخص شده است.

در یک مطالعه، ۴۴ درصد از زنان دچار PCOS در مقایسه با ۶ درصد از زنانی که از نظر سن و وزن با آنها هم‌متا شده بودند دارای آپنه خواب انسدادی تشخیص داده شدند. زنان دچار PCOS هنگامی که در خواب بودند بیش از چهل بار در ساعت نفسشان قطع می‌شد. این بیماران خروپف می‌کنند، در حین خواب نفسشان قطع می‌شود و خواب‌آلودگی روزانه را تجربه می‌کنند. فقط وزن نیست که منجر به آپنه می‌شود، بلکه محل بافت چربی نیز هست. این زنان یک پراکندگی چربی مردانه دارند. پراکندگی چربی اضافی در مردان موجب می‌شود که اندازه کمر بیش از اندازه باسن افزایش یابد. زنان PCOS یک نسبت کمر-باسن بزرگتری از سایر زنان داشتند. به عبارت دیگر، اندازه کمر با باسن تناسب نداشت. همان طور که انتظار می‌رفت، زنان PCOS سطوح بسیار بالاتر تستوسترون داشتند.

درمان PCOS

اگر شما گمان می‌کنید که این مشکل را دارید به پزشک خود مراجعه کنید خصوصاً اگر می‌خواهید حامله شوید. کم کردن وزن به اداره تغییرات هورمونی کمک بسیار مؤثری می‌کند و می‌تواند به مشکل تنفسی خواب نیز کمک کند. با کاهش وزن، تولید هورمون مردانه کاهش می‌یابد و توانایی بدن برای پاسخ به انسولین که در کنترل دیابت مهم است، افزایش می‌یابد. گاهی اوقات حتی یک کاهش وزن نسبتاً خفیف می‌تواند به افزایش چشمگیر شانس یک حاملگی موفق یا قاعدگی عادی، منجر شود. آن می‌تواند به بهبود آپنه خواب نیز کمک کند. اگر کاهش وزن حاصل نشود، یک درمان مؤثر برای بهبود آپنه خواب، درمان فشاره‌وای مثبت مکرر (CPAP)^۱ است که زن دچار آپنه را ملزم می‌کند هنگام خوابیدن یک ماسک روی بینی خود بگذارد. فشاری که توسط ماسک منتقل می‌شود راه تنفسی را باز نگه می‌دارد. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که آپنه ممکن است اثربخشی هورمون انسولین را کاهش دهد. کاهش سطوح انسولین یا یک اثر انسولین کاهش یافته نقش مهمی در دیابت بازی می‌کند و درمان آپنه در PCOS می‌تواند موجب بهبود دیابت در این بیماران شود.

بازگشت به زن خواب‌آلودی که قاعدگی‌های نامنظم داشت

اختلال تنفسی شدید بیمار بیست و نه ساله ما در خواب به علت کیست‌های تخمدانش که هورمون مردانه بسیار زیادی تولید می‌کرد، ایجاد شده بود. او علائم PCOS را داشت هورمون مردانه همچنین موجب شده بود که او قاعدگی‌های غیرطبیعی، اضافه‌وزن و یک پراکندگی موی بدن مردانه داشته باشد. برای رفع مشکل فعلی خواب‌آلودگی روزانه و سردردها و بهبود کیفیت زندگی او، درمان CPAP شروع شد و در نتیجه آن، سردردهای صبح او در عرض چند روز برطرف شدند. او برای تنظیم مشکلات قاعدگی خود یک متخصص زنان را می‌بیند. او همچنین تلاش می‌کند وزنش را کم کند و احساس می‌کند خیلی سر حال است. چرا تولید هورمون مردانه چنین مشکل خواب شدیدی در

^۱ - Continuous positive airway pressure

او ایجاد کرده بود؟ چون هورمون‌های جنسی آن‌چنان اثرات عمیقی بر جسم زنان می‌گذارند که حتی خواب آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در این زن، هورمون‌های جنسی غیرطبیعی یک اختلال خواب ایجاد کرده بودند که زندگی او را به خطر انداخته بود.

تغییرات در عملکرد هورمونی غدد جنسی در طی سیکل قاعدگی، چه این سیکل منظم یا نامنظم باشد یا اصلاً نباشد، می‌تواند اثرات عمیقی بر خواب یک زن بگذارد و در مورد PCOS می‌تواند به آینه خواب، منجر شود. اکثر زنان (بیش از دوسوم آنها) گونه‌ای از اختلال خواب را تجربه می‌کنند که به قاعدگی مربوط می‌شود. همان‌طور که در مورد زن خواب آلودی که قاعدگی‌های نامنظم داشت، دیدیم، دانش پزشکی توانسته زنانی که این مشکلات را دارند بهتر بشناسد و به آنها کمک کند. زنان باید آگاه باشند که قاعدگی موجب مشکلات خواب می‌شود و PMS می‌تواند مشکلات خواب را بدتر کند. خوشبختانه این مشکلات خواب به محض این که تشخیص داده شدند، می‌توانند درمان شوند.

فصل ۴

چگونه حاملگی روی خواب تأثیر می‌گذارد

مورد تازه مادر خواب آلود

یک زن بیست و نه ساله، سه ماه بعد از به دنیا آوردن اولین فرزند خود در یک حالت خستگی شدید به درمانگاه خواب آمد. با وجودی که انتظار می‌رود اکثر زنانی که تازه مادر شده‌اند به خاطر زحمت مراقبت از یک نوزاد، خسته باشند، فقدان خواب راحت این زن، کیفیت زندگی و مراقبتی که او از فرزندش به عمل می‌آورد تحت تأثیر قرار داده بود. موضوع ناراحت‌کننده‌تر این بود که مشکلات خواب او در طی حاملگی رخ داده بودند و او و پزشکش ناآگاهانه زندگی او و فرزندش را به خطر انداخته بودند. وقتی فهمیدم نوزاد ۹ ماهه او در زمان تولد کم وزن بوده - فقط ۲/۵ پوند و ده اونس - و او قبلاً دو سقط جنین داشته است، تعجب نکردم.

هنگامی که تاریخچه او را می‌گرفتم، جزییات بیشتری آشکار شد که متأسفانه نشان می‌دهد بسیاری از پزشکان از پیامدهای بهداشتی جدی اختلالات خواب زنان آگاهی ندارند. او قبل از حاملگی اش ۱۵ یا ۲۰ کیلو اضافه وزن داشت. در حدود ده سال می‌شد که او هنگام روز احساس خواب‌آلودگی می‌کرد، اما به محض شروع حاملگی خواب‌آلودگی او خیلی شدیدتر شده بود. هنگامی که او شش ماهه حامله بود، این مشکل را با پزشک خود در میان گذاشت. او تعریف می‌کرد که به طرز غیرقابل کنترلی خواب آلوده بوده و اغلب حتی زمانی که نمی‌خواست خوابش می‌برده. همین‌طور خروپف او از زمان شروع حاملگی بسیار بدتر شده بود. در واقع، همسر او حداقل پنج سال بود که متوجه شده بود تنفس او در حین خواب قطع می‌شود. پزشکش به او گفته بود که امکان دارد آپنه خواب داشته باشد. متأسفانه، این پزشک همچنین به او توصیه کرده بود که نباید هیچ آزمایش یا درمانی برای یک اختلال خواب در دوران حاملگی انجام بدهد و بهتر است که تا زمان بدنیا آمدن نوزاد صبر کند. حالا که پسرش سه ماهه شده بود، مشکل اصلی او این بود که نمی‌توانست در طول روز به قدر کافی بیدار بماند تا از نوزاد، درست مراقبت کند. او هنگام تماشای تلویزیون یا کتاب‌خواندن، حین صحبت و حتی گاهی اوقات هنگام رانندگی - علی‌رغم نوشیدن ۶ تا ۸ فنجان قهوه در روز، خوابش می‌برد.

به منظور اندازه‌گیری تعداد دفعاتی که نفس او در حین خواب قطع می‌شود، از او یک تست خواب گرفته شد. نتیجه این بررسی نشان داد که او سندرم آپنه خواب انسدادی بسیار شدیدی دارد که باعث می‌شد که در هر ساعت ۱۳۶ بار تنفسش قطع شود و تقریباً هر زمان که تنفس او قطع می‌شد، مغز او برای چند ثانیه بیدار می‌شد. هنگامی که تنفس قطع می‌شود، میزان اکسیژن در خون کاهش می‌یابد. به همان نسبت سطح اکسیژن خون او به سطوح بسیار خطرناکی رسیده بود. او در حدود ۱۱ درصد از زمان خواب خود را با سطح اکسیژن خون زیر ۸۰ درصد می‌گذراند، به این معنا که در طی این مواقع، ۲۰ درصد خون او اکسیژن را حمل نمی‌کرد که فشار زیادی بر سیستم قلبی عروقی او وارد می‌نمود. این سطوح اکسیژن در افرادی دیده می‌شود که در کوه‌هایی به بلندی ۱۵۰۰۰ پا می‌خوابند. و این مشکل زندگی او و فرزندش را نیز به مخاطره انداخته بود و علت احتمالی وزن تولد پایین کودک بود.

تصمیم پزشک او که در مدت حاملگی درمان را دنبال نکند خطرناک بود. این موضوع اهمیت آگاه تر شدن زنان را از اثر اختلالات خواب بر سلامتی خود به طور برجسته نشان می‌دهد. اگرچه حاملگی غالباً برای یک زن یک دوره بسیار شاد و هیجان‌انگیز محسوب می‌شود، اما می‌تواند بطور جدی بر خواب او تأثیر بگذارد. در واقع، حاملگی می‌تواند با دو اختلال خواب همراه باشد و درمان این اختلالات می‌تواند اثرات سودمندی بر نوزاد در حال رشد داشته باشد. مهم این است که زنان و پزشکان آنها درباره انواع مشکلات خوابی که زنان را در طی حاملگی‌های طبیعی، چند زایی و زایمان‌های پر مخاطره تحت تأثیر قرار می‌دهد، اطلاع داشته باشند.

حاملگی طبیعی

متأسفانه مشکلات خواب یک بخش عادی حاملگی در مادران آینده هستند. نظرسنجی که در سال ۱۹۹۸ توسط بنیاد ملی خواب درباره "زنان و خواب" انجام گرفت نشان داد که تقریباً ۸۰ درصد از زنان در دوران حاملگی آشفتگی خواب بیشتری را نسبت به سایر مواقع گزارش می‌دهند. اکثر آنها

نیاز مکرر به دستشویی رفتن را به عنوان دلیل اصلی ذکر کرده بودند. سایر دلایل به علائم حاملگی از قبیل خستگی، فشار در ناحیه لگن خاصره، بی‌خوابی، کم‌رزد، خواب نا آرام، گرفتگی عضله پا و گاهی اوقات خواب های ترسناک مربوط می‌شدند. این علائم در طی سه ماهه اول حاملگی تغییر می‌کنند.

"چندین بار استراحت های کوتاه در طی روز و شب تنها کاری بود که من می توانستم برای مبارزه با خواب آلودگی ام انجام دهم. در دوران حاملگی ام فکر نمی کنم یک شب هم بوده باشد که من حدود ۶ یا ۷ بار برای دستشویی رفتن یا آب خوردن یا فقط بیخواب شدن از خواب بلند نشده باشم. من یک ساعت می خوابیدم و بعد هر ساعت از خواب بیدار می شدم."

_ از زبان یک زن بیست و نه ساله‌ای که جدیداً مادر شده.

سه ماهه اول

بعضی از زنان بار اولی که حامله می شوند احساس بسیار خوبی دارند در حالی که سایرین حالشان بسیار بد می شود. خواب بعضی از زنان عادی باقی می‌ماند، در حالی که سایر زنان از همان آغاز خواب بدی دارند و در طی روز خسته‌تر می شوند. علت این امر احتمالاً تأثیر بالا رفتن سطوح پروژسترون بر مغز است. حالت تهوع در صبح که در اولین دوازده هفته حاملگی کاملاً شایع است نیز می‌تواند باعث شود که زن حامله گاهی اوقات قبل از اینکه آماده بیدار شدن از خواب باشد، با حالت تهوع از خواب بیدار شود.

سه ماهه دوم حاملگی

در طی سه ماهه دوم حاملگی، بسیاری از زنان خستگی را تجربه می‌کنند که به علت فشار

حاملگی روی بدن، تحمل وزن اضافی و مشکلات خواب مربوط به بزرگ شدن رحم است. بعضی از زنان ممکن است متوجه شوند که با وجودی که خسته هستند و دلشان می‌خواهد وقت بیشتری را در تختخواب بگذرانند اما در عوض بیشتر اوقات بیدارند و با بیقراری می‌غلطند و می‌چرخند تا یک وضعیت راحت برای خوابیدن پیدا کنند. یک نوع شدیدتر این بیقراری در واقع یک اختلال خواب قابل تشخیص طبی است که سندرم پاهای بیقرار^۱ نامیده شده است (برای یک بحث مفصل‌تر، فصل ۱۱ را ببینید). سندرم پاهای بی‌قرار یک اشتیاق غیرقابل کنترل به تکان خوردن است که به علت احساس سوزش ناخوشایند در پاها ایجاد می‌شود. بعضی از زنان دچار مشکلات دیگری می‌شوند که شب‌ها آنها را بیدار نگه می‌دارد، مانند گرفتگی عضله پشت ساق پا، یا دردهای ستون فقرات در سه ماهه دوم، زنان ممکن است شب‌ها ترش کنند که ممکن است تا پایان حاملگی ادامه پیدا کند. ترش کردن به علت برگشت اسید معده به طرف داخل مری ایجاد می‌شود که لوله‌ای است که غذا را از گلو به معده حمل می‌کند. یکی از عوامل مؤثر در این ریفلاکس اسید، فشار اضافی روی معده می‌باشد که توسط رحم بزرگ شده ایجاد شده است. همچنین عضلاتی در پایین مری وجود دارند که به طور طبیعی مانع از برگشت اسید از معده به طرف بالا می‌شوند. این عضلات ممکن است در دوران حاملگی نیز خوب کار نکنند. خوردن (خصوصاً خوردن غذاهای تند) در دو تا سه ساعت قبل از زمان خواب ممکن است این شرایط را ایجاد یا بدتر کنند.

سه ماهه سوم

در آخرین سه ماهه حاملگی، دامنه وسیعی از مشکلات می‌توانند خواب را مختل کنند. بعضی زنان دچار گرفتگی بینی می‌شوند که ممکن است باعث شود که آنها برای اولین بار در زندگی‌شان خروپف کنند و یا علائم آپنه خواب را نشان دهند. در بعضی زنان سندرم پاهای بی‌قرار به طور برجسته‌ای بدتر می‌شود. سایرین زمانی که در وضعیت‌های خاصی در تخت قرار می‌گیرند دچار تنگی نفس

^۱ - Restless leg Syndrome

می‌شوند یا کمر دردهای شدیدی دارند که خواب آنها را مختل می‌کند. همچنین با نزدیک شدن زمان تولد، نفس کشیدن ممکن است دشوارتر شود چون رحم آن قدر بزرگ می‌شود که عملاً به دیافراگم که عضله تنفسی اصلی است، فشار می‌آورد. با ادامه حاملگی، خواب زنان دشوارتر و دشوارتر می‌شود چون ناراحتی و حساسی که توسط حرکات نوزاد ایجاد شده است می‌تواند به بیقراری عمومی منجر شود، غیر معمول نیست که به طرف پایان حاملگی، مادر چشم‌انتظار تمام شب بیدار باشد. در واقع من بعضی زنان را دیده‌ام که در بیست چهار ساعت قبل از زایمان نتوانسته‌اند بخوابند و گاهی اوقات رفتاری از خود نشان داده‌اند که بهترین توصیفی که می‌توان از آن به عمل آورد، نوعی رفتار لانه‌سازی^۱ است. برای مثال زنی در شب قبل از به دنیا آمدن نوزاد دختر خود برای اولین بار در زندگی‌اش از یک چرخ خیاطی استفاده کرد و پرده‌هایی برای اتاق فرزند جدیدش دوخت. او دیگر هرگز از چرخ خیاطی استفاده نکرد. بعضی از متخصصین اظهار کرده‌اند که کیفیت خواب بدی که زنان ممکن است در دوران حاملگی تجربه کنند آنها را برای شرایط مراقبت طولانی مدت از نوزاد در شب، آماده می‌کند.

خواب در حاملگی چندزایی

مشکلات خوابی که زنان حامله با آن روبرو می‌شوند در زنانی که چند جنین را حمل می‌کنند برجسته‌ترند. به خاطر پیشرفت‌هایی که در روش‌های باروری صورت گرفته بدین آوردن چندین بچه شایع‌تر شده است. چون رحم زنانی که چند جنین را حمل می‌کنند ممکن است بطور قابل ملاحظه‌ای بزرگ شود، ناراحتی حاصله می‌تواند بسیار بیشتر باشد. اکثر زنان حامله‌ای که بیش از یک جنین در شکم دارند فقط می‌توانند روی پهلوهایشان بخوابند. آنها اصلاً نمی‌توانند روی شکم بخوابند و به پشت خوابیدن آنها ممکن است منجر به مشکلات تنفسی شود. نیازهای غذایی جنین‌های در حال رشد احتمال کمبود آهن یا ویتامین را بیشتر می‌کند. در حاملگی‌های چندزایی، احتمال بسیار

^۱ - nesting behavior

بیشتری وجود دارد که مادر پیش از موعد به بیمارستان برده شود و در استراحت مطلق گذاشته شود تا از زایمان پیش از موعد جلوگیری گردد.

بعد از تولد

زایمان موجب پایان افتادن قابل ملاحظه سطح پروژسترون یک زن می شود و سایر هورمون ها وارد عمل می شوند تا او بتواند نوزاد را از پستان شیر دهد. بعد از تولد نوزاد، اگر هیچ عارضه ای برای مادر یا نوزاد پیش نیامده باشد، خواب مادر نسبتاً زود به حالت عادی برمی گردد، با وجود این «عادی» یک اصطلاح نسبی است چون مادر باید در طول شب مکرراً به نوزاد شیر بدهد. معهذا اگر مادر برای زایمان نوزاد سزارین شده باشد، درد و ناراحتی قابل ملاحظه ای که پس از تولد نوزاد تولید شده می تواند موجب بدخوابی شود. در حین زایمان چه سزارین باشد چه زایمان طبیعی، ممکن است مادر خون از دست بدهد. به علاوه بعضی از زنان در دوران حاملگی دچار کمبود آهن می شوند چون جنین در حال رشد آهن را از مادر می گیرد. کمبود آهن همراه با از دست دادن خون می تواند به کمبود گلبول های قرمز خون منجر شود که تحت عنوان آنمی^۱ شناخته شده است. این عارضه می تواند منجر به خستگی روزهنگام در مادران جدید شود که علاوه بر آن از محرومیت خواب ناشی از شیردادن های شبانه یا گریه های نوزاد نیز رنج می برند. تعجبی ندارد که توجه مادر از خواب خود به خواب نوزادش معطوف می شود. این نکته در فصل ۲ توضیح داده شده است.

کنار آمدن با بی خوابی در حاملگی

همراه با دو اختلال خوابی که اغلب در زنان حامله دیده شده است - آپنه خواب و سندرم پاهای بیقرار - احساس ناراحتی طبیعی، درد و حس طفل در حال رشد و حرکات او نیز می توانند موجب بی خوابی شوند. معهذا می توان اقداماتی انجام داد که به زن حامله آرامشی که مورد نیاز مبرم اوست،

^۱ - Anemia

بدهد.

اول از همه باید به شما درباره بعضی درمان‌هایی که ممکن است قبل از حاملگی برای مبارزه با بی‌خوابی مورد استفاده قرار می‌دادید هشدار بدهم. قرص‌های خواب، الکل یا داروهای بدون نسخه برای کمک به خواب شب زنان حامله، توصیه نشده‌اند. متخصصین مطلقاً از خطرات درازمدتی که این داروها ممکن است برای نوزاد ایجاد کنند، آگاه نیستند.

بعضی از سیزده فرمانی^۱ که برای افراد دچار بی‌خوابی در فصل ۱۰، صفحات ۱۸۳ و ۱۸۴ ذکر شده ممکن است مفید تشخیص داده شوند و پیشنهادات اضافی که بعداً ارائه شده‌اند می‌توانند کمک کننده باشند.

چرت زدن‌های کوتاه مدت می‌توانند بسیار کمک کننده باشند. اگر این چرت زدن‌ها بسیار طولانی شوند ممکن است در خواب شبانه اختلال ایجاد نمایند. یک زمان مناسب برای چرت‌زدن حوالی عصر است و چرت‌ها نباید از بیست یا سی دقیقه طولانی‌تر شوند.

زنی که شب‌ها ترش می‌کند باید از خوردن غذاهای تند، آب‌میوه‌های اسیدی و الکل اجتناب نماید. او باید از خوردن غذاهای پر حجم نیز خودداری کند و نباید دو تا سه ساعت قبل از خوابیدن، چیزی بخورد. حتی در طول روز این زنان نباید برای حداقل نیم‌ساعت بعد از غذا خوردن دراز بکشند. اگر ترش کردن شدید باشد، خوابیدن روی چندین بالش یا حتی روی یک صندلی متحرک می‌تواند مؤثر باشد. اگر ترش کردن به مشکل مهمی تبدیل شود که در خواب شما خلل ایجاد می‌کند، با پزشکتان صحبت کنید. پزشک شما ممکن است یک ضد اسید مانند تامز^۲ را توصیه کند که یک فایده دیگر هم دارد و آن تامین یک منبع کلسیم است. یک لیوان شیر بدون چربی می‌تواند برای چند دقیقه موجب تسکین موقتی شود. شیر چرب با وجودی که در آغاز موجب تسکین می‌شود اما در واقع بعداً می‌تواند اسید بیشتری تولید کند. زن حامله باید مراقب باشد که برای ترش کردن شیر زیادی ننوشد چون کالری‌ها اضافی ممکن است منجر به اضافه‌وزن شود که می‌تواند به نوبه خود آپنه خواب ایجاد کند.

^۱ - Thirteen Commandments

^۲ - Tums

شاید مؤثرترین روش برای بهبود خواب در دوران حاملگی امتحان کردن وضعیت‌های مختلف خوابیدن باشد تا شما بتوانید راحت‌ترین وضعیت را پیدا کنید. اکثر زنان باید به خودشان یاد بدهند که در یک وضعیت متفاوت با آن چه قبل از حاملگی می‌خوابیدند، بخوابند. برای مثال زنانی که عادت داشتند روی شکمشان بخوابند ممکن است حالا متوجه شوند که نفس کشیدن برایشان بسیار دشوار شده است. همین طور طاقباز خوابیدن می‌تواند موجب فشار آوردن رحم بر شریان اصلی بدن زن یعنی شریان آئورت شود که ممکن است جریان خونی که به طرف کودک می‌رود، کاهش دهد.

برای بسیاری از زنان به پهلو خوابیدن بهترین وضعیت ممکن است و این کار جریان خونی که به طرف کودک می‌رود را افزایش می‌دهد، چون فشار روی آئورت را کم می‌کند. زنهایی که عادت نکرده‌اند به پهلو بخوابند ممکن است متوجه شوند که با گذاشتن یک بالش بین زانوانشان راحت‌تر می‌شوند. متأسفانه هیچ مداوای قطعی بجز وضع حمل برای بی‌خوابی ناشی از حاملگی وجود ندارد.

سندرم پاهای بی‌قرار

سندرم پاهای بی‌قرار (RLS) که به طور مفصل‌تر در فصل ۱۱ توضیح داده شده در دوران حاملگی رخ می‌دهد. بسیاری از زنان دچار RLS، اولین رخداد این اختلال را در طی یکی از حاملگی‌های خود به خاطر می‌آورند. زنان دچار RLS یک میل مقاومت‌ناپذیر به تکان دادن پاهای خود در زمان خواب احساس می‌کنند. حرکت کردن یا قدم‌زدن این میل را تخفیف می‌دهد. در بعضی بیماران، RLS ارثی است. زنانی که RLS را به ارث برده‌اند در دوران حاملگی احتمال بسیار بیشتری دارد که علائم افزایشنده بی‌قراری و یک حس مور مور شدن در زیرپوست خود را داشته باشند.

در مقاله‌ای که سال ۲۰۰۱ توسط دانشگاه کالیفرنیا منتشر شد، احتمال بروز RLS در دوران حاملگی مورد پژوهش قرار گرفته بود. هیچ‌یک از زنان مورد مطالعه قبل از حاملگی خود سندرم پاهای بی‌قرار نداشتند اما ۲۳ درصد از آنها در پایان حاملگی به این سندرم مبتلا شده بودند. آنها بی‌خوابی و یک خلق افسرده نیز داشتند.

آنهایی که دچار سندرم پاهای بی‌قرار شده بودند قبل از حامله شدن دچار فقر آهن یا کمبود اسیدفولیک بودند. این‌ها علل شناخته شده RLS هستند. بنابراین عقل سلیم حکم می‌کند که وضعیت آهن زنانی که در طی حاملگی دچار سندرم پاهای بی‌قرار می‌شوند توسط یک پزشک بررسی شود. برای آنها احتمالاً یک ترکیب مولتی ویتامین که شامل اسیدفولیک می‌شود تجویز خواهد شد. اگر آنها کمبود آهن داشته باشند باید درمان شود. علاوه بر RLS، دلیل دیگری نیز وجود دارد که زنان حامله باید اسیدفولیک بگیرند. یافته‌ها نشان داده تعداد کودکانی که با یک نابهنجاری نورولوژیکی متولد می‌شوند، در مادرانی که اسیدفولیک مصرف می‌کنند، کمتر است.

در اکثر زنان، سندرم پاهای بی‌قرار با زایمان از بین می‌رود، اما در بعضی زنان علائمی که با حاملگی ظاهر شده ممکن است به طور نامحدودی ادامه یابد.

خروپف و حاملگی

بعضی از مطالعات پژوهشی یک ارتباط ترسناک بین خروپف و یک بیماری بالقوه خطرناک طبی به نام پری اکلامپسیا^۱ نشان داده‌اند که شکلی از فشارخون بالا است که ممکن است در حاملگی رخ بدهد. این بیماری به کلیه‌ها آسیب می‌زند و موجب می‌شود مقدار معتدبھی پروتئین از ادرار دفع شود. مطالعات نشان داده‌اند که احتمال پری اکلامپسیا در زنان حامله‌ای که خروپف می‌کنند در مقایسه با آنهایی که خروپف نمی‌کنند دو برابر است. همین‌طور زنانی با این بیماری اگر در دوران حاملگی خروپف کنند دو برابر بیشتر احتمال دارد که صاحب نوزادان کم‌وزن شوند. پری اکلامپسیا که در حدود ۷ درصد از زنان حامله را دچار می‌کند معمولاً بعد از بیستمین هفته حاملگی، شروع می‌شود. ممکن است علائم معدودی مانند فشارخون بالا وجود داشته باشد و تشخیص مشکلات کلیه بدون انجام آزمایش دشوار است. در اوایل حاملگی، زن حامله ممکن است سردرد یا ورم شدید مچ‌های پا داشته باشد. بنابراین، اگر زنی در زمان حاملگی، شروع به خروپف کند، فشارخون و ادرارش باید

^۱ - Preeclampsia

بررسی شود، به ویژه اگر سردرد و ورم میچ پا نیز داشته باشد. در حدود ۱ نفر از هر ۲۰ زن مبتلا به پری اکلامپسیا دچار تشنج، فشارخون بسیار بالا و سایر مشکلات نیز می شود. این اختلال که حتی خطرناک تر از پری اکلامپسیا است، اکلامپسیا^۱ نامیده شده است. هر دو اختلال معمولاً کمی بعد از زایمان برطرف می شوند. پری اکلامپسیا و اکلامپسیا به وضوح مراقبت پزشکی را ایجاب می کنند اما اهمیت صحبت درباره مشکلات خواب با پزشکتان را نیز به طور برجسته نشان می دهد- حتی موارد ظاهراً بی اهمیتی مانند خروپف.

آپنه خواب

همان طور که قبلاً ذکر شد، آپنه خواب اختلالی است که در آن تنفس یک فرد در حین خواب قطع می شود. بعضی از زنان قبل از این که حامله بشوند آپنه خواب دارند و این شرایط در دوران حاملگی بدتر می شود. در سایر زنان، آپنه در دوران حاملگی بروز می کند. علائم کاملاً شبیه به آپنه خواب در زنان غیرحامله است- عمدتاً خروپف، وقفه های کوتاه تنفسی در حین خواب و خواب آلودگی شدید در روز. علاوه بر این علائم، زن حامله ممکن است از مشکلات دیگری چون بیدار شدن های مکرر در شب برای رفتن به دستشویی، شکایت کند.

گفته شده که احتمال سقط جنین در زنان مبتلا به آپنه خواب بیشتر است. خطر همراه با آپنه خواب این است که سطح اکسیژن خون مادر ممکن است بسیار پایین بیفتد. چون طفل برای دریافت اکسیژن به مادر وابسته است، زن حامله ای که آپنه خواب دارد باید هر چه زودتر تحت درمان قرار بگیرد. درمان مرسوم، قراردادن یک ماسک بر روی بینی است که موجب افزایش فشار در راه تنفسی می شود و به این ترتیب آنرا باز می کند. این درمان، فشار راه هوای مثبت مداوم (CPAP)^۲ نامیده شده است. افرادی که مانند زنان حامله به پهلو می خوابند، می توانند از این سیستم استفاده کنند.

یک دلیل مهم دیگر برای درمان زنانی که آپنه خواب دارند این است که بعد از تولد بچه،

^۱ - eclampsia

^۲ - continous positive airway pressure

مادر جدید مسئولیت‌های زیادی خواهد داشت. درمان آپنه خواب، یک شب خواب خوب را تضمین خواهد کرد، بنابراین کسی که تازه مادر شده می‌تواند در طول روز کاملاً بیدار و هوشیار باشد تا از عهده وظایف یک نوزاد جدید بریاید. این کار برای هر زنی آسان نیست اما برای زنی با آپنه خواب درمان نشده، شدیداً دشوار است. برای مثال، اولین زنی که من دیدم که آپنه داشت، بلافاصله بعد از زایمان یک نوزاد در بیمارستان ما تشخیص داده شده بود. او نمی‌توانست خودش را بیدار نگهدارد و لازم بود فوراً برای او درمان شروع شود چون کسی دیگری نبود که از نوزاد او مراقبت کند.

تغییرات خلقی بعد از زایمان و افسردگی

اگرچه مادران جدید معمولاً بعد از زایمان بسیار شاد هستند، بعضی زنان تغییرات خلقی دارند که دامنه آن از احساسات زودگذر غم تا افسردگی بالینی تمام و کمال نوسان دارد. بی‌خوابی یک علامت بسیار شایع افسردگی است. تصور شده که این حالات خلقی غیرعادی در اثر کاهش سطوح هورمون پروژسترون ایجاد شده است. زنانی که بعد از زایمان افسردگی شدید دارند خیلی اوقات قبلاً دوره‌های افسردگی داشته‌اند که ممکن است تشخیص داده نشده باشد. افسردگی بعد از زایمان می‌تواند پیامدهای ناگواری داشته باشد (برای مثال، خودکشی یا آسیب زدن به نوزاد) و مادرهای جدیدی که که علائم افسردگی دارند (فصل ۱۶ را ببینید) باید بلافاصله تحت مراقبت پزشکی قرار بگیرند.

بازگشت به تازه مادر خواب‌آلود

بعد از اولین تست خواب که آپنه خواب شدید این تازه مادر را تأیید کرد، او با CPAP تست شد تا مشخص شود که آیا ماشین راه تنفسی او را بازنگهداشته یا نه و چه مقدار فشار مورد نیاز بوده است. خواب او کاملاً به حالت طبیعی درآمد و سطوح اکسیژن خون او هرگز به میزان‌های خطرناک قبلی خود کاهش نیافت. دو ماه بعد، پس از استفاده هر شب از CPAP در خانه، او به من گفت که احساس می‌کند حالش خیلی خوب است چون درمان CPAP بسیار مؤثر بوده و او دیگر خواب‌آلود

نیست. او می‌گفت: «نمی‌توانم بدون آن بخوابم...». «همه می‌گویند که حال من بهتر است». او با اطمینان خاطر از یک شب استراحت کافی، احساس می‌کرد بهتر می‌تواند از عهده مسئولیت‌های روزانه خود بر بیاید.

اکثریت زیادی از زنان در دوران حاملگی مشکلات خواب دارند. بی‌خوابی می‌تواند خفیف یا شدید باشد، اشکال خفیف اغلب به علت ناچاری برای رفتن به دستشویی یا ناراحتی حاصل از بزرگ‌شدن رحم و حرکات بچه هستند. بی‌خوابی شدید ممکن است از بیماری‌هایی چون سندرم پاهای بی‌قرار ناشی شود. در بعضی از زنان حامله، خروپف نشانه ای است که پری اکلامپسیا یا آپنه خواب وجود دارد. این اختلالات می‌توانند برای مادر و نوزاد هردو، خطر ایجاد کنند. خوشبختانه اکثر مشکلات خوابی که در حاملگی وجود دارند بعد از تولد بچه، خوب می‌شوند. معه‌ها، پایان سال‌های باروری یک زن، پایان دوره بی‌خوابی یک زن نیست. بعد از پایان قاعدگی و آغاز یائسگی، خواب اغلب مجدداً مختل می‌شود. در سال‌های باروری، نوسانات سطوح هورمون‌های جنسی غالباً علت هستند و در سال‌های یائسگی که در فصل بعد به آن خواهیم پرداخت، فقدان هورمون‌های جنسی علت اصلی هستند.

فصل ۵

چگونه یأسگی روی خواب اثر می‌گذارد

مورد زن کم خوابی که عرق می‌کرد

روبروی من یک زن ۵۱ ساله بیقرار، لاغر و مضطرب نشسته بود. او از طرف پزشک خانوادگی‌اش به من ارجاع شده بود چون از مشکلات زیادی که هم در به‌خواب‌رفتن و هم در خواب باقی ماندن داشت، شاکی بود. اکثر شب‌ها بعد از اینکه او با غلت‌زدن و چرخیدن در تخت تلاش می‌کرد یک وضعیت راحت برای چرت زدن پیدا کند، خوابش می‌برد اما بعد متأسفانه نمی‌توانست تمام شب را بخوابد. درعوض او چندین بار در حالی که غالباً تمام بدنش عرق کرده بود و پشت سر و بالشش از عرق خیس شده بودند، از خواب بیدار می‌شد. گاهی او با طپش قلب از خواب بیدار می‌شد که موجب وحشتش شده بود. در نتیجه خواب شبانه ناکافی، او همیشه در طی روز احساس خستگی شدید می‌کرد. طبیعتاً همه این شرایط بقیه زندگی او را تحت تأثیر قرار داده بودند.

او نمی‌توانست هیچ علتی برای بی‌خوابی‌اش مشخص کند. او هیچ مشکلی در خانه یا محل کارش نداشت و نمی‌توانست بی‌خوابی‌اش را به هیچ مشکل خلقی هم نسبت بدهد. پزشک خانوادگی او قرص خواب را توصیه کرده بود اما او دوست نداشت قرص مصرف کند و ترجیح می‌داد یک راه دیگر برای درمان مشکلات خوابش پیدا کند.

این مشکل طوری فکر او را در طی روز به خود مشغول کرده بود که نهایتاً باعث شد وزن کم کند و شب‌ها نیز او به مشکلش فکر می‌کرد که موجب تشدید مشکلات خواب او شد. فقط تعداد کمی از اختلالات هستند که به طور معمول این گروه از علائم را ایجاد می‌کنند. بعد از این که من از او درباره علائم اختصاصی سؤالاتی نمودم، متوجه شدم که روی مسیر درست برای یک تشخیص قرار گرفته‌ام.

یانسگی

یانسگی پایان مرحله باروری زندگی یک زن است. یک مرحله انتقالی که توسط همه زنان تجربه شده است. این اصطلاح به زمان بعد از توقف سیکل‌های قاعدگی نیز اشاره می‌کند. زمانی که در

حول و حوش آن تولید استروژن دچار بی‌نظمی، نوسان و کاهش می‌شود، گاهی اوقات پری منوپوز^۱ نامیده شده است. این دوره ممکن است چندین سال قبل از یائسگی شروع شود.

یائسگی معمولاً یک دفعه اتفاق نمی‌افتد. در آغاز، سیکل‌های قاعدگی ممکن است نامنظم شوند یا زمان بین قاعدگی‌ها افزایش پیدا کند. میزان خونریزی در هر کدام از این قاعدگی‌ها ممکن است متغیر باشد. اکثر پزشکان هم‌عقیده هستند که اگر قاعدگی‌ها به مدت یک سال اتفاق نیفتند، یائسگی برقرار شده است.

سنی که در آن یائسگی اتفاق می‌افتد متغیر است. در بعضی زنان، یائسگی ممکن است در اوایل ۴۰ سالگی‌شان شروع شود در حالی که در سایر زنان ممکن است بالای سن ۵۰ سال شروع شود. در آمریکای شمالی، سن یائسگی اکثر زنان بین ۴۸ و ۵۴ سالگی با متوسط سنی تقریباً حدود ۵۱ سال، نوسان دارد. زنان ممکن است یائسگی پیش‌از‌موقع نیز داشته باشند. چون تخمدان‌های آنها به دلایل پزشکی با جراحی برداشته شده است. زنانی که به خاطر سرطان پستان درمان شده‌اند خیلی بیشتر از سایر زنان، ممکن است علائم یائسگی داشته باشند و علائم در زنانی که تاموکسیفن^۲ می‌گرفتند یا می‌گیرند، به ویژه شایع است. تاموکسیفن یک ضد استروژن است که اثرات هورمون زنانه استروژن بر سلول‌های سرطانی پستان را خنثی می‌کند.

یائسگی زمانی اتفاق می‌افتد که تخمدان‌ها دیگر استروژن تولید نمی‌کنند. همان‌طور که در دوران بلوغ که تخمدان‌ها شروع به تولید استروژن می‌کنند، تغییرات برجسته‌ای در سیستم‌های عضوی اتفاق می‌افتد، کاهش ناگهانی تولید استروژن در طی این دوره بعدی زندگی یک زن نیز منجر به پیامدهای وسیعی می‌شود. هنگامی که یائسگی یک دفعه اتفاق می‌افتد - برای مثال پس از برداشتن تخمدان‌ها توسط جراحی - علائم ممکن است بسیار شدید باشند.

در سایر زنان، علائم نسبتاً کمی همراه با یائسگی وجود دارد. یائسگی یک بیماری نیست. آن یک حالت فیزیولوژیکی طبیعی است.

^۱ - Perimenopause

^۲ - Tamoxifen

گرگرفتگی مهیب

در یائسگی، روشی که بدن یک زن حرارتش را تنظیم می‌کند ممکن است به قدری تغییر کند که به قیمت ناراحتی شدید او تمام شود. گرگرفتگی یکی از ناخوشایندترین علائم یائسگی است. متأسفانه، این حالت توسط ۸۰ و ۹۰ درصد از زنان پری منوپوزال تجربه شده است. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ منتشر شد نشان داد که زنانی که سیگار می‌کشند یا چاق هستند دو برابر زنان غیرسیگاری با وزن طبیعی احتمال گرگرفتگی شدید را دارند. هنگامی که یک زن گرگرفتگی را تجربه می‌کند، احساس می‌کند که حرارت بدنش بالا می‌رود. در واقع، حرارت بدن به مقدار کم افزایش می‌یابد. این حالت موجب فریب هیپوتالاموس می‌شود که ناحیه‌ای از مغز است که حرارت بدن را تنظیم می‌کند. بسیاری از متخصصین معتقدند که کاهش میزان استروژن به ویژه اگر به سرعت کاهش یافته باشد و آزادی بعضی هورمون‌ها از غده هیپوفیز موجب می‌شود که هیپوتالاموس طوری پاسخ دهد انگار که بدن بیش از اندازه گرم شده است. این رویداد به نوبه خود مکانیسم‌هایی که بدن برای رهایی خود از گرمای شدید مورد استفاده قرار می‌دهد، فعال می‌کند. این مکانیسم‌ها مجدداً جریان خون را به پوست هدایت می‌کنند و موجب تعریق می‌شوند، درست همان گونه که در اثر ورزش سخت رخ می‌دهد.

"در آغاز، من اصلاً فکرش را هم نمی‌کردم که همسر من مشکل دارد. تصور می‌کردم که خودم مشکل دارم. نیمه‌های شب من با احساس سرمای شدید از خواب بیدار می‌شدم و زمانی که ترموستات را واری می‌کردم متوجه می‌شدم که درجه آن روی عدد خیلی پائین‌تر از حد عادی گذاشته شده است. بعد از چند شب که از این اتفاق گذشت کشف کردم که همسر ترموستات را روی درجه حرارت خیلی پائین‌تر تنظیم می‌کند."

- همسر یک زن پری منوپوزال

مکانیسم اصلی که بدن برای رهائی از گرمای اضافی مورد استفاده قرار می‌دهد، فرآیندی است که وازودیلاتاسیون^۱ نامیده شده (وازو به معنای «رگ» است و دیلاتاسیون به بزرگ‌شدن اندازه رگ‌ها اشاره می‌کند). این به معنای آن است که رگهای خونی گشاد می‌شوند و جریان خونی که به طرف پوست می‌رود را افزایش می‌دهند. بنابراین اگرچه زن احساس داغی می‌کند اما در واقع بدن او حرارت از دست می‌دهد. این افزایش در جریان خون است که منجر به احساس برافروختگی ناگهانی می‌شود که به عنوان گرگرفتگی شناخته شده است. این حالت موجب می‌شود که زن آن قدر احساس داغی و برافروختگی کند که عرق بریزد، که اغلب بسیار ناراحت‌کننده است. هنگامی که این حالت در شب اتفاق می‌افتد، زن ممکن است تعریق شبانه را تجربه کند که روی خواب او اثر منفی می‌گذارد. جایگزینی هردو استروژن و پروژسترون می‌تواند مانع از گرگرفتگی شود. در قسمت‌های بعدی این فصل مطالب بیشتری درباره این درمان‌ها نوشته شده است.

"همسر من دیگر مرا در تختخواب در آغوش نمی‌گرفت. او فکر می‌کرد که من ایرادی دارم که بدنم این قدر گرم است."

- همسر یک زن پری منوپوزال

رخداد معمولاً با ادراک احساس داغی شروع می‌شود، سپس چهره برافروخته می‌شود که این حالت ممکن است بعداً در قسمت دیگری از بدن پخش شود. بعضی‌ها می‌گویند که اول سینه‌شان داغ می‌شود و سپس این داغی رو به بالا می‌رود. این رخداد بطور متوسط تقریباً سه دقیقه طول می‌کشد اما این مدت می‌تواند برای زنی که دچار آن شده به منزله یک عمر باشد. معمولاً گرگرفتگی به مدت یک تا پنج سال وجود دارد اما بعضی از زنان آن را بیش از ده سال تجربه می‌کنند. بسیاری از زنانی که گرگرفتگی را تجربه می‌کنند، آنرا بیش از ده بار در روز دارند که می‌تواند زندگانی آنها را کاملاً

¹ - vasodilatation

مختل کند. بعضی از زنان ندرتاً و تقریباً یک بار در ماه دچار این حالت می‌شوند. در پایان گرگرفتگی، آن قسمتی از بدن که دچار گرگرفتگی شده ممکن است به شدت عرق کند. هنگامی که این حالات در حین خواب اتفاق می‌افتند که اکثراً هم در همین اوقات رخ می‌دهند، تعریق شدید ممکن است زنان را آن قدر ناراحت کند که نتوانند آرام بگیرند یا مجبور شوند لباس خوابشان را عوض کنند. آنچه مشکل را بدتر می‌کند این است که در پایان گرگرفتگی، برای هیپوتالاموس معلوم می‌شود که بدن را بیش از اندازه سرد کرده است، بنابراین مکانیسم‌هایی را به کار می‌اندازد تا حرارت بدن را افزایش دهد. این کار موجب می‌شود که زن احساس سرما و رطوبت کند.

سایر عوارض

گرگرفتگی یک علامت شناخته شده و آشنای یائسگی است اما اثرات دیگری وجود دارند که ناشی از کاهش استروژن و پروژسترون در بدن یک زن یائسه هستند. برای مثال، یک اثر مهم کاهش استروژن بر آناتومی سیستم باروری به ویژه در واژن است. این کاهش موجب نازک‌تر شدن دیواره‌های واژن همراه با کاهش تولید مایع نرم‌کننده می‌شود. نتیجه حاصله، آمیزش جنسی دردناک و از دست دادن علاقه به رابطه جنسی است. همین طور، بسیاری از زنان در معرض تغییرات متابولیک چشمگیر در طی یائسگی قرار می‌گیرند. این تغییرات متابولیک اغلب به صورت افزایش وزن ظاهر می‌شود که ممکن است احتمال آپنه خواب را افزایش دهد یا یک زن را در خطر ابتلا به آن قرار دهد که یک اختلال بالقوه خطرناک است که در آن تنفس افراد در حین خواب مکرراً قطع می‌شود (فصل ۱۲ را ببینید). جدا از استروژن، هورمون جنسی مهم دیگری که در اثر یائسگی کاهش می‌یابد پروژسترون است. تصور شده که این هورمون یک اثر محافظت‌کننده در مقابل ابتلا به آپنه خواب دارد

ترکیب افزایش وزن و کاهش پروژسترون در یائسگی خطر ابتلای یک زن به آپنه خواب انسدادی

را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد. نهایتاً یک تغییر بسیار مهم دیگر ناشی از یائسگی این است که زنان در خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی، سرطان، شکستگی استخوان و سایر بیماری‌ها قرار می‌گیرند. چنانچه در بخش‌های بعدی این فصل خواهیم گفت، پژوهش‌های اخیر درباره این که آیا جایگزینی هورمون این مشکلات را بهتر یا بدتر می‌کنند، موضوع را بغرنج‌تر کرده‌است.

عوارض هیجانی یائسگی روی خواب نیز تأثیر می‌گذارند

موضوعی که غالباً نادیده انگاشته شده، تأثیر همه تغییرات فیزیولوژیکی که در این زمان اتفاق می‌افتد در ترکیب با عوامل بیرونی مانند ترک خانه توسط فرزندان، وجود والدین سالمند یا سایر اعضای خانواده است. بسیاری از زنان غالباً در این دوره دچار یک اختلال خلقی می‌شوند. همه این تغییرات و نوسانات سطوح هورمونی می‌توانند افت و خیزهای هیجانی ایجاد کنند.

" ما عاقبت فهمیدیم وقتی که او در تختخواب غلت می‌زد و می‌چرخید، خودش را با لحاف می‌پوشاند، لحاف را پس می‌زد و نمی‌توانست آرام بگیرد و من را مرتب بیدار می‌کرد، مشکلمش چیست. او شب‌هایی را گذراند که به اندازه ای غیرعادی بودند که در تمام مدت روز خواب‌آلود بود. این مورد هرگز قبلاً اتفاق نیفتاده بود.

- از زبان همسر یک زن پری منوپوزال

یائسگی و مشکلات خواب

امروزه بیش از یک سوم از زنان آمریکای شمالی در مرحله یائسگی^۱ یا بعد از یائسگی^۲ هستند. از بین آنها در حدود ۴۰ درصد مشکلات خواب دارند. یک مطالعه در سال ۲۰۰۳ گزارش داده که

^۱ - Menopausal

^۲ - Postmenopausal

بالاترین میزان مشکلات خواب در زنانی که یائسگی آنها به علت برداشتن تخمدان‌ها (۴۸ درصد از زنان با یائسگی ناشی از جراحی، مشکلات خواب داشتند) یا پری منوپوز دیررس بوده (۴۵ درصد)، یافته شده است. مشکلات خواب ناشی از یائسگی زنان ژاپنی (۲۰ درصد) در مقابل زنان سفیدپوست (۴۰ درصد) بسیار کمتر بودند.

احتمال بی‌خوابی در زنانی که در حال یائسگی یا بعد از یائسگی بودند بیش از مرحله قبل از یائسگی بود. یک نظرسنجی که در سال ۱۹۹۸ درباره خواب زنان انجام گرفت نشان داد که ۴۴ درصد از زنانی که وارد مرحله یائسگی می‌شوند و ۲۸ درصد از زنان مرحله بعد از یائسگی، شب‌ها گرگرفتگی دارند. به طور متوسط آنها سه شب در هفته گرگرفتگی داشتند. این شرایط به قدر کافی شدید است که به طور متوسط ۵ روز در هر ماه مشکلات خواب یا بی‌خوابی ایجاد کند. تمام گروه‌ها به یک اندازه گرگرفتگی ندارند. در مطالعه پژوهشی سال ۲۰۰۱ که در بالا ذکر شد، درصد زنان سنین بین چهل و پنجاه و پنج سال که تعریق شبانه داشتند، به این شرح گزارش شده: آفریقایی-آمریکایی ۳۶ درصد، اسپانیایی تبار ۲۴ درصد، سفیدپوست ۲۱ درصد، چینی ۱۱ درصد و ژاپنی ۹ درصد.

معهدا، همه مشکلات خواب توسط گرگرفتگی ایجاد نمی‌شود. زنان منوپوزال یا پست منوپوزال (۴۳ درصد) در مقایسه با زنان قبل از یائسگی (۳۴ درصد) بیشتر احتمال دارد که مجبور شوند شب‌ها به دستشویی بروند (۳۴ درصد). بیست درصد از زنان منوپوزال یا پست منوپوزال در مقایسه با ۸ درصد از زنانی که در مرحله قبل از یائسگی بودند از داروهای تجویز شده برای کمک به خواب خود استفاده می‌کنند.

کنار آمدن با مشکلات خواب ناشی از گرگرفتگی

چون سیگارکشیدن و اضافه‌وزن احتمال گرگرفتگی شدید را افزایش می‌دهند، اگر شما این مشکلات را دارید باید سیگار را قطع کنید و وزنتان را پایین بیاورید. زنان منوپوزال یا پست منوپوزال که تحت درمان جایگزینی هورمون هستند احتمال کمتری دارد که در مدت خواب گرگرفتگی داشته

باشند. معه‌ذا با توجه به خطرات مشاهده شده‌ای که چنین داروهایی دارند، بسیاری از زنان در آغاز تلاش می‌کنند که بدون هیچ درمانی برای گرگرفتگی، آن را تحمل کنند. علائم معمولاً با گذشت زمان بهبود می‌یابند و فراوانی و شدت آنها کمتر می‌شود. زنها نهایتاً می‌فهمند که چه کاری بیشتر از همه برای آنها فایده دارد. اگر چاره تعویض لباس باشد، می‌توانند زمانی که دچار گرگرفتگی می‌شوند لباس‌های اضافی خود را در بیاورند یا از روتختی‌ها، ملافه‌ها و لحاف‌های نازک‌تر استفاده کنند. پارچه‌های خاصی که عرق بدن را به خود جذب می‌کند و بدن ورزشکاران را خشک نگه می‌دارد در حال حاضر برای رختخواب‌های زنان مورد استفاده قرار گرفته است. این پارچه‌ها شامل پاور درای^۱ (به سایت www.menowear.com مراجعه کنید) و کول مکس^۲ (سایت www.hotcoolwear.com) می‌شوند.

بعضی از زنان متوجه می‌شوند که هنگام شروع گرگرفتگی، نوشیدن یک لیوان آب سرد می‌تواند کمک کننده باشد و بسیاری از آنها یک لیوان بزرگ آب روی میز کنار تختشان می‌گذارند. اگر این کار مقداری تسکین دهنده نباشد یا فکر می‌کنید که به کمک بیشتری نیاز دارید، احتمالاً زمان آن رسیده که از پزشک خود اطلاعات یا کمک بگیرید.

از پزشک خود چه چیزی را انتظار داشته باشید

زنان بعد از یائسگی در خطر بالای بیماری‌های طبی مختلف مانند بیماری قلبی، فشارخون بالا، استئوپوروز^۳ (پوکی استخوان) و سرطان هستند. زنی که بدن‌بال کمک پزشکی می‌رود باید انتظار داشته باشد که پزشکش فشار خون او را اندازه‌گیری کند و آزمایشات زیر را دستور یا انجام دهد: یک پاپ‌اسمیر^۴، تست‌های چربی خون (کلسترول و تری‌گلیسیرید که اگر غیرطبیعی باشند خطر بیماری قلبی را افزایش می‌دهند)، یک معاینه پستان و غالباً یک ماموگرام. بسته به این که عوامل

^۱ - PowerDry

^۲ - CoolMax

^۳ - Osteoporosis

^۴ - Pap smear

3- FollicleStimulating Hormone

خطرزا چقدر باشند، پزشک شما ممکن است آزمایشات تراکم استخوان را نیز دستور دهد. این به خاطر آن است که پوکی استخوان به یک مشکل شایع در زنان یائسه، تبدیل شده است. اگر تشخیص یائسگی محرز نباشد، پزشک ممکن است ندرتاً دستور اندازه‌گیری هورمون محرک فولیکل خون^۱ (FSH) و هورمون لوتینایزینگ^۲ (LH) را بدهد. سطوح این دو هورمون که در حین سیکل قاعدگی طبیعی تغییر می‌کنند، هنگام وقوع یائسگی در سطح بالا، باقی می‌مانند.

با در نظر گرفتن پژوهش‌های مهمی که در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ گزارش شده و بسیاری از بیماران و پزشکان را سردرگم کرده است، از پزشک انتظار می‌رود که پژوهش‌های اخیر درباره درمان هورمونی و سایر درمان‌ها را مرور کند و براساس تاریخچه پزشکی شخصی و خانوادگی شما، خطرات احتمالی را در نظر بگیرد. آیا شما سرطان، سکته مغزی، بیماری قلبی عروقی یا لخته‌های خون در پاها یا ریه‌ها داشته‌اید؟ آیا یک تاریخچه خانوادگی سرطان، پوکی استخوان، شکستگی استخوان و بیماری قلبی عروقی وجود دارد؟ پزشک ممکن است آزمایشاتی را برای تعیین نمای چربی شما دستور بدهد تا ببیند که آیا شما در خطر بیماری قلبی هستید یا نه. همه این اطلاعات می‌توانند برای تصمیم‌گیری درباره این که چگونه با علائم یائسگی برخورد کنید، مفید باشند.

درمان جایگزینی هورمون (HRT)

تا قبل از تابستان ۲۰۰۲، این باور گسترده در بین پزشکان و عموم وجود داشت که درمان جایگزینی هورمون به طور مؤثری از بیماری قلبی عروقی، پوکی استخوان و سایر اختلالاتی که ظاهراً در زنان یائسه شایع‌تر است، جلوگیری می‌کند. معهدا مقاله‌ای که در ژوئیه همان سال در مجله جاما^۳ منتشر شد نتیجه‌گیری کرد که HRT ممکن است صد درصد مفید نباشد. این پژوهش اشاره کرده که استفاده از HRT ممکن است در واقع خطر داشته باشد. پژوهش مورد نظر یک افزایش جزئی (اما

^۴ - Luteinizing Hormone

^۳ - Journal of the American medical Association (JAMA)

معنی دار از نظر آماری) در آنفارکت‌های میوکاردیال (حملات قلبی) و سکتة مغزی و یک کاهش در سرطان روده و شکستگی‌ها در استفاده‌کنندگان از HRT نشان داده است. مقاله نتیجه‌گیری کرده که ظاهراً استفاده از HRT برای جمعیت عمومی زنان پست منوپوزال، نفع صد در صد ندارد. اگرچه تعداد حملات قلبی در زنانی که HRT می‌گرفتند بیشتر گزارش شده بود، در واقع هیچ تفاوتی در میزان مرگ و میر آنها نبود. گزارشی که در ماه می ۲۰۰۳ در جاما منتشر شد نشان داد که در زنان یائسه سنین ۶۵ به بالا، درمان هورمونی متشکل از استروژن به اضافه یک پروژسترون، خطر ابتلا به بیماری آلزهایمر را افزایش داده است.

با وجود این، بهترین راهکار برای زنی که به علت یائسگی مشکلات خواب شدید دارد این است که با پزشک خود درباره نفع و ضرر استفاده از درمان HRT که مختص بیماری جسمی و علائم پزشکی او باشد، صحبت کند. اگر زندگی با گرگرفتگی غیرقابل تحمل باشد و منجر به خواب منقطع و تحریک‌پذیری شود، بنابراین بهتر است این درمان در نظر گرفته شود. همین طور اگر آپنه خواب دفعتاً با یائسگی ظاهر شده باشد، در آن صورت عاقلانه به نظر می‌رسد که ببینیم آیا HRT می‌تواند مشکل را برطرف کند یا نه.

امیدوارم برای اکثر زنانی که مشکلات خواب ناشی از یائسگی دارند، یک پاسخ ساده به معمای استفاده یا عدم استفاده از HRT وجود داشت.

چه کسانی نباید مشخصاً از HRT استفاده کنند

بعضی از زنان نباید از HRT استفاده کنند، چون بیماری‌ای دارند که ممکن است در اثر درمان‌های هورمونی بدتر شود. برای مثال رشد بعضی تومورها به استروژن وابسته است. این موارد شامل سرطان پستان، سرطان آندومتر (دیواره رحم) و ملانوم (سرطان رنگ دانه‌های پوست) می‌شوند. افرادی که درپاهای خود لخته‌های خون داشته‌اند، خصوصاً اگر لخته‌ها به جای دیگر بدن سرایت کرده باشد (برای مثال، ریه‌ها) نباید از HRT استفاده کنند، چون هورمون خطر این لخته‌های

خطرناک را افزایش می دهد.

زنانی که یک تاریخچه خانوادگی پر و پیمان از بیماری‌هایی دارند که در پاراگراف قبل ذکر شدند، باید درباره استفاده از HRT با پزشک خود، مشورت کنند. آنها باید درباره بیماری‌های خویشاوندان هم خون خود تا جای ممکن، اطلاعات اختصاصی داشته باشند.

درمان‌های دیگر برای علائم یائسگی

حتی قبل از یافته‌های پژوهشی اخیر درباره HRT ، بسیاری از زنان تمایلی به استفاده از داروهای تجویز شده، نداشتند. هنگامی که یافته‌های بدست آمده منتشر شدند، بسیاری از زنان HRT را قطع کردند. بنابراین علاقه زیادی به دانستن این که چه روش دیگری می‌تواند کمک‌کننده باشد، وجود دارد.

درمان‌های طبیعی

یک اعتقاد گسترده در بین بسیاری از مردم وجود دارد که ماده‌ای که طبیعی است، به خاطر طبیعت آن، مطمئن‌تر از ماده‌ای است که تولید یا به طور مصنوعی ساخته شده است. نمی‌توان فرض کرد که یک محصول مشابه استروژن که از سویا یا یک گیاه ساخته شده واقعاً سالم‌تر از یک محصول مشابه استروژن باشد که در یک آزمایشگاه ساخته شده یا از مواد شیمیایی ای تهیه شده که از ادرار مادیان حامله بدست آمده است. زنانی که سرطان پستان داشته‌اند و نگران هستند که استروژن خطر سرطان را در آنها افزایش دهد باید درباره هر ماده‌ای که ادعا می‌شود خواص استروژن یا استروژن شکل داشته باشد، به یک اندازه نگران باشند.

سویا و محصولات سویا

مولکول‌های خاصی در بعضی گیاهان می‌توانند برگیرندگان استروژن در انسان‌ها تأثیر بگذارند.

این ترکیبات که فیتواستروژن‌ها^۱ نامیده شده‌اند و از نظر شیمیایی با استروژن‌هایی که توسط انسان تولید شده کاملاً تفاوت می‌کنند، در سویا یافته شده‌اند. اگرچه بیش از صد مقاله پزشکی درباره استفاده از سویا در یائسگی نوشته شده است، نتایج متناقض هستند. هیچ گزارش جامعی درباره خواب منتشر نشده است. تعداد بسیار کمی آزمایشات کنترل شده تصادفی^۲ (RCT) استفاده از سویا یا درمان‌های مشابه دیگر را برای یائسگی، مورد بررسی قرار داده‌اند. در این نوع مطالعه، استفاده از یک درمان در مقابل یک درمان کاذب مورد مقایسه قرار می‌گیرد تا از نظر علمی مشخص شود که آیا یک درمان خاص واقعاً از درمان نشدن مفیدتر است یا نه.

گرگرفتگی در زنان ژاپنی شیوع بسیار کمتری دارد. بعضی از دانشمندان معتقدند که این موضوع می‌تواند مربوط به رژیم غذایی ژاپنی‌ها باشد که مملو از محصولات سویا است. یک تحقیق ژاپنی در سال ۱۹۹۹ نشان داد که همه محصولات سویا در کاهش علائم یائسگی یکسان عمل نمی‌کنند. مقدار سویا مهم نبود بلکه نوع سویا مهم بود. در زنان ژاپنی، شدت گرگرفتگی‌ها با مصرف محصولات سویای تخمیر شده تا غیر تخمیر شده بسیار بیشتر کاهش یافت. نمونه‌های سویای تخمیر شده میزو^۳ و ناتو^۴ هستند.

چه مقدار سویا مورد نیاز است؟ پژوهش‌ها، استفاده از ۳۰ تا ۶۰ گرم سویا در روز را توصیه می‌کنند. نمونه‌های محصولات سویای تخمیر شده که شما می‌توانید در یک بقالی آسیایی سستی (یا شاید سوپر خودتان) یا گاهی اوقات یک مغازه مواد غذایی بهداشتی، پیدا کنید، میزو، ناتو و تمپه^۵ هستند. در اکثر این محصولات، نصف فنجان، محتوی ۱۲ تا ۱۶ گرم پروتئین است. جدول ۱-۵ نشان می‌دهد که هر کسی باید چه مقدار سویا در اشکال مختلف مصرف کند تا به ۳۰ تا ۶۰ گرم برسد. توجه کنید که مقادیر حجیم هستند و عوارض جانبی گوارشی (نفخ و گاهی اوقات اسهال) غالباً اتفاق می‌افتند..

¹ - Phytoestrogens

² - Randomized Controlled Trials

³ - Miso

⁴ - Natto

⁵ - Tempeh

جدول ۵-۱ پروتئین سویا در اشکال مختلف

محصول	اندازه پرس	مقدار پروتئین سویا	کالری در پرس	مقدار مورد نیاز برای دریافت ۳۰ گرم سویا در روز
توفو	۳ اونس	۱۰ گرم	۹۰	۹ اونس
شیر سویا	۱ فنجان	*۳-۱۰ گرم		۳-۱۰ فنجان
کم چرب معمولی			۹۰ ۱۴۰	
آرد سویا	نصف فنجان	۲۰ گرم	۲۲۰	سه چهارم فنجان
ایزولات پروتئین سویا	۱ قاشق سوپخوری	۱۲/۵ گرم	۵۵	۲/۵ قاشق سوپخوری

* برچسب‌های همه این محصولات را بخوانید زیرا مقادیر ذکر شده برحسب کارخانه تولیدکننده فرق خواهد کرد. اطلاعات این جدول براساس یک مقاله پزشکی است که توسط دکتر مورلی^۱ و ناکوئین^۲ در مجله **American Family Physician**، ژوئیه ۲۰۰۲ منتشر شده است.

محصولات گیاهی

محصولات گیاهی زیر برای علائم یائسگی مورد استفاده قرار گرفته‌اند: flax, black cohosh, seed, dong quai, kava, chasteberry و primrose. یک مقاله پزشکی از دانشگاه کلمبیا همه تحقیقاتی که تا پایان سال ۲۰۰۲ درباره استفاده از محصولات گیاهی برای یائسگی منتشر شده است، بازبینی کرده است. فقدان تحقیقات دراز مدتی که از این محصولات طبیعی استفاده کرده باشند، مانع از آن می‌شوند که ما چنین درمان‌هایی را توصیه کنیم، چون ما هنوز نمی‌دانیم که اگر آنها به مدت چند سال یا چند دهه استفاده شوند آیا بی‌خطر هستند یا نه. هیچ تحقیق جامعی درباره اثرات آنها بر خواب وجود ندارد.

Kava با یک بیماری کبدی نادر اما بالقوه کشنده ربط داده شده است. FDA ایالت متحده به مصرف کنندگان درباره این مشکل، هشدار داده است. Health Canada به این نتیجه رسیده که پشتیبان علمی کافی برای استفاده بی‌خطر از Kava وجود ندارد، بنابراین ممکن است برای سلامتی

¹ - Morelli

² - Naquin

خطر داشته باشد. در کانادا، Kava از بازار جمع شده است.

خلاصه کلام

زنانی که به دنبال درمان مشکلات خواب ناشی از تعریق شبانه و گرگرفتگی هستند باید پس از صحبت با پزشکشان و شاید انجام مقداری تحقیق شخصی، تصمیم‌گیری‌های خود را بر اساس آن چه معتقد هستند برای آنها درست است، قرار دهند. بعضی از صاحب‌نظران استفاده از HRT به مدت ۴ سال و سپس ارزیابی مجدد سالانه را توصیه می‌کنند. زنان باید خودشان قضاوت کنند که آیا علائم خوابی که به علت کمبود استروژن ایجاد شده است به قدر کافی شدید و مختل‌کننده است که درمان را اقتضا کند. اگرچه چنین درمانی علائم را تخفیف خواهد داد، او باید در نظر بگیرد که این کار ممکن است خطر بیماری قلبی عروقی و سرطان پستان را در او افزایش دهد. او باید همین طور در نظر بگیرد که HRT ممکن است نفع احتمالی کاهش سرطان گوارش و مشکلات ناشی از استئوپوروز را همراه داشته باشد. هر زنی باید تاریخچه خانوادگی شخصی خود را در نظر بگیرد.

درباره درمان‌های دیگر چه می‌دانیم؟ تا به حال هیچ شاهد علمی محکمی استفاده از هیچ یک از این محصولات «طبیعی» را برای درمان درازمدت علائم یائسگی، حمایت نمی‌کند و هیچ پژوهشی اثرات درازمدت استفاده از این محصولات را مورد بررسی قرار نداده. تا زمانی که اطلاعات بیشتری موجود نباشند، زنان باید فقط خودشان به این نتیجه برسند که آیا امتحان کردن این درمان‌ها ارزش دارد یا نه. بسیاری از زنان مسلماً از این درمان‌ها استفاده می‌کنند. در طی چندسال آینده با فراهم شدن اطلاعات علمی بیشتر، زنان باید پژوهش‌های آنلاین انجام دهند. یک سایت خوب برای شروع، این آدرس اینترنتی است: www.medlineplus.gov.

سایر اختلالاتی که موجب بی‌خوابی در زنان پست‌منوپوزال می‌شود

زنان یائسه چه گرگرفتگی داشته باشند چه نداشته باشند، دچار بی‌خوابی می‌شوند. علت این

موضوع می‌تواند این باشد که استروژن اثرات زیادی بر سیستم اعصاب مرکزی می‌گذارد. احتمال دارد که کاهش استروژن روی مراکز از سیستم اعصاب که در خواب دخیل هستند، تأثیر بگذارد. همین طور، بعضی بیماری‌ها در افراد مسن‌تر و بنابراین در زنان پست منوپوزال بیشتر رخ می‌دهد. این بیماری‌ها شامل موارد زیر می‌شوند:

- اختلالات خلقی (فصل ۶)
- اختلالات حرکتی (فصل ۱۱)
- بیماری‌های دردناک، شامل آرتريت (فصل ۱۶)
- دیابت (فصل ۱۵)
- سرطان‌های مختلف ((فصل ۱۵)

در واقع هر بیماری‌ای که در این گروه قرار دارد و غالباً داروهایی که برای درمان آنها مورد استفاده قرار گرفته می‌تواند با مشکلات خواب همراه باشد. برای زنی که دچار یک یا چند نوع از این بیماری‌ها است، کمبود استروژن ناشی از یائسگی فقط یک بخش از قبل مشکل‌ساز زندگی را دشوارتر می‌کند. در نظر گرفتن سرطان پستان در این فصل اهمیت دارد، نه به خاطر این که این شرایط بیشتر اوقات در دوره یائسگی اتفاق می‌افتد بلکه چون درمان سرطان پستان اغلب منجر به کمبود ناگهانی استروژن می‌شود.

سرطان پستان

سرطان پستان یک مشکل اساسی برای زنان در قبل و بعد از یائسگی است. درمان سرطان پستان ممکن است منجر به کمبود استروژن شود. زنانی که به خاطر سرطان پستان تحت درمان قرار می‌گیرند یا تحت درمان قرار گرفته‌اند ممکن است گرگرفتگی داشته باشند که اغلب شدیدتر از زنانی است که وارد یائسگی طبیعی می‌شوند. در یک مطالعه، دوسوم از زنانی که برای سرطان پستان درمان شده بودند، گرگرفتگی داشتند. تقریباً همه آنها دچار بی‌خوابی و در حدود یک‌سوم دچار یک اختلال

افسردگی اساسی شدند.

علاوه بر اضطراب ناشی از مواجهه اولیه با یک تشخیص سرطان پستان، بیمار باید هم چنان با درمان روبرو شود، که اغلب آشفتگی هیجانی شدیدی ایجاد می کند. جراحی، از دست دادن یک پستان و آسیب وارده به خودنگاره یک زن و استفاده از داروهایی که می تواند به علائم یائسگی ناگهانی و ریزش مو منجر شود می تواند همگی موجب بی خوابی شوند. شیمی درمانی و اشعه درمانی نیز می تواند به بی خوابی و خستگی روزانه منجر شود. در فصل ۱۵، مشکلات خواب در بیماری های طبی که شامل سرطان نیز می شود، مورد بررسی قرار گرفته است.

بیماران دچار سرطان پستان نمی توانند از داروهای حاوی استروژن (HRT) برای توقف گرگرفتگی خود استفاده کنند چون سلول های غده سرطانی هنگامی که در معرض استروژن قرار می گیرند، سریع تر رشد می کنند، بنابراین این داروها ممکن است موجب بدتر شدن پیش آگهی زن شوند. بسیاری از زنان محصولات سویا را امتحان کرده اند اما خاصیت و بی خطری چنین درمان هایی در سرطان پستان شناخته نشده اند. تأکید مجدد این نکته لازم است که ما در زمان حاضر نمی دانیم که آیا ماده شیمیائی استروژن شکل موجود در سویا بی خطرتر از استروژن موجود در شکل قرص آن است یا نه.

این بیماران می توانند از بعضی درمان هایی که برای بیماران دچار بی خوابی توصیه شده ، بهره ببرند (فصل ۱۰ را ببینید). مخصوصاً درمان توسط یک روانشناس، یا داروهای مشوق خواب می توانند در دشوارترین دوران به خواب آنها کمک کنند. بعضی بیماران که دچار افسردگی اساسی می شوند ممکن است به درمان روانپزشکی نیاز داشته باشند. محور پژوهش های اخیر، بهبود خستگی روزانه در این بیماران توسط داروهای مشوق بیداری، مثل مودافینیل^۱ است (فصل ۲۰ را ببینید).

آپنه خواب

اگرچه سال ها پزشکان تصور می کردند که آپنه در زنان نادر است، اما در واقع این اختلال در زنان

^۱ - Modafinil

به شدت متداول است و تقریباً ۲ درصد از زنان بزرگسال را مبتلا می‌کند. اکثر زنانی که آپنه خواب دارند در مرحله پست منوپوزال هستند. زن متوسط دچار آپنه خواب در حدود ۵۰ سال دارد. پژوهش دانشگاه هاروارد که در سال ۲۰۰۳ در مجله جاما منتشر شد حاکی از آن است که در پنجاه سالگی، زنان تقریباً همان تعداد از موارد جدید آپنه خواب را که در مردان گزارش شده، نشان می‌دهند. همان طور که استروژن و پروژسترون در زمان قبل از یائسگی زنان را از ابتلا به بیماری قلبی عروقی محافظت می‌کنند، همین طور به نظر می‌رسد که این هورمون‌ها مانع از آپنه خواب در زنان می‌شوند. پروژسترون که در حین سیکل قاعدگی تولید می‌شود، تنفس را تحریک می‌کند و استروژن احتمالاً مسؤل تعیین محل ذخیره چربی در بدن یک زن است. هنگامی که زنان قبل از یائسگی چاق می‌شوند معمولاً چربی ذخیره شده در گردن ندارند که خطر آپنه را افزایش خواهد داد.

درکل، زنان دچار آپنه خواب مسن‌تر و چاق‌تر از مردان دچار این اختلال هستند. یک پژوهش در پنسیلوانیا نشان داد که آپنه خواب در زنان پست منوپوزال (۲/۷ درصد) در مقایسه با زنان دوره قبل از یائسگی (کمتر از ۱۰ درصد) بسیار شایع‌تر است. یافته‌های همین پژوهش نشان داد که تقریباً همه زنان دوره قبل از یائسگی و بعد از یائسگی که روی درمان جایگزینی هورمون بودند (HRT) و آپنه داشتند، چاق بودند. در حالی که فقط نصف زنان پست منوپوزال دچار آپنه که تحت درمان HRT قرار نداشتند، چاق بودند. فراوانی آپنه خواب در زنان یائسه تحت درمان HRT (۰/۵ درصد) کمتر از زنان یائسه ای بود که تحت درمان HRT قرار نداشتند. بنابراین به نظر می‌رسد که HRT مانع از بروز آپنه خواب می‌شود. یافته‌های سایر پژوهشگران نشان داده که آپنه در زنان پست منوپوزال بسیار شایع‌تر است و در حدود ۱۰ درصد از آنها را مبتلا می‌کند.

هورمونی به نام لپتین^۱ که اخیراً کشف شده و توسط سلول‌های چربی ترشح می‌شود، می‌تواند موجب تحریک تنفس در زنان چاق شود و از بروز آپنه در آنها جلوگیری کند. گزارش شده که در موارد چاقی شدید، مراکز تنفس مغز دیگر به لپتین پاسخ نمی‌دهند. یک گروه پژوهشی در استرالیا

^۱ - Leptin

گزارش داده اند که نارسایی تنفسی در زنانی که شدیداً چاق هستند، ممکن است به علت مقاومت مغز در مقابل اثرات لپتین ایجاد شده باشد.

درمان آپنه خواب در زنان پست منوپوزال

زنانی با علائم حاکی از آپنه خواب دقیقاً مانند مردان ارزیابی شده و همان درمان‌ها را دریافت می‌کنند. محور درمان بر استفاده از CPAP، تشویق به کاهش وزن و اجتناب از نوشیدن الکل است. برای جزئیات بیشتر به فصل ۱۲ مراجعه کنید. یک سؤال مشخص این است که آیا زنان پست منوپوزال دچار آپنه باید با هورمون درمان بشوند یا نه. مقالات متعددی در آثار پزشکی هستند که می‌توانند به عنوان مطالعات پایلوت، یا گزارشات موارد فردی در نظر گرفته شوند. اکثر نویسندگان مقالات نتیجه‌گیری کرده‌اند که درمان زنان پست منوپوزال با هورمون‌ها (به ویژه استروژن) می‌تواند برای آنها مفید باشد. یک مقاله نشان داده که پروژسترون ممکن است چندان هم مهم نباشد. مطالعات پژوهشی متعدد در حال حاضر نشان می‌دهند که درمان آپنه در زنان پست منوپوزال، می‌تواند HRT را نیز بگنجاند.

تحقیقات گسترده‌ای لازم هستند تا مشخص کنند که آیا HRT مؤثر واقع می‌شود و دوزاژ صحیح چگونه است. این مقوله دیگری است که پزشکی مدرن باید به لیست کارهایی که باید انجام بدهد، اضافه کند.

بازگشت به زن کم خوابی که عرق می‌کند

فقط تعداد کمی از بیماری‌ها می‌توانند علائم زنی که مشکل بی‌خوابی داشت و با تعریق و ضربان قلب تند از خواب بیدار می‌شد، توجیه کنند. یک احتمال قوی این بود که این علائم ناشی از پری منوپوز هستند. آزمایشات خون برای او انجام گرفت تا مشخص شود که زیادی ترشح تیروئید علت علائم او نیست (فصل ۱۵ را ببینید). او یک آزمایش خواب انجام داد که نتیجه آن وجود سندرم

پاهای بی‌قرار یا ریتم های قلبی خطرناک در حین خواب را نشان نداد.

عملکرد تیروئید و مقدار آهن بدن او طبیعی بودند. زمانی که می‌خوابید یا در زمان بیداری، ضربان قلب او غیرطبیعی نبودند. معه‌ها وقتی نصفه شب از خواب بیدار می‌شد ضربان قلبش افزایش می‌یافت. چشمگیرترین بخش بررسی خواب او وجود خطوط کج و معوج روی چارت او نبودند بلکه تصویر ویدیویی بود که نشان می‌داد او مرتب غلت می‌زند و می‌چرخد و دائماً وضعیت خوابیدنش را تغییر می‌دهد. حتی زمانی که می‌خوابید پتویش را پس می‌زد و بعد رویش می‌کشید و نصفه شب که بیدار می‌شد، درمانده به نظر می‌رسید. در پایان همه این بررسی‌ها واضح‌ترین تشخیص، همان تشخیصی بود که در وهله اول، بالای فهرست قرار داشت: او علائم پری منوپوزال داشت. سطوح استروژن پایین آمده بودند و او اختلال خوابی را تجربه می‌کرد که مختص زنان پری منوپوزال است. در واقع او هنگام خواب، تعریق و گرگرفتگی داشت. راه‌های درمانی که شامل درمان جایگزینی هورمون می‌شدند با او در میان گذاشته شدند. همه داستانهای رسانه‌ها درباره خطرات بالقوه درمان جایگزینی هورمون او را دچار وحشت کرده بودند و او نمی‌خواست از هیچ دارویی استفاده کند. او ترجیح داده بود عرق بریزد اما دارو مصرف نکند.

سطوح هورمونی خواب زنان را در سراسر زندگی‌شان تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان و پزشکان آنها تازگی‌ها به ارتباط بین هورمون‌ها و خواب، پی برده‌اند. در چند فصل بعدی ما خواهیم دید که جدا از مشکلات خوابی که توسط هورمون‌ها ایجاد شده، زنان نقش‌هایی نیز در خانواده و جهان بیست و چهار ساعته / هفت روز دارند که می‌تواند روی خواب آنها تأثیر بگذارد.

بجلس دوم

آیا من یک مشکل خواب دارم

فصل ۶

اگر یک مشکل خواب دارید چگونه آنرا بیان کنید

مورد مرد خسته‌ای که سرطان داشت

مواقعی پیش می‌آید که یک پزشک با خودش فکر می‌کند "کاشکی در این مورد با من زودتر مشاوره شده بود". موردی که در زیر شرح می‌دهم، یکی از همان مواقع بود. مردی که روبروی من نشسته بود حدود دو سال می‌شد که از خستگی شکایت داشت. همسرش فقدان انرژی او را تأیید می‌کرد. در آغاز، پزشک خانوادگی فقط فرض کرده بود که او افسردگی دارد. بعد از این‌که درمان افسردگی مؤثر واقع نشد و آزمایشات خون، مورد غیرعادی را نشان ندادند، علامت او کاملاً نادیده گرفته شدند. مرد و همسرش از دنبال کردن علت خستگی صرف‌نظر کردند، علامت ادامه یافت و شدیدتر و شدیدتر شد و بعد از حدود یک سال همسر مرد به پزشک اصرار کرد که آزمایشات بیشتری انجام دهد. یکی از آزمایشات در مدفوع او خون نشان داد. این نتیجه سریعاً منجر به تشخیص سرطان روده شد و بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. بیمار به من ارجاع شده بود چون بی‌خوابی داشت و پزشکش تصور می‌کرد که بی‌خوابی به علت اضطراب درباره تشخیص سرطان ایجاد شده است.

بیمار و پزشکش در طول دو سال بارها با یکدیگر ملاقات کرده بودند اما در واقع حرف همدیگر را نفهمیده بودند. اگر آنها حرف همدیگر را می‌فهمیدند، چه بسا سرطان خیلی زودتر تشخیص داده می‌شد.

افرادی که فکر می‌کنند یک مشکل خواب دارند تلاش می‌کنند که علائم خود را با استفاده از کلماتی که آشنا هستند تشریح کنند، اما آن کلمات غالباً معنای کاملاً متفاوتی برای پزشکی دارند که تلاش می‌کند علائم را تعبیر و تفسیر کند. این مشکل ارتباطی ممکن است سر راه یک تشخیص صحیح قرار گیرد و اغلب یک مانع اصلی برای زنانی می‌شود که برای مشکلات خواب خود به دنبال کمک می‌روند.

در این فصل شما یاد خواهید گرفت که وقتی یک مشکل خواب دارید چگونه آن را بیان کنید و چگونه آنرا برای پزشک خود شرح دهید. ما بهترین کلمات را برای توصیف علائم اختلالات خواب

واریسی خواهیم کرد تا اطمینان حاصل کنیم که شما و پزشکتان زبان همدیگر را می‌فهمید. ما به شما ابزارهایی را نیز معرفی خواهیم کرد که به کمک آنها بفهمید که آیا یک اختلال خواب دارید یا نه. این ابزارها فقط به منظور راهنمایی هستند و کامل نیستند. اگر شما تصور می‌کنید که ممکن است یک مشکل خواب داشته باشید، باید از پزشکتان کمک بخواهید.

خواب آلودگی

«خسته‌ام»، «خستگی دارم»، «اصلاً انرژی ندارم»، «از پا درآمده‌ام» همگی جملاتی هستند که بیماران هنگام صحبت درباره مشکل خواب خود با یک پزشک، غالباً برای توصیف علائمشان، از آنها استفاده می‌کنند. برای اکثریت مردم، کلمه خسته به فقدان قدرت بدنی اشاره می‌کند، احساسی که نشان دهنده به کار بردن تلاش زیاد برای پرداختن به هر فعالیتی یا هوشیار باقی ماندن است. شما ممکن است بعد از یک روز ورزش سنگین یا کار در حیاط این احساس را پیدا کنید- یا بعد از یک بیماری جسمی که شما را از نظر بدنی ضعیف کرده باشد. افرادی که مشکلات ریوی یا قلبی دارند نیز ممکن است از این کلمه برای توصیف ناتوانی خود در انجام فعالیت‌های مشخص که به علت تنگی نفس ایجاد شده، استفاده کنند.

از نظر متخصصین خواب، کلمه خستگی به فقدان نیرو یا ناتوانی در انجام وظایف روزانه در نتیجه فعالیت طولانی، اشاره می‌کند. فعالیت می‌تواند جسمی یا ذهنی باشد. بیماران به طور متداول تر از اصطلاح انرژی ندارم استفاده می‌کنند که یک مفهوم مبهم است. بسیاری از مردم زمانی که می‌گویند انرژی ندارند در واقع منظورشان این است که خیلی خواب‌آلود هستند. بعضی از پزشکان ممکن است این کلمات را بشنوند و علائم را به معنای خواب‌آلودگی شدید تعبیر کنند و بیمار را به یک درمانگاه خواب ارجاع دهند. معهدا، سایر پزشکانی که همین عبارات را درباره علائم می‌شنوند ممکن است آنها را به عنوان نشانه‌های افسردگی تعبیر کنند و در نهایت بیمار را به خاطر علائم افسردگی درمان نمایند. شما به جای استفاده از این کلمات باید آنچه واقعاً اتفاق می‌افتد را شرح دهید. برای مثال، به جای

گفتن «من خسته هستم»، چنین جمله‌ای را به پزشک بگویید «من همیشه هنگام تماشای تلویزیون خوابم می‌برد»، «من پشت کامپیوتر خوابم می‌برد» و مانند آن. تا زمانی که شما و پزشکتان مقصود یکدیگر را نفهمید، احتمال زیادی دارد که تشخیص اشتباه دریافت کنید.

اما اگر خواب‌آلود هستید، چگونه باید آن را بیان کنید؟ شما زمانی خواب‌آلود محسوب می‌شوید که میل مفرطی به خوابیدن در زمان و مکان نامناسب داشته باشید. یک پرسشنامه‌ای که معمولاً برای اندازه‌گیری خواب‌آلودگی در بزرگسالان مورد استفاده قرار گرفته نمره خواب‌آلودگی اپورث^۱ است که توسط دکتر موری جانز^۲ در بیمارستان اپورث استرالیا ساخته شده است. در شکل ۶-۱، عددی که (۰ تا ۳) احتمال به خواب‌رفتن شما را در شرایط مختلف نشان می‌دهد، علامت بزنید، سپس هشت عددی که علامت زده‌اید با یکدیگر جمع کنید.

شکل ۶-۱ مقیاس خواب‌آلودگی اپورث

با استفاده از مقیاس زیر، مناسب‌ترین عدد برای هر شرایطی را علامت بزنید				
۰ = کمتر از یکبار در ماه احتمال چرت‌زدن وجود دارد				
۱ = احتمال خفیف چرت‌زدن وجود دارد.				
۲ = احتمال متوسط چرت‌زدن وجود دارد.				
۳ = احتمال بالای چرت‌زدن وجود دارد.				
احتمال چرت‌زدن				شرایط
۳	۲	۱	۰	نشستن و چیزخواندن
۳	۲	۱	۰	تماشای تلویزیون
۳	۲	۱	۰	در یک مکان عمومی (مثلاً یک نمایش یا جلسه) بدون فعالیت نشستن
۳	۲	۱	۰	به عنوان مسافر یک ساعت بدون توقف نشستن در یک ماشین
۳	۲	۱	۰	درازکشیدن برای استراحت در بعد از ظهر (هنگامی که شرایط اجازه می‌دهند)
۳	۲	۱	۰	نشستن و آهسته صحبت کردن با کسی
۳	۲	۱	۰	آرام نشستن بعد از نهار بدون این که الکل صرف شده باشد
۳	۲	۱	۰	بودن در یک ماشین، هنگامی که برای چند دقیقه کوتاه در ترافیک توقف کرده است

افرادی که نمره کل آنها بیش از ۱۲ باشد، درست مانند افرادی که آینه خواب دارند، خواب‌آلود

^۱ - Epworth Sleepiness scale

^۲ - Murray Johns

هستند. خطر زیادی برای افرادی با یک نمره بیش از ۱۵ وجود دارد که زمانی که نمی‌خواهند، خوابشان ببرد. شکل ۶-۲ دامنه نمراتی که حدوداً در ۹۰ درصد از مردم دیده شده، نشان می‌دهد. من بعضی بیماران آپنه‌ای را دیده‌ام که نمره ۳ و بعضی دیگر نمره ۲۴ می‌گیرند. مسلم است کسانی که محرومیت خواب دارند و از نظر پزشکی سالم هستند نیز ممکن است نمرات خواب آلودگی بسیار بالایی کسب کنند.

اگر اختلالات خواب به تدریج پیش آمده باشد، بعضی مردم فکر نمی‌کنند که خواب‌آلوده هستند. چون آنها به احساس خواب‌آلوده بودن عادت کرده‌اند، ممکن است تصور کنند که احساسشان طبیعی است. در نتیجه آنها ممکن است در واقع علامت را انکار نمایند. حتی اگر چنین کسی خواب‌آلوده بودن را انکار کند، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که او می‌تواند یک راننده خطر آفرین یا خودش در خطر آسیب دیدگی باشد.

شکل ۶-۲ دامنه نمرات اپورث

کمتر از ۹	افراد عادی
۱۷-۶	آپنه خواب انسدادی (فصل ۱۲)
۲۰-۱۴	نارکولپسی (فصل ۱۳)
۶-۰	بیخوابی (فصل ۱۰)
۱۳-۵	اختلال حرکتی (فصل ۱۱)

سایر چهره های خواب آلودگی

یک بیمار ممکن است احساس کند که یک جای کار عیب دارد اما قادر یا مایل به مواجهه با این احساسات یا تجارب نباشد که نتیجه مستقیم خواب ناکافی یا یک اختلال خواب هستند. برای مثال شما ممکن است از حافظه و تمرکز ضعیف و حواس‌پرتی شکایت داشته باشید اما تشخیص ندهید که ریشه این مشکلات از خواب‌آلودگی است. اگرچه شما ممکن است خودتان متوجه آن نشوید، اما

سایر افراد متوجه می شوند که شما خواب‌آلوده هستید. بعضی افراد هنگامی که خواب‌آلود هستند دچار تحریک‌پذیری و گاهی اوقات تغییر شخصیتی می‌شوند. آنها ممکن است زود یا بدون هیچ دلیلی، خشمگین بشوند. آنها ممکن است در موقعیت‌های اجتماعی با دیگران تعامل نکنند یا بی‌علاقه به نظر برسند. بعضی افرادی که خواب‌آلودگی شدیدتری دارند ممکن است رفتار غیرارادی از خودشان نشان بدهند و در خلال آن به فعالیت‌هایی بپردازند که در وهله اول طبیعی به نظر می‌رسد اما در واقع نامناسب است. برای مثال، زنی که این سطح از خواب‌آلودگی را تجربه می‌کند ممکن است متوجه شود که ظرف‌ها را به جای این که در ماشین ظرفشویی پرکرده باشد در داخل اجاق‌گاز گذاشته است. او معمولاً هیچ یادآوری از این نوع رفتار ماشین وار ندارد. من بیمارانی را دیده‌ام که وقتی در حالت غیرارادی بوده‌اند، اعمال خشونت‌باری نسبت به دیگران و اموال آنها مرتکب شده‌اند، بدون این که بعداً هیچ یادی از واقعه داشته باشند.

بعضی از مردم نوعی خواب‌آلودگی را تجربه می‌کنند که مستی خواب¹ نامیده شده. این افراد بعد از بیدار شدن، مشکلات هوشیاری بسیار بیشتری از افراد عادی دارند. این حالت مستی ممکن چندین دقیقه تا یک‌ساعت یا بیشتر ادامه پیدا کند. این مشکل در افرادی که محرومیت خواب شدید داشته‌اند، رایج است.

پزشکان باید این رفتارهایی که توسط بیمارانشان توصیف شده، بدقت تفکیک کنند تا محرومیت خوابی که ممکن است به علت یک اختلال خواب ایجاد شده باشد، کشف نمایند.

سایر علائم اختلالات خواب

خواب‌آلودگی یا نخوابیدن تنها علائم مشکلات خواب نیستند. انواع زیادی از اختلالات خواب وجود دارند. در بخش بعدی، علائمی توصیف خواهند شد که سرنخ‌هایی برای بعضی از این مشکلات خواب فراهم خواهند کرد. بعضی از علائم مربوط به اختلالاتی می‌شوند که ممکن است

¹ - Sleep drunkenness

درمان یا ارجاع به یک درمانگاه خواب را ایجاب کنند.

روایینی در حالت نیمه خواب

بعضی افراد دقایقی قبل از به خواب رفتن و گاهی اوقات بلافاصله بعد از به خواب رفتن ممکن است خواب‌های بسیار وحشتناکی ببینند که شامل صداها، تصاویر بینائی واضح و حتی گاهی اوقات احساساتی در بخش‌های مختلف بدن می‌شود. این رویاها، توهم هیپنوگوجیک^۱ نامیده شده‌اند و عادی نیستند. مردم همین طوری رویا نمی‌بینند مگر اینکه برای مدت حدوداً نود دقیقه خوابیده باشند. معه‌ذا فردی که محرومیت خواب کشیده، ممکن است توهمات هیپنوگوجیک داشته باشد و این تجارب در افرادی که نارکولپسی دارند (فصل ۱۳ را ببینید) کاملاً شایع است. اگر شما این نوع توهم نیمه بیداری را بیش از یک یا دوبار در ماه تجربه می‌کنید، درباره این علامت با پزشک خود صحبت کنید.

حالت فلجی هنگام بیدار شدن

گاهی اوقات مردم در طول شب از خواب بیدار می‌شوند و می‌بینند که نمی‌توانند حرکت کنند. معمولاً علت این رویداد این است که آنها از یک رویا بیدار شده‌اند، هر چند ممکن است آن‌را بیاد نیاورند. این علامت ممکن است از چند ثانیه تا چند دقیقه طول بکشد، می‌تواند ترسناک باشد و می‌تواند به ترس از خوابیدن، منجر شود (فصل ۱۴ را ببینید). احساس فلجی گاهی اوقات در افرادی که هیچ علامتی از اختلال خواب ندارند نیز رخ می‌دهد و معمولاً یک مشکل پزشکی محسوب نشده است. معه‌ذا این حالت یک علامت رایج نارکولپسی نیز می‌باشد (فصل ۱۳ را ببینید). اگر شما این علامت را دارید و در طی روز نیز خواب‌آلود هستید، ممکن است نارکولپسی داشته باشید و باید با پزشک خود مشورت کنید.

^۱ - Hypnagogic

«چیز عجیب»^۱

رفتارهای خواب ممکن است از یک اتفاق غیر مهم تا یک علامت احتمالی یک اختلال خواب شدید که درمان را ایجاب می‌کند، دامنه داشته باشند (فصل ۱۴ را ببینید). بعضی از این رفتارها در این بخش توضیح داده شده‌اند. اگر هر کدام از آنها زندگی شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لازم است حتماً آنرا با پزشک خود در میان بگذارید.

- خواب‌گردی و حرف‌زدن در خواب خصوصاً در کودکان بسیار رایج هستند (فصل ۱۴). تا زمانی که کودک کار خطرناکی انجام نداده باشد، موردی نیست که به توجه پزشکی نیاز داشته باشد..
- وحشت در خواب یا وحشت شبانه علامتی است که در آن مردم در طول شب از تخت بلند می‌شوند یا در تخت می‌نشینند و فریاد می‌زنند و گاهی اوقات عرق می‌کنند. چشم‌های آنها کاملاً بازست. این نوعی خواب‌گردی است و آن قدر که بد به نظر می‌رسد، خطرناک نیست. این علامت گاهی اوقات در افرادی با محرومیت خواب نیز دیده شده است.
- بعضی افراد زمانی که از خواب بیدار می‌شوند گیج و دیس‌اورینته هستند. این علامت در افراد سالمندی که ممکن است عصرها یا شب‌ها پرسه بزنند شایع‌تر است (فصل ۷ را ببینید). این علامت آخر، غروب آفتاب^۲ یا پرسه شبانه نامیده شده است که پزشک باید به آن توجه کند، چون می‌تواند یک علامت بیماری آلزهایمر یا ناشی از سایر عواملی باشد که ممکن است قابل درمان باشند.
- هر کسی تجربه بیدار شدن از یک کابوس را داشته است. این یک رخداد شایع است و می‌تواند برای کودکان بسیار ترسناک باشد- و گاهی اوقات برای بزرگسالان. این علامت خیلی مهم تصور نشده است (فصل ۱۴ را ببینید). معهذا اگر کابوس‌ها اکثراً بسیار شبیه به هم باشند، ماهیت خشونت‌آمیز داشته باشند و شدیداً ناراحت‌کننده باشند، می‌توانند نشانه‌ای از اختلال استرس پس از سانحه محسوب شوند (فصل ۱۶ را ببینید). پزشک باید به این علامت توجه کند، چون ممکن

¹ - Weird stuff

² - Sundowning or nocturnal wandering

است بیمار به درمان نیاز داشته باشد.

- بعضی افراد به رویاهای خود واکنش فیزیکی نشان می‌دهند یا آن‌را برون‌ریزی می‌کنند. زمانی که این اتفاق می‌افتد، رویابین ممکن است با کتک‌زدن و گاهی آسیب رساندن به هم‌تختی‌اش، عملاً به رویای خود واکنش نشان بدهد. این نشانه‌ای از "اختلال رفتار خواب حرکتی چشمی سریع"^۱ است که می‌تواند بسیار شدید باشد (فصل ۱۴ را ببینید) و معمولاً درمان را ایجاب می‌کند.
 - بعضی افراد هنگام خواب نمی‌توانند از تکان خوردن خودداری کنند. آنها در حین خواب غلت می‌زنند، می‌چرخند، از تخت بلند می‌شوند و دوروبر قدم می‌زنند، و ول می‌خورند و خودشان را جمع می‌کنند. بعضی از آنها حتی حرکات عجیبی از خودشان نشان می‌دهند که مثل دوچرخه‌سواری است. این‌ها علائم یک اختلال حرکتی احتمالی هستند (فصل ۱۱ را ببینید). اگر افراد چنین حرکتی را همراه با بی‌خوابی و یا خواب‌آلودگی روزانه دارند، ممکن است به درمان نیاز داشته باشند.
 - گاهی اوقات افراد اختلالی دارند که «سرکوبیدن»^۲ نامیده شده است و در این اختلال آنها مکرراً سرخود را به یک تشک یا متکا یا حتی دیوار می‌کوبند یا سایر قسمت‌های بدنشان را به یک شیوه تکراری حرکت می‌دهند. این اختلال حرکتی آن قدر که به نظر بد می‌رسد، بد نیست و عواقب ناگواری ببار نمی‌آورد بجز این که در تعداد کمی از افراد ممکن است منجر به آسیب خود شود (فصل ۱۴ را ببینید).
- علائمی که در بالا مرور شدند ممکن است مهم نباشند (خواب‌گردی، حرف زدن در خواب، سرکوبیدن) یا ممکن است ارزیابی و درمان را ایجاب کنند (واکنش به رویاها، کابوس‌های تکراری، حرکات خشونت‌آمیز). فلجی در خواب و توهمات هیپنوجویک می‌توانند علائم تارکولپسی باشند که درمان را ایجاب می‌کنند. اگر هر یک از این علائم روی زندگی شما تأثیر می‌گذارند، بهترین کار این است که از پزشک کمک بگیرید.

^۱ - REM Sleep Behavior Disorder (RBD)

^۲ - Head banging

سر و صدا در شب

در بخش قبل، رفتارهایی توصیف شدند که می‌توانند حاکی از مشکلات خواب باشند. در این بخش به توصیف صداهایی می‌پردازیم که مردم در حال خواب از خودشان درمی‌آورند. این صداها ممکن است غیر مهم یا نشانگرهای یک اختلال خواب شدید باشند. کسی که خوابیده نمی‌تواند صداهایی را که درمی‌آورد بشنود، اما صداها می‌توانند خواب یک هم‌تختی را مختل کنند.

خروپف

خروپف صدایی است که برای همه آشنا است. بنابراین اگر شما این اصطلاح را به کار ببرید، پزشک شما متوجه منظورتان خواهد شد. معه‌ذا توصیف حتی‌الامکان دقیق خروپف می‌تواند کمک کننده باشد. برای مثال خروپف می‌تواند بلند یا آهسته باشد. از هم‌تختی‌تان بخواهید سطح و فراوانی خروپف شما را بهتان بگوید و سپس آنرا به اطلاع پزشکتان برسانید (هرچند که او ممکن است درباره این موضوع از شما سؤال نکند). چند شب در هفته و به چه نسبتی از شب، خروپف می‌کنید؟ آیا زمانی که به یک پهلو می‌خوابید خروپف بیشتر است و آیا نوشیدن الکل آنرا بدتر می‌کند؟

سکوت‌های ناراحت‌کننده

خروپف اکثر اوقات بی‌وقفه است و ظاهراً در طول یک شب تغییر چندانی نمی‌کند. معه‌ذا بعضی افراد در بین خروپف‌ها، دوره‌های سکوت دارند. این سکوت‌ها به ویژه اگر طولانی شوند می‌توانند برای شنونده بسیار ترسناک و ناراحت‌کننده باشند، به این علت که فرد خروپف‌کننده در واقع نفسش قطع شده است. دوره‌های سکوت یک علامت آینه خواب هستند (فصل ۱۲ را ببینید) و لازم است برای یک پزشک توضیح داده شوند.

خرناس^۱ و نفس^۲ نفس^۳

بعضی بیماران خصوصاً زنانی که دچار سندرم مقاومت راه هوای فوقانی^۳ هستند (فصل ۱۲ را ببینید) ممکن است به طور پیوسته خرروپف نکنند بلکه دوره های خرناس کشیدن داشته باشند که می تواند طولانی و لزوماً با صدای بلند هم نباشد. خرناس و نفس نفس زدن می توانند علامت آپنه خواب هم باشند (فصل ۱۲ را ببینید) و باید آن هم برای پزشک توضیح داده شوند. در پایان دوره های آپنه و در پایان سکوت، فرد ممکن است خرناس بسیار بلند، نفس نفس یا تنفس عمیق را ظاهر کند.

نگاهی به الگوهای دفتر روزانه خواب

یک دفتر روزانه خواب ابزاری است که به شما کمک می کند عادات و الگوهای خواب خود را ثبت کنید. آن به تشخیص الگوهایی که می توانند خواب را مختل کنند کمک می کند و می تواند به شما و پزشکتان نیز کمک کند که یک مشکل خواب را دقیقاً مشخص کنید. با استفاده از این دفتر روزانه، کسی ممکن است برای مثال متوجه شود که خواب آلودگی معمولاً بعد از کلاس های ایروبیک هفتگی که بعد از ظهرهای دیر تشکیل می شده، رخ می دهد. در مورد کودکان، شما ممکن است کشف کنید که مشکل در « ساعت بدن » کودک است (فصل ۸ را ببینید). مشاهده برنامه خواب می تواند روشن کند که کودک شما در طی هفته، خیلی دیر و سپس در آخر هفته خیلی دیرتر می خوابد که نشان دهنده آن است که ساعت بدن رو به دیر شدن می رود. بعضی انواع دفاتر روزانه که شما می توانید برای کمک به تشخیص یک مشکل خواب از آنها استفاده کنید، در زیر آورده شده است.

استفاده از دفتر روزانه خواب NSF برای بزرگسالان

پرکردن دفتر روزانه خواب NSF که در پیوستار آمده، هر روز فقط چند دقیقه طول می کشد. ما

¹ - Snorts

² - Gasps

³ - Upper airway resistance syndrome

پیشنهاد می‌کنیم که آنرا در یک محل مناسب مثل میز کنار تخت خود نگهدارید. دفتر روزانه را به مدت هفت روز پشت سرهم پر کنید یا آنرا کپی کنید و برای یک مدت طولانی‌تر مورد استفاده قرار دهید. سپس، دفتر روزانه را بررسی کنید تا ببینید که آیا هیچ الگوی عادی وجود دارد که در مشکلات خواب شما دخیل باشد.

این موارد را با پزشک خود در میان بگذارید. دفتر روزانه کامل شده را با خودتان بیاورید تا به شما کمک کند بیشترین استفاده را از ملاقات خود با پزشک ببرید.

استفاده از دفتر روزانه درمان شناختی برای بزرگسالان

این دفتر روزانه که در فصل ۱۹ نشان داده شده (شکل ۱۹-۱)، باید هر روز صبح در یک زمان ثابت پر شود و می‌تواند به عنوان بخشی از درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی مورد استفاده قرار بگیرد. پس از این که شما آن را برای یکی دو هفته پر کردید (از آن چند کپی بگیرید) ممکن است یک الگوی رفتاری را ببینید که می‌تواند هم یک مشکل خواب را مشخص کند و هم به یک طرح درمانی منتهی شود. زمانی که قرار است پزشک خود را ببینید، یک کپی از دفتر روزانه را با خود ببرید.

استفاده از دفتر روزانه خواب NIH برای کودکان

مؤسسات ملی بهداشت، وب‌سایت [Garfield Star Sleeper](http://www.garfieldstar sleeper.com) را در آدرس زیر www.nhlbi.nih.gov/health/Public/Sleep/Starslp درست کرده اند که حاوی اطلاعاتی درباره اختلالات خواب کودکان، والدین، معلمان و پزشکان کودک است. شما می‌توانید از سایت زیر یک دفتر روزانه خواب که برای استفاده در مورد کودکان طرح‌ریزی شده به کامپیوتر خود منتقل کنید. www.nhlbi.nih.gov/health/Public/Sleep/Starslp/Parents/diary.htm

بازگشت به مرد خسته‌ای که سرطان داشت

معلوم شد مرد خسته‌ای که سرطان داشت، واقعاً خواب‌آلود بوده است. این علامتی بود که او در ابتدا متوجه آن شد. او از کلمه خسته استفاده کرده بود و پزشک درباره خوابش از او سؤالی نکرده بود. معلوم شد که بی‌خوابی در حدود یک سال قبل از تشخیص سرطان رخ داده. بیمار یک میل مقاومت‌ناپذیر به تکان دادن پاهای خود در زمان خواب داشت و این موضوع مانع از خواب او می‌شد. او علائم کلاسیک سندرم پاهای بیقرار (RLS) را داشت که در کتاب درسی نوشته شده است. اما پزشک او کتاب درسی را نخوانده بود. فقر آهن یک علت RLS است. RLS باین دلیل پیش آمده بود که بیمار به علت خونریزی تدریجی ناشی از سرطان روده، دچار کمبود آهن شده بود. بنابراین بی‌خوابی و خواب‌آلودگی، نشانه‌های سرطان بودند. زمانی که من این بیمار را دیدم هنوز کمبود آهن داشت. قرص آهن احتمالاً بی‌خوابی را کنترل می‌کند. خوشبختانه، سرطان پخش نشده بود. این مورد، اهمیت استفاده از کلمات درست و اطمینان از اینکه معنای کلمات بخوبی فهمیده شده‌اند را برای من روشن کرد.

در این فصل شما دیدید که چقدر مهم است که بدانید علائمی که روی خواب تأثیر می‌گذارند به توجه پزشکی نیاز دارند یا نه و چگونه این علائم را با پزشک در میان بگذارید. پرسشنامه‌ها و یادداشت‌های روزانه می‌توانند در تشخیص یک مشکل خواب بسیار کمک‌کننده باشند. معه‌ذا برای بسیاری از زنانی که مشکل خوابیدن دارند یک هم‌تختی می‌تواند علت مشکل باشد. در فصل بعدی خواهیم دید که چگونه وجود اختلالات در اعضای خانواده می‌توانند زندگی یک زن را عذاب‌آور کند.

فصل ۷

مشکلات خواب خانواده‌ام، من را بیدار نگه می‌دارند

خروپف‌کننده‌ای که مشکلی نداشت

بیماران تقریباً همیشه همراه کسی به درمانگاه خواب می‌آیند. کودکان با والدینشان، شوهران با همسرانشان و افراد سالمند با همسر یا یکی از فرزندان‌شان که غالباً دختر است، می‌آیند. گاهی اوقات چالشی که یک بیمار جدید ایجاد می‌کند این است که آیا بیمار در واقع کسی است که مشکل دارد یا دیگران هستند که مشکل دارند، چنانچه در مورد زیر مشاهده شده است. من درباره موارد مختلفی از این قبیل، صدها بار شنیده‌ام، اما هر بیماری یک مورد بی‌مانند است و چالش‌های خاص خود را دارد.

یک زن و شوهر به اطاق معاینه من آمدند. شوهر روی نزدیک‌ترین صندلی به میز من نشست، چون او خودش را بیمار تلقی می‌کرد. من یک سری سؤالات مفصل از شوهر پرسیدم و فقط یکی از آنها یک پاسخ مثبت داشت: او خروپف می‌کرد. اما به گفته همسرش هرگز در حین خواب نفسش قطع نشده بود، در طی روز خواب‌آلودگی غیرعادی نداشت، هرگز زمانی که نمی‌خواست خوابش نمی‌برد و در سینما یا تئاتر، مشکلی در بیدارماندن نداشت. با سؤالات زیاد دیگری که از او پرسیدم مشخص شد که او هیچ مشکل پزشکی دیگری هم ندارد. او سیگار نمی‌کشید. مصرف کافئین او معقول بود. او هر چند وقت یک بار الکل مصرف می‌کرد و بعد از مصرف آن خروپفش بدتر می‌شد. من یک نظر اجمالی به زن انداختم و دیدم که به زمین نگاه می‌کند. کیسه‌های زیرچشم او کاملاً قابل رؤیت بودند. من او را مخاطب قرار دادم و پرسیدم که خروپف همسرش چه تأثیری روی او گذاشته است. بعد از چند دقیقه مشخص شد که شوهر در واقع کسی نیست که مشکل دارد، بیمار واقعی همسر او بود. او به من گفت که به خاطر خروپف شوهرش به سختی می‌خوابیده و اظهار کرد که در طی روز حالش بسیار بد بوده است. معهداً به نظر نمی‌رسید که شوهر او این مطلب را فهمیده باشد، چون آنها درباره بد بودن خروپف، مدتی جرو بحث کردند. شوهر می‌گفت که خروپف نمی‌توانسته آن قدر بد باشد چون او را از خواب بیدار نکرده. من از شوهر پرسیدم که اگر زنش اصرار نکرده بود به درمانگاه خواب می‌آمد. او پاسخ منفی داد. در آن هنگام مشخص شد که

خروپف‌کننده‌ای که فکر می‌کرد مشکلی ندارد یک مشکل بزرگ داشت - همسرش و احتمالاً ازدواجش.

مشکلات خواب در خانه، خواب یک زن را مختل می‌کند

همان طور که مورد بالا نشان می‌دهد، مشکل خواب در یکی از اعضای خانواده می‌تواند خواب یک زن را مختل کند. نوعاً زن خانه کسی است که مسؤلیت نگهداری از فرزندان، همسر و والدین سالمند را هنگامی که به کمک نیاز دارند، به عهده می‌گیرد. به علاوه اغلب این زن است که وقتی فرزندان دچار مشکلات خواب هستند یا همسرش مشکلی مانند آپنه خواب دارد، لطمه می‌بیند. خواب یک زن اغلب حتی توسط یک حیوان خانگی نیز مختل شده است. همه این‌ها می‌توانند باعث شوند که یک زن محرومیت خواب زیادی را متحمل شود که زندگی را برای او بسیار سخت می‌کند. در این فصل نشان خواهیم داد که چگونه زنان می‌توانند محرومیت خواب خود و مشکلات خواب خانواده‌شان را شناسایی و اداره کنند.

اگرچه اختلالاتی که در این جا مورد بحث قرار گرفتند در جای دیگری از این کتاب گنجانده شده‌اند، این فصل آنها را از یک دیدگاه متفاوت مورد بررسی قرار می‌دهد. سه واقعیت کلی که درباره خواب کشف شده عبارتند از:

- ۱- چیزی آرامش‌بخش‌تر از تماشای عزیزی که راحت و آرام خوابیده، نیست.
- ۲- چیزی ناراحت‌کننده‌تر از مشاهده عزیزی که برای نفس‌کشیدن یا رسیدن به یک خواب راحت تقلا می‌کند، نیست.
- ۳- چیزی عذاب‌آورتر از یک عضو خانواده نیست که خواب شما را طوری مختل یا پریشان می‌کند که با وجودی که مخاطره‌آمیز نیست، اما شما را بیدار نگه می‌دارد.

خانواده‌ها در هزاره سوم

در طی سه دهه اخیر، تغییرات چشمگیری در خانواده‌های آمریکایی بوجود آمده است. یک افزایش قابل ملاحظه در تعداد طلاق‌ها، ازدواج در سنین بالاتر، کاهش نرخ تولد همراه با افزایش استفاده از وسایل کنترل تولد و بیشتر شدن تعداد زوج‌هایی که به صورت عرفی یا روابط همجنس‌گرایانه زندگی می‌کنند از جمله آنها هستند. نتیجه سرشماری که در ماه مارس ۲۰۰۰ به عمل آمد نشان داد که تعداد خانواده‌هایی که زوج‌های آنها ازدواج کرده‌اند از ۸۷ درصد خانواده‌ها در ۱۹۷۰ به ۶۹ درصد در سال ۲۰۰۰، کاهش یافته است. خانواده‌های تک مادر در حال حاضر ۲۶ درصد از کل خانواده‌ها را تشکیل می‌دهند، در حالی که خانواده‌های تک پدر فقط ۵ درصد را تشکیل می‌دهند. افراد بیشتری تنها زندگی می‌کنند. تعداد خانوارهایی که بیش از دو نفر در آن زندگی می‌کنند از ۵۴ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۴۰/۴ درصد در سال ۲۰۰۰، کاهش یافته است.

زمانی که ما درباره نقش‌های خانواده صحبت می‌کنیم، باید به خاطر داشته باشیم که خانواده تغییر کرده است و نقش‌هایی که به طور سنتی توسط یک والد عرضه می‌شده ممکن است به یک عضو خانواده دیگر مانند یک پدربزرگ یا مادربزرگ محول شده باشد. به خاطر طلاق و به خاطر این که بسیاری از زنان ترجیح می‌دهند بدون ازدواج، بچه داشته باشند، در حال حاضر تعداد زیادی خانواده‌های تک والد وجود دارند.

نقش

مشکلات هم‌تختی‌ها

هنگامی که افراد در یک تخت‌خواب یا محل مشترک می‌خوابند، وجود کسی با اختلال خواب می‌تواند خواب دیگران را شدیداً مختل کند. برای مثال در یک پادگان، زندان یا قرارگاه نظامی، خواب بسیاری از افراد ممکن است مختل شود. با وجود این اکثراً فقط یک هم‌تختی لطمه می‌بیند.

خروپف

خروپف صدایی است که در حین خواب و هنگامی که بافت‌ها مرتعش می‌شوند تا هوا بتواند

داخل یک راه تنفسی مسدود شده جریان پیدا کند، شنیده می‌شود. صدا ممکن است از یک زمزمه تقریباً آرام به صدایی که به طور حیرت‌انگیزی بلند است و در سرتاسر خانه شنیده می‌شود، تفاوت کند. مردم اکثراً خروپفشان را انکار می‌کنند چون هنگام انجام آن، صدای خودشان را نمی‌شنوند. اما برای هر کسی که در مجاورت آنها قرار دارد، صدا می‌تواند نوعی شکنجه باشد. در این بخش، فرض می‌کنیم خروپف‌کننده یک مرد است که هیچ مشکل دیگری از نظر سلامتی ندارد.

من اخیراً با یک افسر ارتش مصاحبه کردم که زنش او را ترک کرده بود تا نزد خانواده‌اش در تگزاس برگردد. یکی از دلایل اصلی که موجب شده بود زنش او را ترک کند این بود که او اصلاً نمی‌توانست خروپف مرد را تحمل کند و قادر نبوده به مقدار کافی بخوابد. افرادی که درست نمی‌خوابند خسته، عصبی و بدخلق می‌شوند. بعضی از زنان در این شرایط در واقع واکنش‌های بالینی نشان می‌دهند که با افسردگی مطابقت دارد. در بعضی موارد این عامل، حفظ یک زندگی زناشویی را دشوار می‌کند.

هنگامی که من خروپف کسی را که یک مشکل سلامتی جدی مانند آپنه خواب ندارد، درمان می‌کنم، چیزی که واقعاً درمان می‌کنم تأثیر صدا بر روی خانواده و سایر کسانی است که ممکن است در نتیجه خروپف معذب بشوند. بنابراین، هدف، سلامت خروپف‌کننده نیست بلکه سلامت کسی است که بیش از همه توسط خروپف معذب شده است. شنونده! سؤالی که در این جا پیش می‌آید این است که وقتی هدف درمان، برطرف کردن یک مشکل سلامتی در خروپف‌کننده نیست، چه قدر باید تهاجمی باشد. آیا خروپف‌کننده باید جراحی شود که مخاطرات خود را دارد و ممکن است با درد زیادی همراه باشد؟ صلاح هم خروپف‌کننده و هم کسی که توسط خروپف معذب شده، باید در نظر گرفته شوند.

معقول‌ترین رویکرد در این شرایط اینست که درمانی را شروع کنیم که با احتمال بیشتری به یک بهبود دائمی منجر می‌شود. من درباره کاهش وزن (اگر لازم باشد) و اجتناب از الکل که تجربه نشان داده خروپف را بسیار بدتر می‌کند، به کسانی که خروپف می‌کنند، مشاوره می‌دهم. بهترین کاری که

شما می‌توانید انجام بدهید این است که هم تختی خروپف کننده خود را تشویق کنید که قبل از خواب الکل مصرف نکند.

چه کارهای دیگری می‌توان انجام داد؟ در واقع فقط سه یا چهار امکان درمانی وجود دارند.

نفر اولی باشید که به تخت خواب می‌روید

بعضی زنان استدلال می‌کنند که اگر قبل از خروپف‌کننده خوابشان ببرد دیگر در طول شب از خروپف او بیدار نخواهند شد. این راه حل ارزش امتحان کردن را دارد، اما من شک دارم که به طور دائم مؤثر باشد. زمانی که مردم به مطب من می‌آیند چنین اقداماتی شکست خورده اند.

وضعیت خوابیدن هم تختی خود را تغییر دهید

نوعاً افراد زمانی بیش از همه خروپف می‌کنند که طاق‌باز خوابیده باشند. شما می‌توانید با فشار دادن آرام پهلو خروپف‌کننده یا آرنج زدن به دنده‌های او، تشویقش کنید که به پهلو بخوابد. شما می‌توانید انواع وسایل را امتحان کنید. خوابیدن با کوله‌پشتی با یک توپ تنیسی که در پشت پیژاما دوخته شده باشد تا خروپف‌کننده را رو به پهلو نگهدارد توصیه شده است. اما این رویکرد نامطمئن به نظر می‌رسد و ممکن است موجب پشت درد شود.

گوش‌گیر بگذارید

جالب توجه است که پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که همسران افرادی که خیلی بلند خروپف می‌کنند در واقع شنوایی ضعیفی دارند که این احتمال را مطرح می‌کند که خروپف بلند می‌تواند به سیستم شنوایی آسیب برساند. بنابراین گوش‌گیر جدا از فایده‌ای که برای خواب شما دارد، می‌تواند از آسیب شنوایی شما نیز جلوگیری کند. گوش‌گیرها ساده‌ترین راه حل هستند و برای بعضی زنان بسیار مؤثر واقع می‌شوند. انواع مختلفی از گوش‌گیرها در بازار موجودند. نوعی را پیدا کنید که کاملاً

اندازه گوشه‌ها باشد، راحت باشد و شب از گوشه‌ها نرفتند.

احتمالاً یکی دو شب طول می‌کشد که شما به آنها عادت کنید. گوشه‌ها در داروخانه‌ها، فروشگاه‌هایی که پوشاک صنعتی و ایمنی و ماشین‌آلات پرسروصدا مانند اره موتوری می‌فروشند، فروخته می‌شوند. گوشه‌هایی که برای استفاده صنعتی طراحی شده‌اند ممکن است ارزان تر و احتمالاً از بعضی گوشه‌هایی که در سایر انواع خرده‌فروشی‌ها موجودند، بهتر باشند.

تخت‌های جداگانه را امتحان کنید

خوابیدن در تخت خواب‌های جداگانه ممکن است خیلی گران یا غیرعملی به نظر برسد. معه‌ها امتحان کردن آن ارزش دارد چون بعضی خروپف‌کننده‌ها تکان‌زیادی نیز می‌خورند تا نفسشان را در حالت طبیعی نگهدارند. بنابراین، همیشه صدا نیست که موجب بیدار نگهداشتن هم‌تختی می‌شود، گاهی اوقات حرکات همراه با تنفس است.

بعضی زوج‌ها خصوصاً اگر چندین سال باهم روی یک تخت خوابیده باشند، ممکن است خوابیدن در یک تخت جداگانه را نوعی ضعف تلقی کنند. معه‌ها برای بسیاری از آنها، این تنها راهی است که می‌توانند با مشکل هم‌تختی خود مقابله کنند.

خوابیدن در یک اتاق جداگانه

بعضی زنانی که از خروپف شوهرشان مستأصل شده‌اند به آنها سیخونک می‌زنند، به این امید که آنها را وادارند دیگر خروپف نکنند. اکثر آنها نهایتاً می‌فهمند که این کار یک راه حل موقت است. بعضی از آنها صرفاً از تخت خواب خارج می‌شوند و یک محل آرام‌تر برای خوابیدن پیدا می‌کنند. عجیب آنکه، آنها گاهی این کار را به این علت انجام می‌دهند که می‌ترسند مبادا خواب‌آلودگی آنها شوهر عمیقاً در خواب و خروپف‌کننده‌شان را بیدار کند. خوابیدن روی کاناپه خیلی راحت نیست و در نهایت بسیاری از زنان یک اتاق دیگر را اشغال می‌کنند – اغلب دورترین اتاق به هم‌تختی. ضمناً،

نتیجه‌بخش بودن این کار تضمین نشده است. بعضی صدای خروپف‌ها، خصوصاً با یک زیر و بم بسیار پایین می‌تواند در سراسر یک محل مسکونی شنیده شود.

ملک همسایه را بخريد

اگرچه توصیه بالا شوخی بنظر می‌رسد، اما آن را مطرح می‌کنم چون زوجی داشتم (در واقع این زن بود که خروپف می‌کرد) که دقیقاً این کار را انجام دادند، چون خروپف در همه جای خانه شنیده می‌شد. آنها خانه‌ای که در همسایگی‌شان بود خریدند و زن در آنجا می‌خوابید. مسلماً این کار بهتر از تماس گرفتن با یک وکیل بود.

هنگامی که هر دو هم تختی خروپف می‌کنند

بر خلاف انتظار، یک مشکل واقعی زمانی رخ می‌دهد که زن و شوهر هر دو خروپف می‌کنند چون به نظر می‌رسد یک مسابقه ترتیب داده شده تا مشخص شود که چه کسی اول خوابش می‌برد. در این روابط خروپف کردن، زن و شوهر مرتباً همدیگر را بیدار می‌کنند و بعد از مدتی یکی از آنها معمولاً به اطاق دیگر پناه می‌برد تا در آرامش خروپف کند. یکی از آنها ممکن است حتی متوجه شود که خوابیدن روی یک صندلی راحت چندان بد نیست و آنها در یک وضعیت نیمه عمودی خیلی بهتر می‌خوابند. این‌ها فکر و خیال نیستند. زمانی که مردم در این وضعیت هستند کمتر خروپف می‌کنند و حتی بعضی کسانی که آپنه خواب دارند، هنگامی که برای استراحت به جای درازکشیدن می‌نشینند، خواب بسیار طبیعی‌تری دارند.

یک توصیه مهم برای زوج‌هایی که خروپف می‌کنند این است که برای نشنیدن صدای خروپف به مصرف چیزی عادت نکنند که باعث ناک اوت آنها شود. قرص‌های خواب و یا الکل ممکن است خروپف را به آپنه خواب تبدیل کنند. قرص‌های خواب و الکل عضلات گلو را شل می‌کنند که راه تنفس را باز نگه می‌دارد و تنفس را بدتر خواهد کرد.

بند آمدن نفس

با این که خروپف می‌تواند برای شنونده بسیار آزاردهنده باشد، احتمالاً چیزی ناراحت‌کننده‌تر از این فکر و تصور نیست که عزیزی که در کنار شما روی تخت خوابیده در حال کشیدن آخرین نفس و مردن است. بسیاری از مردم نمی‌توانند عادت کنند پهلوی کسی بخوابند که به طور مرتب نفسش قطع می‌شود. آنها همیشه گوش می‌دهند و منتظر می‌شوند که همسر آنها یک نفس طبیعی بکشد. این مشکل بسیار عادی به طور مفصل در فصل ۱۲ گنجانده شده است. خلاصه کلام این است که فردی که نفسش قطع می‌شود می‌تواند یک هم‌تختی را بیدار نگه دارد. راه حل این مشکل، استفاده از گوش‌گیر یا نقل مکان به یک اتاق دیگر نیست، بلکه اصرار بر این است که کسی که نفسش در خواب قطع می‌شود تحت ارزیابی دقیق پزشکی قرار بگیرد. اگر شما در این شرایط هستید و هم‌تختی‌تان تشخیص آپنه خواب دریافت کرده است و با یک وسیله فشار راه هوای مثبت مداوم (CPAP) درمان می‌شود، شما بدون شک صدای برفک یک ماشین CPAP را به صدای هم‌تختی خود ترجیح خواهید داد.

غلت زدن و چرخیدن

هم‌تختی شما غلت می‌زند، می‌چرخد، از تخت خواب خارج می‌شود، این طرف و آن طرف می‌رود، به تخت خواب برمی‌گردد و از نیم ساعت تا چندین ساعت طول می‌کشد که خوابش ببرد. در این فاصله، شما عصبانی و آزرده روی تخت دراز کشیده‌اید، چون خوابتان نمی‌برد. در نهایت او خوابش می‌برد اما مشکلات شما تمام نشده است. او هر بیست دقیقه یا نیم ساعت یک بار تکان می‌خورد. گاهی اوقات یک حرکت کوچک ملافه یا یک لگد واقعی مشاهده می‌شود. گاهی او ممکن است شدیداً عرق کند. این توصیفی از خوابیدن در کنار کسی است که یک اختلال حرکتی دارد (فصل ۱۱ را ببینید). اکثر بیمارانی که این اختلال را دارند، قابل درمان هستند اما اگر درمان مؤثر واقع نشود، زن و شوهر باید تخت خواب‌های خود را جدا کنند.

ساییدن دندان‌ها

توصیف صداهای دندان قروچه یا ساییدن دندان‌ها، بسیار دشوار است، مگر اینکه بگوییم که صدای آن مانند یک سنجاب است که در تخت خواب با شما است و یکی از آزاردهنده‌ترین صداهایی که تابحال شنیده‌اید از خود در می‌آورد. بار اولی که شما صدا را می‌شنوید، نمی‌توانید باور کنید که این صدا از یک آدم در می‌آید. شما می‌توانید همان فنونی که برای خروپف مورد استفاده قرار گرفته، امتحان کنید: استفاده از گوش‌گیر، جداکردن اطاق خواب‌ها و غیره. بهترین رویکرد این است که هم تختی خود را تشویق کنید که به دندانپزشک برود تا برای او یک محافظ دهانی نصب کند که آسیبی که ساییدن دندان‌ها ممکن است به دندان‌های او - و خواب شما وارد کند، به حداقل برسد. دندان قروچه ممکن است آن قدر شدید شود که دندان‌ها را دچار تحلیل‌رفتگی کند، به طوری که نتوانند خوب کار کنند و در نهایت مجبور شوید آنها را بکشید.

حرف‌زدن در خواب

بعضی افراد در حالی که خوابند به طور متناوب حرف‌های نامفهوم می‌زنند، ناله می‌کنند و یا انواع صداهای عجیب را از خود می‌آورند. این حالت یک مشکل جدی را نشان نمی‌دهد و در اکثر موارد هم تختی آنها به آن عادت کرده است.

خواندن سرود ملی

بله، کسی از تخت خواب بلند می‌شود، تا جایی که می‌تواند با صدای بلند سرود ملی را می‌خواند و بعد به تخت خواب برمی‌گردد و تا صبح روز بعد که به او می‌گویند چنین کاری کرده، مطلقاً چیزی از این رویداد یادش نمی‌آید. این نوعی حرف‌زدن در خواب است و نباید به آن اهمیت داد.

خواب‌گردی

هم تختی شما ممکن است بدون این که حتی شما متوجه بشوید، خواب‌گردی کند. بعضی خواب‌گردها از تخت بلند می‌شوند، این طرف و آن طرف می‌روند و حتی به آشپزخانه می‌روند (در آنجا ممکن است حتی غذا بخورند) و همه این کارها را در حالی انجام می‌دهند که خواب به نظر می‌رسند. آنها در نهایت به تخت خوابشان برمی‌گردند بدون این که چیزی از آنچه انجام داده‌اند، به خاطر بیاورند. سایر افراد ممکن است وقتی بیدار می‌شوند خودشان را در یک مکان غیر معمول در خانه، ببینند.

در اکثر مواقع، چیزی که مایه نگرانی باشد وجود ندارد چون فعالیت‌ها خطرناک نیستند. معه‌ذا شما می‌توانید یکی دو کار انجام دهید که باعث کم شدن خواب‌گردی هم‌تختی‌تان شود. خواب‌گردی غالباً بعد از مصرف الکل و هنگامی که مردم از خواب محروم شده‌اند، اتفاق می‌افتد. اطمینان حاصل کنید که هم‌تختی شما به مقدار کافی می‌خوابد و قبل از رفتن به تخت خواب الکل نمی‌نوشد. اگر هم‌تختی شما در حین خواب‌گردی کارهای خطرناک انجام می‌دهد، وقت آن رسیده که از پزشک کمک بگیرید.

وحشت‌های شبانه

هم‌تختی آرام خوابیده شما ناگهان یک فریاد وحشتناک می‌کشد و صاف روی تخت می‌نشیند، درحالی که عرق می‌ریزد و چشم‌هایش کاملاً باز و نگاهش مات است. این رفتار که وحشت‌های شبانه نیز نامیده شده می‌تواند هرکسی را که در صدارس است شدیداً بترساند. صبح روز بعد هم‌تختی شما هیچ چیزی از آنچه اتفاق افتاده، یادش نمی‌آید. این داستان مختص کسی است که وحشت شبانه دارد. می‌خواهید باور کنید یا نکنید، این اختلال خطرناک نیست. آن نوعی خواب‌گردی است و به روش آن درمان می‌شود.

کابوسی

هم تختی شما با تعریق، طپش قلب، تنگی نفس از خواب بیدار می‌شود، چون از یک خواب وحشتناک ترسیده است. اگر این رخداد به ندرت، یک بار یا کمتر در ماه اتفاق بیفتد، مشکلی نیست که ارزش درمان داشته باشد. اگر کابوس‌ها مداوم و شامل یک رویای تکراری و خشونت‌بار باشند، شما باید هم تختی خود را ترغیب کنید که توسط یک پزشک ارزیابی شود. فرد ممکن است دچار اختلال استرس پس از سانحه باشد (فصل ۱۶). گاهی اوقات مردم ممکن است حملات هراس داشته باشند که آنها را بیدار می‌کند (فصل ۱۶). زنانی که موقع خواب زیاد عرق می‌کنند ممکن است وارد دوران یائسگی می‌شوند (فصل ۱۵)، یک غده تیروئید پرکار دارند (فصل ۱۵) یا دچار یک بیماری جسمی مزمن هستند. این علائم باید توسط پزشک بررسی شوند.

کتک‌زدن در حال خواب

بیمارانی که دچار اختلال رفتاری خواب REM هستند (در فصل ۱۴ مفصل‌تر توضیح داده شده است) به رویاهای خود واکنش فیزیکی نشان می‌دهند. اگر آنها خواب ببینند که مورد حمله قرار گرفته‌اند، ممکن است واقعاً به هم‌تختی خود حمله کنند. آنها ممکن است به دیوارها مشت بزنند، اشیاء را پرت کنند یا از تخت بیرون بروند و ممکن است خیلی راحت به خودشان و دیگران آسیب برسانند. این یک اختلال شدید است و باید توسط پزشک درمان شود.

مشکلات خواب در کودکان

چون زنان معمولاً مراقبین اصلی در خانه هستند، مشکلات خواب کودکانشان می‌تواند به بی‌خوابی آنها منجر شود. چنین مشکلاتی در کودکان همه سنین اتفاق می‌افتد و انواع اختلالاتی که ممکن است رخ دهد، بر حسب سن تفاوت می‌کند.

تولد تا دوازده ماهگی

هنگامی که یک نوزاد تازه بدنیا آمده از بیمارستان به خانه آورده می‌شود بديهي است که همه افراد خانه دچار کمبود خواب می‌شوند. تا زمانی که نوزاد تمام شب را نخوابد و نیازی به شیر خوردن در شب نداشته باشد، انتظار می‌رود که والدین خصوصاً کسی که کار غذا دادن در شب را انجام می‌دهد دچار محرومیت خواب شود. این طبیعی است.

همان طور که در فصل ۲ ذکر شد، مشکلات خواب در کودکان معمولاً منجر به آشفتگی خواب در والدین می‌شود. معهدا، بنظر دکتر جودی مندل^۱ از بیمارستان کودکان فیلادلفیا و نویسنده کتاب *سراسر شب خوابیدن: چگونه اطفال، نوپاها و والدین آنها می‌توانند یک شب خوب بخوابند*^۲، والدین می‌توانند از خیلی زود یعنی از سه ماهگی به نوزادشان کمک کنند که عادات خواب مثبت را کسب نمایند. این عادات به یک طفل کمک خواهد کرد که به طور طبیعی به مدت طولانی‌تری در شب، بخوابد. سه نکته کلیدی که باید رعایت شود، عبارتند از:

- یک برنامه خواب منظم که هر روز همان باشد، تنظیم کنید.
- یک زمان خواب ثابت برقرار کنید.
- کودک را خواب‌آلوده اما بیدار در تخت بگذارید.

نوزادی که می‌تواند خودش را طوری آرام کند که در وقت خواب، بخوابد، همین طور قادر خواهد بود هنگامی که شب‌ها طبیعتاً بیدار می‌شود، دوباره خوابش ببرد. معهدا مشکلاتی در اولین سال ظهور می‌کند که می‌تواند روی کل خانواده تأثیر بگذارد.

کولیک^۳

در حدود دو هفتگی، تقریباً ۱۰ درصد از نوزادان تازه بدنیا آمده گریه‌های غیرقابل توجیه دارند که ممکن است هر روز رخ بدهد. این گریه‌ها ممکن است ساعت‌ها طول بکشد و در هر زمانی رخ بدهد

^۱ - Jodi Mindell

^۲ - *Sleeping Through the Night: How Infants, Toddlers and Their Parents Can Get a Good Night's Sleep*

^۳ - Colic

که موجب پریشانی زیاد برای والدین یا مراقبت‌کننده می‌شود. پزشکان اطفال غالباً «قانون ۳» را برای قضاوت درباره این‌که آیا یک نوزاد کولیکی است یا خیر مورد استفاده قرار می‌دهند. یعنی، گریه کردن به مدت سه ساعت یا بیشتر در روز، سه روز یا بیشتر در هفته، سه هفته یا بیشتر، طول بکشد. کولیک اغلب در سن یک یا دو هفتگی شروع و در سه یا چهار ماهگی پایان می‌پذیرد. بین دوره‌های گریه کردن، نوزاد کاملاً سرحال به نظر می‌رسد. صدای گریه کردن طفل و آشفتگی که می‌تواند برای مادر ایجاد کند، ممکن است مانع از خواب بسیار مورد نیاز مادر شود.

علم پزشکی علت کولیک را پیدا نکرده است اما بعضی واقعیت‌های مهم شناخته شده‌اند. کولیک در اثر نفخ یا دردشکمی ایجاد نمی‌شود و مسلماً نتیجه روش نادرست والدین هم نیست. اگر نوزاد زیاد نفخ می‌کند یا اسهال شدید دارد، ممکن است به شیرگاو حساسیت داشته باشد. به طور کلی دوره‌های کولیک بعد از یک ماه یا همین حدودها رو به کاهش می‌رود و زمانی که نوزاد به چهارماهگی می‌رسد، معمولاً برطرف شده است. معهداً، این چند ماه می‌تواند برای والد شکنجه‌آور باشد. اگرچه اکثر والدین از همان اوایل، در آغوش گرفتن و تکان دادن نوزاد را امتحان می‌کنند، طولی نمی‌کشد که تلاش برای طبیعی کردن عادات خواب نوزاد برای والدین اهمیت پیدا می‌کند، در غیر این صورت نوزاد ممکن است قادر نباشد خودش بخوابد. برقراری یک الگوی خواب سالم لازمه یک خواب خوب است. والدین باید مطمئن شوند که نوزادشان هر صبح تقریباً در یک ساعت معین از خواب بیدار می‌شود و هر شب تقریباً در یک ساعت معین به تخت‌خواب می‌رود. به نظر می‌رسد بعضی از کودکانی که کولیک دارند حتی بعد از برطرف شدن کولیک هم مشکل خواب دارند. این امر ممکن است به علت برقرار نکردن یک برنامه خواب کافی و منظم باشد. اگرچه کولیک، می‌تواند خبر بدی باشد اما خبر خوب این است که هر کودکی دچار آن نمی‌شود- و حتماً برطرف می‌شود.

سندرم مرگ ناگهانی نوزاد^۱

مراقبین باید درباره این مشکل مهم و اقداماتی که می‌توان برای کاهش مخاطره آن انجام داد، بدانند. سندرم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS)، مرگ ناگهانی نوزادی است که کاملاً سالم به نظر می‌رسیده. این سندرم یکی از هر هزار طفل را دچار می‌کند و اثرات ویرانگری بر خانواده دارد. SIDS در نوزادانی که نارس بدنیا آمده‌اند و آنهایی که در زمان تولد بسیار کوچک هستند، شایع‌تر است. بین دو و چهار ماهگی، احتمال خطر SIDS در بالاترین حد ممکن قرار دارد. تقریباً ۹۰ درصد از نوزادانی که دچار SIDS می‌شوند قبل از رسیدن به شش ماهگی می‌میرند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در ایالت متحده میزان SIDS در نوزادان سیاه پوست آمریکایی دوبرابر بقیه جمعیت است. دلایل این تفاوت مشخص نیستند، اگر چه بسیاری از مقالات علمی گزارش داده‌اند که علت آن ممکن است محیط‌های خواب ناامن، تخت مشترک یا سایر عوامل اجتماعی اقتصادی باشد. گزارش‌ها نشان داده‌اند که طاقباز خوابیدن، استفاده از پستانک و شیرخوردن از پستان، موجب کاهش SIDS می‌شود.

علل SIDS. - اگر چه مکانیسم‌های دقیقی که به SIDS منجر می‌شوند تا بحال شناخته نشده‌اند، مرگ‌های SIDS معمولاً هنگامی اتفاق می‌افتد که نوزاد در خواب است. یک نظریه که می‌تواند بعضی موارد SIDS را توجیه کند این است که سیستم اعصاب نوزادان به قدر کافی رشد نکرده، بنابراین هنگامی که نفسشان بند می‌آید یا هنگامی که مقدار اکسیژن خون آنها پایین می‌آید، قادر نیستند واکنش نشان بدهند.

یک موفقیت بزرگ در طی چند سال گذشته اتفاق افتاده که بر اساس پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند نوزادانی که روی صورتشان می‌خوابند احتمال بیشتری دارد که از SIDS تلف شوند. برآورد شده که یک سوم از موارد SIDS ناشی از خوابیدن روی شکم است. سیگار کشیدن مادر در دوران قبل یا بعد از تولد نوزاد با افزایش خطر SIDS ربط داده شده است. نوزادانی که از پستان مادر شیر می‌خورند احتمال کمتری دارد که از SIDS تلف شوند. توصیه‌های زیر براساس مطالعات پژوهشی

^۱ - Sudden infant death syndrome

است :

- ۱- نوزاد باید به پشت خوابانده شود. اگر نوزاد مشکلات تنفسی دارد یا هنگام شیر خوردن، شیر را به شدت تف می‌کند، در این باره باید با پزشک مشورت شود.
 - ۲- نوزاد نباید قبل یا بعد از تولد در معرض سیگار قرار بگیرد. سیگار کشیدن مادر حامله و در معرض دود قرار گرفتن بعد از تولد، با افزایش خطر SIDS ربط داده شده است.
 - ۳- جای خواب نوزاد باید سفت باشد.
 - ۴- برای کاهش احتمال مسدود شدن راه تنفس، والدین یا مراقبین باید اشیاء اضافی را از تخت نوزاد بردارند. یعنی، کوسن، اسباب‌بازی‌های پشمالو، متکا و حیوانات عروسکی پر شده باید در زمان خواب کودک از تخت او برداشته شوند.
 - ۵- بعضی مطالعات نشان می‌دهند که تخت‌های مشترک ممکن است احتمال خطر را افزایش دهند.
 - ۶- والدین یا مراقب باید اطمینان حاصل کنند که بدن نوزاد بیش از اندازه گرم نباشد. این وضعیت زمانی پیش می‌آید که اطاق بسیار گرم است، لباس‌های زیاد به کودک پوشانده شده یا روانداها بسیار سنگین هستند، به خصوص اگر کودک دچار تب و یا بیماری مانند سرماخوردگی یا سایر عفونت‌ها باشد.
- از زمانی که فعالیت‌هایی برای طاقباز خواباندن کودک شروع شده است، یک کاهش ۴۰ درصدی در تعداد مرگ‌های ناشی از SIDS پدید آمده است. گزارش شده که طاقباز خواباندن نوزاد علاوه بر کاهش SIDS، تب، گرفتگی بینی و عفونت‌های گوش را نیز کاهش می‌دهد. معه‌ها هنوز چیزهای دیگری باید درباره این سندرم مرموز و ویران‌گر شناخته شود.

یک تا سه سالگی

اکثر کودکان این سنین، مشکل خواب ندارند. کودکان معمولاً یک الگوی خواب-بیداری منظم

برقرار کرده‌اند و تقریباً همیشه تمام شب را می‌خوابند. بدیهی است همیشه استثنائاتی در این قاعده کلی وجود دارد و بعضی از آنها در این بخش عنوان شده‌اند.

زمانی که کودک نمی‌تواند بدون یک والد بخوابد

اگر کودکی یاد گرفته باشد که با بغل‌گرفته شدن یا تکان‌دادن بخوابد، آن وقت خوابیدن بدون این‌ها برایش فوق‌العاده مشکل خواهد بود. بعضی کودکان درون تخت والدین خود می‌خزند یا اصرار می‌کنند که در اطاق والدین شان بخوابند. اگر والدین نتوانند از همان ابتدا با این مشکل برخورد کنند، آن وقت باید منتظر عواقب دراز مدت آن باشند. من زوجی را به خاطر می‌آورم که چندین سال پیش به مطب من آمدند و از من خواستند راهکارهایی را به آنها نشان بدهم که توسط آنها پسر سیزده ساله‌شان را از تخت خوابشان بیرون کنند.

دکتر ریچارد فربر^۱ از دانشگاه هاروارد کتابی با عنوان «چگونه مشکل خواب فرزندتان را حل کنید» نوشته که به والدین کمک می‌کند تنهایی خوابیدن را به کودکانشان یاد بدهند. این رویکرد برای بسیاری از خانواده‌ها مؤثر واقع می‌شود و من این کتاب را بسیار زیاد توصیه می‌کنم. اصول مهم آن به شرح زیر هستند:

۱- یک برنامه شبانه ثابت قبل از وقت خواب کودک برقرار کنید که برای او آرامش‌بخش باشد.

این برنامه می‌تواند شامل حمام گرفتن، تکان‌دادن، آوازخواندن یا قصه‌گویی باشد.

۲- زمانی که کودک بیدار است و شروع به نشان دادن علائم خواب‌آلودگی می‌کند باید در

تخت خواب و اطاق خودش (در صورت امکان) گذاشته شود. بخش مهم روش این است که

کودک یاد بگیرد خودش تنهایی بخوابد.

۳- به محض این که کودک در تخت گذاشته شد، والد یا مراقبت‌کننده باید اطاق را ترک کنند.

این سخت‌ترین بخش کار است. اگر کودک گریه کند، والد یا مراقبت‌کننده باید قبل از رفتن

^۱ - Richard Ferber

به داخل اطاق کمی صبر کند. اگر مراقبت‌کننده می‌خواهد وارد اطاق شود، سرکشی او باید کوتاه باشد و کودک نباید بغل گرفته شود، غذا داده شود، برایش آواز بخوانند یا تکانش بدهند. مدت زمان قبل از رفتن به داخل اطاق کودک در شب‌های بعد باید طولانی‌تر و طولانی‌تر شود. این طوری، کودک یاد می‌گیرد که گریه کردن فقط یک سرکشی کوتاه از طرف والدین را به دنبال خواهد داشت که به معنای آن است که او باید یاد بگیرد خودش تنهایی بخوابد. با تبعیت مداوم از این روند، معمولاً یک یا گاهی اوقات دو هفته طول می‌کشد که کودک به این وضعیت عادت کند، هر چند که این زمان می‌تواند برای خانواده بسیار دشوار باشد.

بیرون کردن کودک نسبتاً بزرگتری که در تخت والدین می‌خوابد ممکن است دشوارتر باشد. کودک ممکن است ادعا کند که از تنها خوابیدن می‌ترسد. آیا «ترسیدن» یک بهانه است یا کودک واقعاً ترسیده است؟ فنی که گاهی اوقات برای کودکی که از بهانه ترسیدن استفاده می‌کند، مؤثر واقع می‌شود این است که به او اجازه داده شود روی زمین کنار تخت والدین بخوابد. بعد از مدتی کودک متوجه خواهد شد که خوابیدن روی زمین بسیار ناراحت‌تر از خوابیدن روی تخت خواب خودش است. اگر کودک واقعاً ترسیده باشد، این اقدام ممکن است مؤثر واقع نشود و والدین باید به او دلگرمی دهند. اگر هیچ کدام از این روش‌ها نتیجه‌بخش نباشند، والدین باید از پزشک کمک بگیرند. اولین قدم، بررسی آن با کمک یک متخصص اطفال است.

کودکان همه سنین

بعضی از مشکلاتی که ممکن است در یک هم تختی بزرگسال بروز کند و در بخش‌های قبلی این فصل ذکر شدند می‌توانند در کودکان نیز دیده شوند. این مشکلات شامل حرف‌زدن در خواب و وحشت‌های شبانه می‌شوند. خروپف در کودکان معمولاً توسط چاقی ایجاد نشده است و اگر وجود داشته باشد، علت آن باید توسط یک پزشک مشخص شود. اکثر اوقات خروپف یا آپنه خواب در

کودکان به علت بزرگ شدن لوزه‌ها و تورم لوزه سوم است.

چرا کودک خروپف می‌کند؟

کودکی که با صدای بلند خروپف می‌کند و در حین خواب نفشش قطع می‌شود ممکن است آپنه خواب انسدادی داشته باشد. اگر کودک لوزه‌های بزرگ دارد یا چاق است، لازم است این مشکلات رفع شوند.

من بسیاری از بزرگسالان خروپف کننده را دیده‌ام که آپنه خواب آنها به علت یک آرواره غیرطبیعی ایجاد شده بود و اغلب معلوم می‌شد که فرزندان آنها نیز خروپف می‌کنند و آرواره‌های کوچک دارند. اگر والدی که یک آرواره کوچک دارد آپنه خواب داشته باشد، فرزند خروپف کننده او باید توسط یک دندانپزشک یا یک ارتودونتیست^۱ ارزیابی شود چون الگوی تنفسی انسدادی می‌تواند ناشی از یک ساختار آرواره غیرعادی هم باشد. اگر کودکی یک آرواره بسیار کوچک داشته باشد، متخصص ارتودونسی می‌تواند ساختار آرواره را اصلاح کند و با این کار احتمال آپنه خواب شدید در سال‌های بعدی را کاهش دهد. اولین معاینه تشخیصی توسط یک متخصص ارتودونسی غالباً مجانی است.

والدین سالمند

خواب افراد سالمند می‌تواند کاملاً طبیعی باشد. همان طور که در فصل ۲ دیدیم، خواب افراد سالمند با پیدایش بیماری‌های جسمی یا در نتیجه مصرف داروها، غیرعادی می‌شود. زنان غالباً به خاطر مراقبت از یک عضو خانواده بیمار، دچار کمبود خواب می‌شوند. این مورد می‌تواند شامل مراقبت از کسانی باشد که یک سکته مغزی داشته‌اند، زیر دستگاه‌های اکسیژن قرار دارند، بی‌اختیاری دارند یا نیاز دارند که کسی شب‌ها به آنها دارو بدهد. همه این شرایط می‌توانند اثر ناخوشایندی بر خواب یک زن بگذارند.

^۱ - Orthodontist

بیماری آلزهایمر

آلزهایمر یک مشکل پزشکی است که افراد زیادی از آن می ترسند. چون زن معمولاً نقش مراقبت کننده را در خانواده اش بازی می کند، کسی است که غالب اوقات مسؤلیت مراقبت از یک عضو خانواده دچار بیماری آلزهایمر را نیز به عهده می گیرد. هشتاد و چهار درصد از مراقبین بیماران دچار آلزهایمر زنان هستند و این مراقبین به طور متوسط شصت و پنج سال دارند. همچنین زنان با احتمال بیشتری از مردان دچار این بیماری می شوند. دانشمندان آن را یک اختلال نورودژنراتیو^۱ می نامند که به معنای زوال سیستم اعصاب است. این زوال در بیماران آلزهایمری در اکثر مواقع به علت تجمع یک ماده شیمیایی به نام آمیلوئید^۲ در مغز ایجاد شده است که ظاهراً سلولهای مغزی سالم را از بین می برد. بیماری ممکن است به سرعت پیشرفت کند یا ممکن است در طی چندین سال، یک نقصان تدریجی اما پیشرونده در عملکرد مغز (منجمله توانایی خوابیدن) ایجاد شود.

آمارهای مربوط به آلزهایمر مبهوت کننده هستند. در ایالت متحده، دو تا چهار میلیون نفر با آلزهایمر سر می کنند. برآورد شده که بین یک در ده و یک در بیست نفر از تمام افراد بالای هفتاد سال و شاید نیمی از افراد مسن تر از هشتاد و پنج سال، آلزهایمر دارند. چون زنان بیشتر از مردان عمر می کنند خیلی بیشتر از مردان دچار آلزهایمر هستند. همین طور گزارش شده که در یک گروه سنی مشخص، احتمال این که یک زن دچار آلزهایمر باشد بیشتر از یک مرد است. برای مثال تحقیقی که در دانمارک انجام گرفته برآورد کرده که از هر ۱۰۰ زن سن نود سال یا بیشتر هشتاد نفر آنها آلزهایمر داشته اند. در مقابل، از هر ۱۰۰ مرد نودسال یا بیشتر، بیست و چهار نفر آلزهایمر داشتند. علاوه بر علائم اصلی بیماری، ۴۲ درصد از بیماران دچار آلزهایمر افسرده هستند.

بیش از ۷۰ درصد از کسانی که دچار آلزهایمر هستند در خانه زندگی می کنند و فشار عاطفی و مادی فوق العاده ای به خانواده هایشان وارد می نمایند و شب های زیادی موجب بی خوابی مراقبت کننده خود می شوند (که خیلی اوقات دختر بیمار است). بیماران بعد از تشخیص این بیماری به طور

^۱ - neurodegenerative

^۲ - Amyloid

متوسط در حدود هشت سال دیگر نیز عمر می‌کنند. به نظر بعضی پژوهشگران مهمترین علتی که بیماران دچار آلزهایمر به خانه‌های سالمندان سپرده می‌شوند این است که شب‌ها این‌طرف و آن‌طرف پرسه می‌زنند و نمی‌خوابند. مراقبت‌کننده آنها نمی‌تواند از عهده این فعالیت‌های شبانه علاوه بر محرومیت خواب خود، بربیاید.

حل و فصل اختلالات خواب در افراد دچار آلزهایمر

مرور مفصل همه موضوعات مربوط به خواب در افراد دچار آلزهایمر از حیطه این کتاب خارج است. منابع متعددی در پایان کتاب معرفی شده است. افرادی با آلزهایمر شدید ممکن است ساعات متمادی از شب را بیدار باشند و بسیاری از آنها ممکن است جای روز و شب‌شان را عوض کنند، تمام روز را بطور منقطع بخوابند و همه شب را بیدار بمانند. بعلاوه بعضی از بیماران دچار آلزهایمر ممکن است «سندرم غروب» را تجربه کنند.

سندرم غروب در تقریباً یک نفر از هر پنج نفر بیمار ساکن مراکز سالمندان، رخ می‌دهد و اکثریت این افراد زن هستند. سندرم غروب معمولاً عصرها یا اول شب رخ می‌دهد. فرد ممکن است بی‌قرار شود و توهم یا دوره‌های اضطراب داشته باشد. تصور شده که این علامت ممکن است ناشی از به هم خوردن ساعت شبانه‌روزی یا به علت کیفیت بد خواب باشد.

متأسفانه هنوز هیچ درمانی برای بیماری آلزهایمر پیدا نشده است، اما داروهای جدیدی موجودند که به نظر می‌رسد پیشرفت آنرا کند می‌کنند و می‌توانند منجر به مقداری بهبودی در عملکرد مغز شوند. معهدا، این داروها می‌توانند تهوع، استفراغ، اسهال و بی‌خوابی ایجاد کنند و اثر آنها روی الگوهای خواب بیماران آلزهایمر به طور وسیعی بررسی نشده است. گاهی اوقات ممکن است به بیماران داروهای دیگر مانند ضد افسردگی‌ها نیز داده شود که آن هم می‌تواند بی‌خوابی ایجاد کند. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که قرارگرفتن در معرض نور روز می‌تواند در بهبود خواب شبانه کمک‌کننده باشد. نظریه این است که این کار می‌تواند موجب تنظیم دوباره ساعت شبانه‌روزی فرد شود. بعضی متخصصین استفاده از ملاتونین را توصیه کرده‌اند. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که

دوز ۶ تا ۹ میلی‌گرم ملاتونین می‌تواند در بهبود خواب و درمان سندرم غروب بیماران دچار آلزهایمر مؤثر باشد. علیرغم پژوهش‌های گسترده، هنوز سؤالات زیاد دیگری درباره بیماری آلزهایمر، اثر آن روی خواب و مؤثرترین درمان‌ها باقی مانده است.

مراقبت‌کننده در بیماری آلزهایمر

مراقبت از یک بیمار آلزهایمری در خانه بسیار فشارآور است و می‌تواند اثر عمیقی بر خواب مراقبت‌کننده بگذارد. مراقبت‌کننده اغلب باید مراقبت پزشکی (داروها، ویزیت‌های پزشکی) و مراقبت شخصی (بهداشت، لباس شویی، غذا دادن، غیره) را هماهنگ کند. مراقبت‌کننده باید مطمئن شود که به قدر کافی می‌خوابد و اگر محرومیت خواب دارد باید دنبال کمک برود و ببیند چه امکاناتی موجود هستند.

بازگشت به خروپف‌کننده‌ای که هیچ مشکلی نداشت

برای هر سه نفر ما مشخص شد که بیمار خروپف‌کننده مشکل پزشکی ندارد بلکه زنش یک مشکل بزرگ دارد. برای بهبود خواب او و نجات زندگی زناشویی آنها باید اقدامی صورت می‌گرفت. ما راه‌های مختلف را مورد بحث قرار دادیم و توافق کردیم که شوهر یک وسیله دندان‌بگذار که مانع از خروپف او شود. او هر شب وسیله را در دهانش می‌گذارد و حالا زنش می‌تواند تمام شب را بخوابد.

در این فصل شما دیدید که چگونه مشکلات خواب اعضای خانواده می‌تواند روی خواب یک زن اثر منفی بگذارد و او باید در اینباره چه چاره‌ای بیندیشد. نوجوانی که باید از تخت خواب بیرون کشیده شود تا به مدرسه برود نیز می‌تواند خانواده را به هم بریزد. در فصل بعدی شما خواهید دید که بعضی مشکلات خواب اصلاً بیماری محسوب نمی‌شوند.

فصل ٨

ساعت بدن من متفاوت است

مورد یک جغد شب^۱ یا شب زنده دار

خانمی که روبروی من نشسته بود تقریباً بیست و پنج سال داشت اما کاملاً رنجور به نظر می‌رسید. او آشکارا بسیار خسته بود. کیسه‌های زیر چشم‌های او کبود و چشمانش سرخ بودند و به سختی می‌توانست روی موضوع گفتگو تمرکز کند. من گاهی مجبور می‌شدم یک سؤال را چندین بار تکرار کنم. او به من گفت که هر شب ۳ تا ۴ ساعت طول می‌کشد که خوابش ببرد و نمی‌توانسته در ساعت هشت صبح روز بعد برای رفتن به سرکار از جایش بلند شود. حتی صدای چندین ساعت زنگ دار هم به او کمکی نکرده بود. او هم چنان خواب می‌ماند. او از مادرش خواسته بود به او تلفن کند اما نمی‌توانست به تلفن هم متکی باشد. گاهی زنگ تلفن هم نمی‌توانست او را بیدار کند. نتیجه همه این اتفاقات این شد که عملکرد او در محل کار دیگر راضی‌کننده نبود و او احساس می‌کرد که در خطر از دست دادن شغلش است.

اولین باری که او از چنین علائمی آگاهی پیدا کرد یک نوجوان بود. او تا پاسی از نیمه شب بیدار می‌ماند و صبح روز بعد دیر از خواب بیدار می‌شد. بسیاری از روزها مادرش او را از تخت خواب بیرون می‌کشید تا به مدرسه برساند. بعد، وقتی به آن جا می‌رسید نمی‌توانست سرکلاس‌های صبح بیدار بماند. در نتیجه، مشکلات زیادی در مدرسه داشت و به زحمت توانست از مدرسه فارغ‌التحصیل شود، چون بسیاری از کلاس‌ها را از دست می‌داد و نمرات پایینی داشت. او تصمیم گرفته بود به دانشگاه برود، اما باید کلاس‌های بعدازظهر را برمی‌داشت تا بتواند با خواب آلودگی‌اش مبارزه کند. او سرانجام به درمانگاه خواب آمد چون برنامه کاری اش او را به کلی خسته کرده بود و او به دنبال راه حلی برای مشکل خود می‌گشت. آیا هیچ قرصی وجود داشت که او بتواند برای مشکلیش مصرف کند؟ سؤال من از او این بود که آیا او هیچ وقت احساس کرده که کاملاً بیدار و هشیار است. او جواب داد: «بله، آخر هفته‌ها و من نمی‌توانم علت آنرا بفهمم.» این جواب همان سرنخی بود که من به آن نیاز داشتم.

¹ - Night Owl

اختلالات ساعت بدن

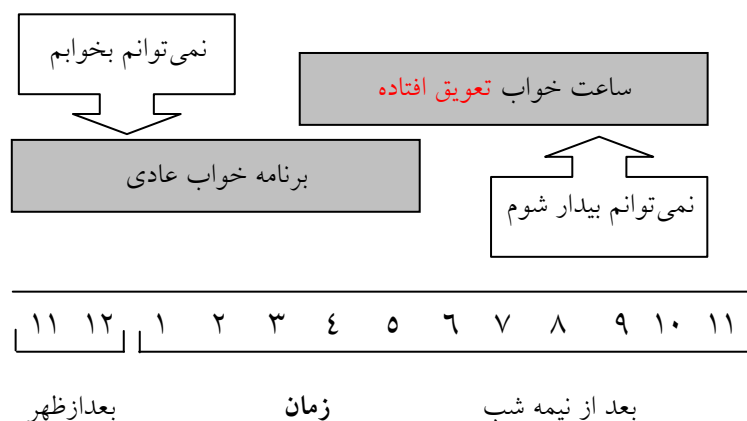
در فصل ۱، مکانیسمی را توصیف کردم که در مغزهای ما قرار دارد و پژوهشگران خواب آنرا «ساعت شبانه‌روزی» می‌نامند. یکی از چندین عملکرد این ساعت این است که زمانی از روز را که خواب‌آلود هستیم و زمانی را که هشیاریم، کنترل کند. در برخی افراد، ساعت بدنی عقب می‌افتد و در نتیجه آنها تا اواخر شب هم خواب‌آلوده نمی‌شوند. در برخی دیگر، ساعت بدنی جلو می‌افتد و آنها در ساعات اولیه شب احساس خواب‌آلودگی می‌کنند. افراد دیگری نیز هستند که ساعت بدنی‌شان نامنظم کار می‌کند. این تفاوت‌های ریتم شبانه‌روزی در جمعیت عمومی یک بیماری محسوب نمی‌شود. در واقع این افراد کاملاً سالم هستند. مشکلات زمانی ظهور می‌کنند که ریتم شبانه‌روزی آنها براساس برنامه‌ای تنظیم می‌شود که ممکن است با انتظارات جامعه و شیوه‌های زندگی آنها جور نباشد.

سندرم مرحله خواب تعویق افتاده^۱: جغد شب

در افرادی با این سندرم یعنی جغدهای شب یا شب زنده‌دارها، به نظر می‌رسد که ساعت بدنی آنها سه یا چهار ساعت یا بیشتر، عقب است. درست مانند آن که یک نفر در بوستون زندگی کند اما ساعت شبانه‌روزی درونی او طوری عمل کند که انگار در سیاتل است. این افراد تا ساعت ۱ تا ۳ بامداد یا حتی گاهی دیرتر احساس خواب‌آلودگی نمی‌کنند. در طول هفته، اگر آنها باید برای رفتن به سر کار یا مدرسه در یک ساعت متعارف از خواب بیدار شوند، مشکلات زیادی در بلند شدن از تخت خواب خواهند داشت. آنها در طول روز بقدری خواب‌آلود هستند که ممکن است عملاً در کلاس یا محل کار چرت بزنند. معهداً در تعطیلات آخر هفته، این افراد معمولاً می‌توانند تا ظهر یا حتی دیرتر بخوابند و سرحال و هشیار از خواب بلند شوند. شب‌زنده‌دار از مشکل به خواب رفتن و سخت از خواب بیدار شدن، شکایت دارند (شکل ۸-۱ را نگاه کنید).

^۱ - Delayed Sleep-Phase Syndrome

شکل ۸-۱ ساعت تعویق افتاده شب زنده دار



معمولاً این پدر یا مادر یک دانش آموز مبتلا به مرحله خواب تعویق افتاده است که او را از تخت خواب بیرون می کشد تا به مدرسه بفرستد. چون یکی از والدین ممکن است از اوضاع فرزندش بیشتر آگاه باشد، اولین کسی هم خواهد بود که اصرار می کند شب زنده دار به پزشک مراجعه کند. افرادی که ریتم شبانه روزی تعویق افتاده دارند با شکایت از بی خوابی مرتباً به پزشک مراجعه می کنند چون در یک زمان معمولی خوابشان نمی برد. به زبان ساده، ساعت درونی آنها تا زمانی که وقتش نرسیده به آنها اجازه خوابیدن نمی دهد و این خصوصیت درست مانند رنگ مو و رنگ چشم آنها یک خصوصیت جسمی محسوب می شود. آنها طبیعت شان این طوری است. این وضعیت عادی یا غیرعادی نیست، فقط با اکثر مردم تفاوت می کند. با وجودی که آنها ممکن است آسوده خاطر شوند که بیماری ندارند، متأسفانه شیوه ای که ساعت بدن آنها زمان را اعلام می کند می تواند یک مشکل بزرگ در زندگی روزانه آنها تولید کند.

مقابله با ساعت تعویق افتاده

کنار آمدن با کودکان یا اعضای خانواده ای که بی نظمی هایی در ساعت بدنی خود دارند می تواند کاملاً مشکل ساز باشد، خصوصاً برای والدینی که کودکان مدرسه ای دارند. با موفقیت گذراندن این

کودکان از دوران مدرسه می‌تواند برای والدین یک چالش عظیم باشد زیرا قاعده منظمی که اکثر والدین به کار می‌برند تا هر یک از اعضای خانواده طبق برنامه عمل کنند، به هم می‌زند. بهتر است والدین با کادر مدرسه و معلمین ارتباط برقرارکنند و در زمینه نیاز فیزیولوژیکی به تابعیت از یک برنامه خواب متفاوت و علت اهمیت آن برای عملکرد تحصیلی یک دانش‌آموز، به آنها اطلاعات بدهند. درخواست بعضی تغییرات در برنامه کلاس‌ها و پذیرفته شدن آنها از طرف مسئولین مدرسه می‌تواند به دانش‌آموز کمک کند که گلیمش را از آب بیرون بکشد. خصوصاً چنین دانش‌آموزانی از کلاس‌هایی که بعد از ظهرها شروع می‌شوند سود می‌برند. تجربه من نشان می‌دهد که سیستم‌های برخی مدارس بسیار انعطاف‌پذیر هستند در حالی که سایر مدارس نسبت به تغییر هر چیزی که به برنامه‌های دانش‌آموز مربوط می‌شود، بسیار مقاوم هستند. با وجود این اگر مدرسه خودش را با نیازهای برنامه‌ریزی کودک انطباق دهد، این کار می‌تواند اولین گام مثبت در جهت کاهش فشار روی دانش‌آموز و خانواده اش باشد.

احتمالاً بهترین راه انطباق زنان با مرحله خواب تعویق افتاده خود، پیدا کردن شغلی است که ساعات کاری آن با برنامه بدنی آنها هماهنگ باشد. برخی از بیماران من که ساعت تعویق افتاده دارند در مشاغل تفریحی و صنایع خدماتی هم‌چون رستوران داری بسیار موفق هستند، چون ساعت کاری آنها دیر شروع می‌شود. امروزه، مشاغل زیادی برای افرادی وجود دارد که می‌خواهند تا دیروقت بیدار بمانند و دیر از خواب بیدار شوند. شب‌زنده‌دارها علاوه بر مسائل شغلی‌شان، ممکن است مشکلات ارتباطی هم داشته باشند که به سبب الگوی خوابشان ایجاد شده است. اختلاف بین زوج‌ها ممکن است زمانی رخ دهد که یکی سحرخیز و دیگری شب‌زنده‌دار باشد. ساعت ۱۰ شب که می‌رسد، یکی از زوجین ممکن است آماده خوابیدن شود در حالی که دیگری تازه آماده تفریح می‌شود. شب‌زنده‌دارها احتمالاً در روابط یا ازدواج با شب‌زنده‌دارهای دیگرراضی تر خواهند بود. جالب این است که فرزندان شب‌زنده‌دارها نیز غالباً شب‌زنده‌دار هستند، بنابراین ممکن است یک مؤلفه ژنتیک در دوره خواب تعویق‌افتاده دخالت داشته باشد.

درمان ساعت تعویق افتاده

دو رویکرد گاهی می‌توانند به نحو مؤثری ریتم شبانه‌روزی را تغییر دهند. زمان درمانی^۱ برنامه خواب افراد را تنظیم می‌کند، به این صورت که آنها هر دو روز یکبار، دو ساعت دیرتر به رخت خواب می‌روند تا زمانی که خودشان را با ساعت شبانه‌روزی تطبیق بدهند. برای مثال، اگر کسی احساس کند که ساعت ۲ صبح زمان خوبی برای خوابیدن است، برنامه طوری تنظیم می‌شود که او در دو روز اول ساعت چهار صبح و در دو روز بعدی ساعت شش صبح به رخت‌خواب برود و همین‌طور الی آخر (بدیهی است برای کسانی که به مدرسه می‌روند، این روش فقط می‌تواند در طول تعطیلات آزمایش شود).

طرز کار آن به این صورت است: زمانی که فرد طبق ساعت شبانه‌روزی عمل می‌کند باید در یک زمان مطلوب دست از کار بکشد و سپس به طور دایم این زمان را جهت خوابیدن انتخاب کند. در عمل این روش برای بعضی افراد کاربرد داشته است. اما اگر آنها یک شب یا بیشتر دیر به رخت خواب بروند برخی اوقات به همان روال سابق‌شان برمی‌گردند.

درمان دیگر که در معرض نور خورشید قرار گرفتن است نیز می‌تواند مؤثر باشد. بدن از نور برای هماهنگ کردن ساعت شبانه‌روزی استفاده می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض نور روشن روز چه نور طبیعی باشد یا نور لامپ‌های صنعتی می‌تواند به بیدار شدن افرادی که ساعت‌های بدنی تعویق‌افتاده دارند، کمک کند. در شمالی‌ترین و جنوبی‌ترین مناطق دنیا، خورشید در زمستان ممکن است بسیار دیر طلوع کند و بنابراین لامپ‌های الکتریکی می‌توانند صبح‌ها جایگزین خورشید شوند و مانند آن عمل کنند. این‌ها همان لامپ‌هایی هستند که برای درمان اختلال خلقی فصلی (SAD)^۲، که افسردگی زمستانی نیز خوانده شده، مورد استفاده قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد این اختلال در نتیجه نور ناکافی خورشید در زمستان ایجاد می‌شود. این روش می‌تواند به افراد کمک کند که ساعت درونی خود را تنظیم کنند، اما اگر آنها استفاده از نور را قطع کنند، احتمالاً به همان

^۱ - Chronotherapy

^۲ - Seasonal Affective Disorder

الگوی خواب نامطلوب قبلی خود برمی گردند. در معرض نورخورشید قرار گرفتن و یا زمان درمانی درمان‌هایی هستند که ارزش امتحان کردن را دارند، اگرچه موثر بودن یا نبودن آنها در درازمدت و در دنیای واقعی، معلوم نیست.

استفاده از ملاتونین چطور است؟

ملاتونین، مکملی که به عنوان «هورمون خواب» شناخته شده است چندین سال پیش در درمان بی‌خوابی و خصوصاً مشکلات ریتم شبانه‌روزی استفاده گسترده‌ای داشته است. من به دلایلی که به طور مفصل‌تر در فصل ۲۰ ذکر خواهم کرد از توصیه ملاتونین اکراه دارم. خلاصه کلام این که ملاتونین می‌تواند برای برخی افراد مؤثر باشد، اما در مورد استفاده درازمدت از آن در کودکان و نوجوانان به قدر کافی پژوهش انجام نگرفته است.

سندرم مرحله خواب جلو افتاده : سحرخیز یا چکاوک^۱

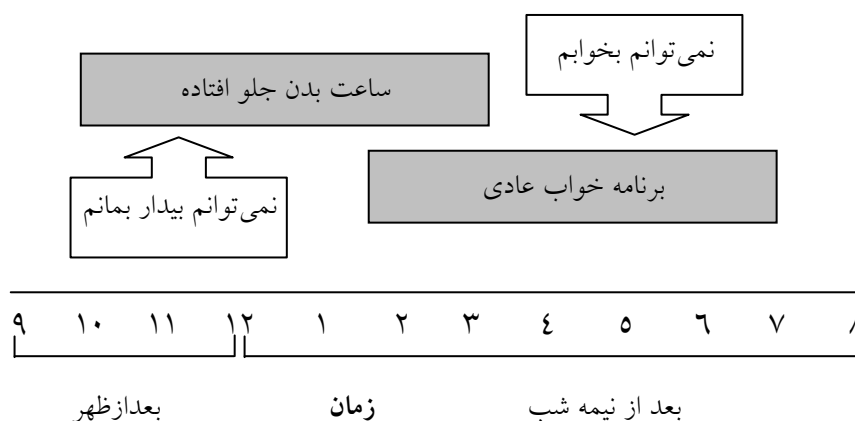
طرف دیگر سکه کسی است که ساعت بدن او جلو می‌افتد (شکل ۸-۲ را نگاه کنید). این فرد ممکن است اول شب در حدود ساعت ۹ یا زودتر خسته شود و نتواند بیدار بماند. او ممکن است به‌طور معمول بین ساعات ۴ تا ۶ صبح از خواب بلند شود. این نوع افراد ممکن است علائمی از بی‌خوابی را گزارش دهند و از خیلی زود بیدار شدن و دوباره به خواب نرفتن، شکایت داشته باشند. درست مانند آن است که او در لس‌آنجلس زندگی می‌کند اما ساعت او به وقت نیویورک تنظیم شده است. هنگامی که او نزد پزشک می‌رود به علت آن است که فکر می‌کند بیدار شدن‌های او در صبح‌های زود نمی‌توانند عادی باشند. او زمانی بیدار می‌شود که بقیه خواب هستند و تصور می‌کند که باید مشکلی داشته باشد که مانند دیگران نیست.

این افراد معمولاً در محل کار مشکلی ندارند اما در انجام وظایف اجتماعی مشکلات عمده‌ای

^۱ - The Lark

دارند. برای مثال، آنها معمولاً به حدی خواب‌آلود هستند که نمی‌توانند در مهمانی‌های شب و جمع‌های خانوادگی شرکت کنند.

شکل ۸-۲ ساعت جلوافتاده سحرخیز



مقابله با ساعت جلو افتاده

افرادی با ریتم‌های شبانه‌روزی جلو افتاده معمولاً در برخی حرفه‌ها بسیار موفق هستند و در واقع برنامه خواب آنها برای بعضی مشاغل، ایده‌آل است. بنجامین فرانکلین توصیه کرده که زود به تخت خواب بروید تا زود از خواب بیدار شوید. در واقع او فکر می‌کرد که خوابیدن نوعی وقت تلف کردن است. کشاورزان، جراحان، متخصصین بیهوشی و پرستاران اکثراً چنین برنامه‌ای دارند. بیشتر اوقات آنها به انتخاب خود وارد چنین حرفه‌هایی می‌شوند. در اکثر نقاط جهان، شیفت روزانه پرستاران از ساعت ۷ صبح شروع می‌شود و متخصصین بیهوشی و جراحان معمولاً قبل از طلوع آفتاب از خانه به محل کارشان می‌روند. آنها اکثراً قبل از ساعت ۷ صبح در اتاق عمل هستند.

درمان ساعت جلو افتاده

برای کسانی که خیلی زود از خواب بیدار می‌شوند چون در اوایل شب خیلی خواب‌آلوده بوده‌اند،

چه کاری می‌توان کرد؟ توضیح درباره فیزیولوژی بدن به این افراد آنها را متوجه می‌کند که هیچ عیبی ندارند و آنها اکثراً به راحتی واقعیت را می‌پذیرند و اقدامی نمی‌کنند.

هنگامی که به نظر می‌رسد که اصلاً ساعتی وجود ندارد

بعضی افراد شب‌ها اصلاً خواب آلوده به نظر نمی‌رسند یا در طول بیست و چهار ساعت هر وقت که پیش بیاید، می‌خوابند. برای مثال این گمان وجود دارد که لئوناردو داوینچی در طول روز هر یکی دو ساعت چرت‌های کوتاهی می‌زده. این حالت گاهی اوقات در افرادی که بخشی از سیستم عصبی آنها که کنترل‌کننده ساعت شبانه‌روزی است آسیب دیده و همین‌طور در افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی دیده شده است. اگر نوجوانی جدیداً چنین الگوی خوابی را نشان دهد، والدین باید آگاه و متوجه باشند که یک دلیل آن می‌تواند استفاده از داروهای خیابانی باشد (فصل ۱۷ را ببینید)

هوایمزدگی^۱

هنگامی که شما دچار پیامدهای هوایمزدگی می‌شوید، ساعت بدن شما ممکن است در این حالت نیز مختل شود. هوایمزدگی که تا نیمه قرن بیستم ناشناخته بود، می‌تواند یک مشکل خواب عمده را نشان بدهد. تنها در ۳۰ سال گذشته است که تعداد زیادی از افراد مسافتهای خیلی طولانی را در هوایمادهایی با سرعت زیاد طی می‌کنند. پرواز از نیویورک تا پاریس مستلزم تغییر چندین منطقه زمانی^۲ است و بسیاری از مردم متوجه شده‌اند که ساعت‌های بدن آنها دچار آشفتگی و اختلال می‌شود. اخیراً، میلیون‌ها نفر هر روز از مناطق زمانی عبور می‌کنند. برای برخی، این بخشی از شغل آنها است. خدمه پرواز یک هوایمزدگی تجاری مثال کاملی از این مورد است. اکثر آنها یاد گرفته‌اند که در زندگی روزانه‌شان با هوایمزدگی کنار بیایند در حالی که یک مسافر عادی هنوز باید یاد بگیرد.

بسیاری از مردم نمی‌دانند که هوایمزدگی فقط هنگامی که از مناطق زمانی عبور می‌کنند، رخ می‌دهد. پرواز به شمال و جنوب، حتی در مسافت‌های طولانی موجب هوایمزدگی نمی‌شود. اثر

^۱ - Jet Lag

^۲ - Time zones

هوایمزدگی بر خواب یک مسافر بستگی به جهت حرکت هوایما (شرق یا غرب) و تعداد مناطق زمانی عبور شده دارد. چون در جهان به طور معمول بیست و چهار منطقه زمانی وجود دارد، اگر شما از دوازده منطقه زمانی عبور کنید دیگر اهمیتی ندارد که به شرق سفر کنید یا به غرب. اگر شما از هر تعداد دیگری از این مناطق عبور کنید آن وقت اگر به شرق یا غرب بروید اثر متفاوتی را روی خواب خود تجربه خواهید کرد.

رفتن به شرق

هنگامی که شما به سمت شرق پرواز می کنید، معمولاً زمان را "گم" می کنید. در یک پرواز معمول رو به شرق، برای مثال از نیویورک به پاریس، پرواز ممکن است ۷ ساعت طول بکشد. هوایمای شما در حدود ساعت ۹/۳۰ شب نیویورک را ترک می کند و شما ساعت ۱۰/۳۰ صبح به پاریس می رسید. شما متوجه خواهید شد که گرچه در پاریس، وسط روز است، بدن شما احساس می کند که نیمه شب است - حس می کنید انگار ۶ ساعت را گم کرده اید و این احساس در اثر شرایطی که در ۷ ساعت پرواز تجربه کرده اید، تشدید می شود. اگر خوش شانس بوده باشید ۴ ساعت خوابیده اید. ساعت اول در یک پرواز پر از سروصدا است. ساعت آخر پرواز هم پر از اعلامیه است. وسط پرواز وقت غذا و فیلم است. پاریس یکی از هیجان انگیزترین و شاعرانه ترین شهرهای جهان است، اما وقتی ساعت بدن شما به هم ریخته و شما برای رسیدن به آن جا از خستگی هلاک شده اید، دیگر لذت چندانی را احساس نخواهید کرد.

رفتن به غرب

پرواز از شرق به غرب (برای مثال، از سان فرانسیسکو به توکیو) یک چالش متضاد را نشان می دهد چون در این حالت مسافر، زمان «بدست» می آورد. پرواز دوازده ساعته غالباً بین ظهر تا عصر انجام می گیرد و غروب یا شب به مقصد می رسد. اگر شما ساعت خود را به ساعت توکیو تغییر داده

باشید، آن وقت این طور به نظر خواهد رسید که شما ۴ ساعت بعد از پرواز هواپیما به زمین نشسته‌اید، بجز این که روز بعد است. بدن شما فکر می‌کند که حدود نیمه شب است - زمان رفتن به تخت خواب، اما در توکیو ساعت ۵ عصر است. مسافران با تجربه سعی می‌کنند که در چنین پروازی بخوابند و بسیاری از آنها بلافاصله بعد از سوار شدن به هواپیما، قرص‌های خواب آور (از انواع کوتاه-اثر آن) می‌خورند. هنگامی که آنها از هواپیما پیاده می‌شوند، تشریفات امنیتی را انجام می‌دهند و به هتل‌های محل اقامت خود می‌رسند، دوباره شب است و معمولاً آنها به اندازه کافی خسته هستند که در ساعت مناسب به خواب بروند و صبح روز بعد در ساعت مناسب از خواب بیدار بشوند.

چگونه بر هواپیمازدگی غلبه کنیم؟

پیشنهادهای زیر براساس هم مقاله‌های علمی و هم مصاحبه با اعضای خدمه پرواز است که یادگرفته‌اند چگونه با هواپیمازدگی مقابله کنند. در پایان این فصل رهنمودهایی از یک کارشناس واقعی هواپیمازدگی، آورده شده است. او یک خدمه پرواز است که صدها بار از روی اقیانوس‌ها عبور کرده است.

توصیه جهت رفتن از غرب به شرق

برای مثال، نیویورک به پاریس. هنگامی که سوار هواپیما می‌شوید ساعت خود را به وقت محلی مقصد خود تنظیم کنید. تا هر قدر که امکان دارد در هواپیما بخوابید. به مهماندار بگویید که شما را برای غذا یا چیز دیگری بیدار نکند. از گوش گیر و چشم‌بند استفاده کنید. الکل ننوشید. برخی افراد پیشنهاد کرده‌اند که در تقریباً زمان خواب مقصد خود، ملاتونین یا قرص خواب آور کوتاه‌اثر مصرف کنید.

هنگامی که به مقصد رسیدید، سعی کنید برنامه خود را با برنامه مقصدتان تطبیق بدهید. پس اگر شما صبح زود رسیدید، خود را در معرض نور خورشید قرار دهید (این کار کمک خواهد کرد که

ساعت بدن شما دوباره تنظیم شود) و سعی کنید بلافاصله بعد از رسیدن به محل اقامت از استراحت طولانی اجتناب نمایید. انجام این کار می تواند زمان انطباقی را که به آن نیاز دارید، افزایش دهد. بعضی از خدمه پرواز به من گفته اند که وقتی به مقصدشان می رسند با وجودی که ممکن است از خستگی هلاک باشند به ورزش شدید می پردازند چون ورزش برای چند ساعت آنها را سرحال نگه می دارد. این طوری آنها می توانند روز را بیدار بمانند و شب در وقت محلی خوابیدن، بخوابند.

توصیه برای رفتن از شرق به غرب

برای مثال، پاریس به نیویورک. هنگامی که سوار هواپیما می شوید، ساعت خود را با وقت محلی مقصد خود تنظیم کنید. در این پرواز ۷ تا ۸ ساعته زیاد نخواهید، یک چرت کوتاه کفایت می کند. فیلم تماشا کنید. زمانی که رسیدید، سعی کنید برنامه خود را با برنامه مقصدتان تطبیق بدهید. بنابراین اگر شما بعد از ظهر زود رسیده اید سعی کنید بلافاصله بعد از رسیدن از استراحت طولانی اجتناب نمایید. وقتی که نهایتاً زمان خواب می رسد، شما باید خیلی خسته باشید. شما روز درازی داشته اید (در پروازهای بسیار طولانی تر- برای مثال، سانفرانسیسکو به توکیو - سعی کنید بلافاصله بعد از بلندشدن هواپیما خواب طولانی تری داشته باشید).

توصیه جهت رفتن از شرق به غرب

اگر جلسه مهمی دارید که باید در آن هشیار باشید و شمرده صحبت کنید، احتمالاً صلاح نیست که جلسه را برای روزی که می رسید برنامه ریزی کنید. حدود ده سال قبل در یک همایش پزشکی که در کرنز^۱ استرالیا بود، شرکت کردم. این یک سفر بسیار طولانی برای اکثر شرکت کنندگان بود. اهالی امریکای شمالی به سمت غرب و اروپایی ها به سمت شرق پرواز کرده بودند. بیشتر افراد بیست تا سی ساعت را در هواپیما بودند. یک جلسه در اولین روز برگزار شد و بیشتر شرکت کنندگان بسیار

^۱ - Cairns

خسته بودند. به محض این که اولین سخنران شروع به صحبت کرد و نور چراغ‌ها کم شدند، تقریباً همه شنوندگان خوابشان برد. یک اطاق پراز متخصصین خواب خوابیده را تجسم کنید که وقتی بین سخنرانی‌ها چراغ‌ها روشن می‌شدند، از خواب می‌پریدند. روز بعد هیچ کس نمی‌توانست هیچ یک از سخنرانی‌ها را به یاد آورد، گرچه آنها به احتمال زیاد عالی بوده‌اند. کارشناسان خواب باید بهتر بدانند که نباید یک جلسه را در روز ورودشان برنامه‌ریزی کنند.

بازگشت به خانه از هر کدام از این مسیرها، مجدداً منجر به تغییر در ساعت شبانه‌روزی خواهد شد. مسافران باید حساب کنند که چند روزی طول می‌کشد تا از یک سفر کوتاه خستگی درکنند و به برنامه عادی زندگی‌شان برگردند و حدود یک هفته یا بیشتر لازم است تا از یک سفر خیلی طولانی خستگی در کنند. برای چندین روز پس از بازگشت، هیچ کار مهمی را برنامه‌ریزی نکنید.

قرص‌های خواب‌آور

قرص‌های خواب‌آور برای سفرهای هشت ساعته یا کمتر توصیه نمی‌شود. دلیل آن این است که اگر کسی یک قرص خواب‌آور بخورد و چهار تا پنج ساعت بعد بیدار شود، دارو ممکن است هنوز اثر داشته باشد و شخص ممکن است دچار یک حالت خماری نامطبوع و گیجی بشود و حافظه‌اش خوب کار نکند. در حدود چهارده سال قبل مقاله‌ای در مجله انجمن پزشکی آمریکا^۱ منتشر شد که در آن اتفاقی که برای سه نفر که از اروپا به امریکای شمالی پرواز کرده بودند، افتاده بود، شرح داده شده بود. آنها همگی در طول پرواز یک قرص خواب‌آور و مقداری الکل مصرف کرده بودند. تا یک مدت طولانی پس از ورود، هیچ کدام از آنها درباره چیزهایی که دیده بودند یا کارهایی که در طول ده ساعت پرواز هواپیما انجام داده بودند، کوچکترین چیزی یادشان نمی‌آمد. معهدنا در پروازهای طولانی، قرص خواب‌آور (فصل ۲۰ را ببینید) به خوابیدن مسافران کمک می‌کند و جلوی عوامل مزاحمی که موجب بیدار شدن آنها می‌شود را می‌گیرد.

^۱ - Journal of the American Medical Association

ملاتونین

اگر چه بسیاری از متخصصین مخالف استفاده طولانی مدت از ملاتونین هستند، نگرانی کمتری در مورد استفاده گاه و بی گاه آن در تخفیف هواپیمازدگی وجود دارد. بسیاری از مسافران با تجربه از ملاتونین برای این منظور استفاده می کنند. با وجود این، ملاتونین در همه کشورها موجود نیست و تولیدکنندگان هنگام ساخت ترکیبات دارویی بدون نسخه از مقادیر مختلف ملاتونین استفاده می کنند. یکی از کارشناسان محترم توصیه می کند که در زمان خواب مقصدتان ۳ میلیگرم ملاتونین مصرف کنید. بنابراین، اگر شما مانند اولین مثالی که در این فصل آورده شد از امریکای شمالی به اروپا پرواز می کنید، درست قبل از بلند شدن هواپیما قرص را بخورید. شما باید صبر کنید تا کاملاً مطمئن شوید که هواپیما پرواز خواهد کرد. اگر پرواز تأخیر داشته باشد یا لغو شود، ممکن است احساس کنید کاملاً گیج هستید.

رهنمودهای کارشناسانه خدمه پرواز شمال غربی سون سالکادو^۱ درباره کاهش اثر هواپیما زدگی:

پس از ورود چکار کنید

در حرفه من به عنوان خدمه پرواز افراد اغلب از من سؤال کرده اند، «چگونه با هواپیمازدگی کنار می آیی؟» من معمولاً پاسخ می دهم که اصلاً دچار آن نمی شوم، اما تصور می کنم صحیح تر آن است که بگویم به آن عادت کرده ام چون بارها و بارها با آن برخورد کرده ام. در زیر روش هایی برای کاهش اثر هواپیمازدگی و بازگشت به یک برنامه عادی یا سازگاری با یک منطقه زمانی جدید، ارائه می شود:

بیدار بمانید - اگر به مقصدتان رسیده اید و در آنجا هنوز هوا روشن است، سعی کنید در برابر وسوسه خوابیدن مقاومت نمایید. اگر به استراحت احتیاج دارید، خودتان را مجبور کنید که قبل از غروب آفتاب بیدار شوید. آب سرد به صورتتان بپاشید و هوای تازه استشمام کنید.

برنامه ریزی کنید - با دوستان بیرون بروید - این کار به شما انگیزه ای خواهد داد که در مقابل بازگشت به رخت خواب گرم و دعوت کننده خود مقاومت کنید. آنها مشتاق دیدن شما خواهند بود.

¹ - Swen Salgadoe

مأیوسشان نکنید.

ورزش - با وجودی که این توصیه ممکن است مثرثمر به نظر نرسد، اما هیچ چیزی بیشتر از سی تا چهل و پنج دقیقه فعالیت بدنی مناسب که ضربان قلب را بالا ببرد نمی‌تواند یک بدن خسته را بیدار نگه دارد. اگر شما خودتان را در طول روز خسته کنید، وقتی شب می‌رسد، خواب فوق‌العاده راحت‌تری خواهید داشت.

مقدار زیادی آب بنوشید - منظور مقدار خیلی زیاد است. اجبار برای رفتن به دستشویی غالباً به طور طبیعی به بیدارماندن شما کمک می‌کند.

غذای سبک بخورید - اما مواظب باشید آنقدر بخورید که بدنتان انرژی کافی داشته باشد. غذاهای سنگین پر از کربوهیدرات‌ها موجب می‌شوند که شما به خوابیدن تمایل پیدا کنید. از ماکارونی، نان و بستنی بگذرید. خوردن غذاهای پرفیبر مانند سیب و کره بادام‌زمینی به شما انرژی خواهند داد و از بیوست جلوگیری می‌کنند.

قهوه بنوشید - هر قدر که دلتان می‌خواهد بنوشید، اما اگر دوست دارید شیرین باشد از یک ماده جایگزین شکر برای اجتناب از مصرف بیش از حد کربوهیدرات‌ها استفاده کنید. یکی دو ساعت قبل از زمان خواب از نوشیدن قهوه اجتناب کنید.

خوش بگذرانید - کاری که دوست دارید انجام دهید. بیدار ماندن یک چنین فعالیت ذهنی‌ای است. تلفن بزنید، برای یک دوست ایمیل بفرستید، برقصید، باغبانی کنید، آشپزی کنید، خرید کنید و غیره. انجام فعالیت‌هایی که از آنها لذت می‌برید، توجه شما را از خستگی بدنی منحرف می‌کند. از انجام فعالیت‌های نشسته مانند خواندن، تماشای تلویزیون یا بافندگی که به احتمال زیاد شما را به خواب خواهند برد، خودداری کنید. به فعالیت‌هایی پردازید که بدن و ذهن شما را درگیر می‌کند.

مقاومت در برابر اجبار به تسلیم شدن در مقابل هواپیمازدگی درست به آسانی تسلیم شدن است. گرچه شما باید ورزش کنید و یک رژیم غذایی سالم داشته باشید اما باید یک انگیزه شخصی هم برای بیدار ماندن داشته باشید. یک عالم برنامه‌ریزی، دستورالعمل و اندیشه برای کاهش اثرات هواپیما زدگی صرف شده است. خوشبختانه استفاده از این توصیه‌ها به شما کمک خواهد کرد انتقال دلپذیری به منطقه زمانی مقصد بعدی‌تان داشته باشید.

بازگشت به جغد شب

این زن یک سندرم "مرحله خواب تعویق افتاده" کلاسیک داشت. ساعت بدنی کندرو او نمی‌گذاشت که احساس خواب‌آلودگی کند، بنابراین تا ساعت ۳ یا ۴ صبح نمی‌توانست بخوابد. در نتیجه، او در طول هفته کاری احساس می‌کرد که انگار در یک حالت گیجی عمل می‌کند. اما در آخر هفته‌ها چون تا ۱ و ۲ بعدازظهر می‌خوابید، حالش خیلی خوب بود. گرچه من برای او توضیح دادم که مشکلش بیماری محسوب نمی‌شود، او می‌خواست تلاشش را بکند که یک برنامه عادی داشته باشد. اولین درمانی که ما امتحان کردیم زمان‌درمانی بود. او دو هفته مرخصی گرفت و هر شب دو ساعت دیرتر به تخت‌خواب می‌رفت تا توانست خودش را با برنامه بیست‌وچهار ساعته تطبیق دهد و حدود نیمه‌شب خوابش می‌برد. او همچنین باید هر روز صبح زود از خانه بیرون می‌رفت تا بتواند در معرض نور طبیعی خورشید قرار بگیرد. در ابتدا این روش بسیار موثر واقع شد اما چند هفته بعد که او در یک مهمانی تا دیروقت بیدار ماند، دوباره به الگوی اولیه خواب خود برگشت. مشخص بود که رویکرد زمان‌درمانی نمی‌تواند در درازمدت موثر باشد.

من مجدداً به او یادآوری کردم که یک بیماری ندارد و توصیه کردم که ریتم شبانه‌روزی کندتر خود را درست مانند رنگ مو و شخصیتش، از خودش بداند. من به او پیشنهاد کردم که به دنبال شغلی بگردد که بعدازظهرهای زود شروع شود، چون در این صورت می‌توانست کیفیت زندگی بهتری داشته باشد. او نصیحت مرا قبول کرد و کارش را تغییر داد. الان سال‌ها است که او با موفقیت بعدازظهرها و شب‌ها کار می‌کند. آخرین باری که او را دیدم از زندگی‌اش بی‌نهایت راضی بود و با یک شب زنده‌دار دیگر ازدواج کرده بود. او خودش را تطبیق داده و دیگر ریتم شبانه‌روزی‌اش را یک مشکل تلقی نمی‌کرد.

بی‌نظمی در ساعت بدن یا ریتم شبانه‌روزی یک زن می‌تواند موجب مشکل به خواب رفتن و در خواب باقی ماندن آنها شود. گاهی اوقات بی‌نظمی به علت یک ساعت بدنی ایجاد شده که با ساعت بدن اکثر مردم متفاوت است. بعضی اوقات مشکل توسط یک ساعت بدنی ایجاد شده که در

اثر مسافرت به هم خورده است. معهدا، خبر خوب این است که زنانی که مشکلات آنها توسط ساعت بدن شان ایجاد شده معمولاً علیرغم احساس خستگی ، افراد سالمی هستند. آنها فقط باید روش مناسبی را پیدا کنند که از طریق آن با شرایط شان کنار بیایند _ خواه شغل شان را تغییر بدهند تا بتوانند به برنامه خوابشان کمک کنند یا از زمان‌درمانی و در معرض نورخورشید قرارگرفتن استفاده کنند تا بتوانند یک برنامه منظم را حفظ نمایند. فصل بعدی نشان می‌دهد که چگونه شیوه زندگی و برنامه کاری شما هم می‌توانند موجب مشکل به خواب‌رفتن و در خواب باقی ماندن‌تان شوند.

فصل ۹

خوایدن در جهانی که هرگز به خواب نمی‌رود

مورد راننده اتوبوس خواب آلود

در درمانگاه افرادی به دیدن من می‌آیند که مشکلات خواب آنها باید تقریباً فوری تحت بررسی قرار بگیرد، مانند خلبانان، کنترل‌کننده‌های ترافیک هوایی، رانندگان اتوبوس تجاری، رانندگان کامیون دوربرد و سایر کسانی که کارشان جایی برای خطا یا چرت‌زدن باقی نمی‌گذارد.

یک روز صبح زنی که در حدود ۳۰ سال داشت و به عنوان راننده اتوبوس ترانزیت عمومی کار می‌کرد به مطب من آمد. او خواب‌آلودگی روزانه شدیدی داشت و به سختی می‌توانست سر کار بیدار بماند. بعد از این که سرپرستش چندبار او را در حال چرت‌زدن غافلگیر کرد، در جستجوی کمک برآمد. ما باید او را ارزیابی می‌کردیم تا مشخص شود که آیا یک بیماری باعث خواب‌آلودگی او شده و در ضمن او برای رانندگی یک اتوبوس عمومی صلاحیت دارد یا نه.

برای تشخیص مشکل، من با پرسیدن سؤالات پزشکی معمول کارم را شروع کردم تا ببینم که آیا او علائمی از اختلالات خواب شدید که به طور طبیعی موجب خواب‌آلودگی می‌شوند دارد یا نه (برای مثال، آپنه خواب، نارکولپسی و بی‌خوابی شدید). او علائمی نداشت. سپس من از او درباره سایر مشکلات پزشکی احتمالی مانند بیماری تیروئید و دیابت که می‌توانست به خواب‌آلودگی او مربوط باشد، پرسیدم. او علائمی از آن اختلالات را نیز نداشت. با این وجود وقتی او برنامه روزانه خود را توصیف کرد، فهمیدم که علت مشکل خواب او را پیدا کرده‌ام. او بیماری‌ای نداشت که موجب خواب‌آلودگی‌اش شود و بنابراین برای مردم خطر داشته باشد، بلکه شغل او خواب‌آلوده‌اش کرده بود و برای مردم خطرناک‌تر بود. من در آخر این فصل به تشریح مشکل او خواهم پرداخت.

خطر بیست و چهار ساعت و هفت روز برای سلامتی

اگر می‌فهمیدید شغلی که دارید خطر سرطان سینه، سیکل‌های قاعدگی غیرعادی، تصادفات رانندگی، زایمان پیش از موعد، پری اکلامپسیا، سقط جنین، عفونت، مشکلات خواب، چاقی، چربی خون غیرعادی و بیماری قلبی - عروقی را افزایش می‌دهد، چه کار می‌کردید؟ مسلماً می‌خواستید

درباره آن بدانید. من در مورد خوردن سم صحبت نمی‌کنم، در مورد کارشیفی و شب‌کاری صحبت می‌کنم. هر روز اطلاعات بیشتر و بیشتری بدست می‌آیند که ارتباط بین برنامه‌های کاری و خطرات سلامتی را روشن تر می‌کنند.

بسیاری از پژوهش‌ها ارتباط میان کار شیفتی و مشکلات سلامت در زنان را نشان می‌دهند. یک پژوهش انجام شده در مرکز تحقیقات سرطان فرد هاجینسون^۱ سیاتل در سال ۲۰۰۱، نشان داد که شیوع سرطان پستان در زنانی که در شیفت شب کار می‌کردند (نیمه شب تا صبح) ۶۰ درصد بالاتر از سایر زنان بود. مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۶ روی اپراتورهای رادیو و تلگراف نیروزی انجام گرفت نشان داد که شب‌کاری با یک شیوع ۵۰ درصد بالاتر سرطان پستان همراه است. پژوهشی که در سال ۲۰۰۲ توسط دانشگاه واشنگتن در سیاتل روی پرستاران انجام گرفت نشان داد که وقتی آنها در شیفت‌های شب کار می‌کردند، تقریباً نیمی از آنها مشکلات قاعدگی داشتند. آنها همچنین گزارش دادند که وقتی شب‌کار بودند در مقایسه با زمانی که روزکار بودند، تقریباً ۱ ساعت کمتر می‌خوابیدند و زمانی که شب‌ها کار می‌کردند در طول روز مشکلاتی در به خواب رفتن داشتند.

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ توسط دانشگاه میشیگان انجام گرفت یک افزایش ۲۴ درصدی در زایمان‌های زودرس زنانی که شیفتی یا شب‌کار بودند، نشان داد. و یک پژوهش نیروزی در سال ۱۹۹۷ نشان داد که کار شیفتی، خطر پری اکلامپسیا (فشارخون بالا و افزایش پروتئین در ادرار در دوران حاملگی) را ۱۰۰ درصد افزایش می‌دهد. پژوهشی که سال ۱۹۹۶ در سوئد انجام گرفت، یک افزایش قابل ملاحظه در سقط جنین‌های اواخر حاملگی زنان شب‌کار را نشان می‌داد. نتیجه مشابهی در سال ۱۹۹۳ از مطالعه‌ای که توسط دانشگاه مک گیل در مونترال انجام گرفت، بدست آمد که نشان داد بین برنامه کاری و سقط جنین یک ارتباط قوی وجود دارد. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در زنان بین علائم افسردگی و شدت مصرف الکل و شب‌کاری یا شیفت کاری چرخشی ارتباطی وجود دارد.

کار شیفتی می‌تواند خطر بیماری قلبی - عروقی را نیز افزایش دهد. یک پژوهش سوئدی در سال

^۱ - Fred Hutchinson Cancer Research

۲۰۰۱ گزارش داده که زنان شیفت‌کار یک شیوع بالاتر ۷۱ درصدی از سه نشان‌گر چربی غیرعادی که به بیماری قلبی - عروقی مربوط می‌شدند را داشتند. بر طبق یک مطالعه سوئدی دیگری، زنانی که به طور دائم اضافه‌کاری می‌کردند (بیشتر از ۵ ساعت در هفته) تقریباً دو برابر زنانی که اضافه‌کاری نمی‌کردند در عرض پنج سال به علت بیماری قلبی فوت کردند. بسیاری از مطالعات ارتباط میان کار شیفتی و بیماری قلبی عروقی را بررسی کرده‌اند. به‌طور متوسط، پژوهش‌ها یک افزایش ۴۰ درصدی خطر بیماری قلبی در این کارکنان را گزارش داده‌اند.

پژوهشی که در سال ۱۹۹۲ توسط دانشگاه هاروارد روی ۶۳۵ پرستار انجام گرفت نشان داد که خطر خوابیدن در حین رانندگی در مسیر رفت یا برگشت به محل کار آنهایی که شیفت‌کاری چرخشی داشتند دو برابر و خطر تصادف یا خطای رانندگی به علت خواب آلودگی در آنها نیز دو برابر بیشتر از سایرین بود. رابطه میان اختلال خواب به علت شیفت‌کاری و مشکلات سلامتی زنان قوی‌تر از آن است که مورد غفلت قرار بگیرد.

اما چه توجیهی برای این افزایش خطر سلامتی وجود دارد؟ چرا باید شیفت‌های کاری خطر سرطان پستان را افزایش دهند؟ شب‌ها بدن به تنظیم هورمون‌ها ادامه می‌دهد. برخی هورمون‌ها مانند ملاتونین اساساً در طول خواب ترشح می‌شوند. بعضی مطالعات اخیر نشان داده‌اند که ملاتونین می‌تواند از برخی سرطان‌ها جلوگیری کند. وقتی کسی شب کار می‌کند و در معرض نور قرار گرفته، ممکن است تولید ملاتونین کاهش یابد. گرچه ما هنوز رابطه دقیق بین سرطان پستان و سایر بیماری‌ها و کار شیفتی را نمی‌دانیم، پژوهش‌های زیادی درباره تأثیر جهان بیست و چهار ساعته/یک هفته روی زنان انجام گرفته است. این جهان می‌تواند تولید صنعتی را بالا ببرد، اما جامعه خصوصاً زنان باید بهای سنگینی را بپردازند.

توماس ادیسون، جنگ جهانی و هنری فورد مقصر هستند

اگر این کتاب صد سال پیش نوشته شده بود، گنجانیدن این فصل احتمالاً ضرورتی نداشت.

نیروی برق به طور وسیعی موجود نبود، از تلفن هنوز استفاده گسترده ای نمی شد و پس از تاریک شدن هوا، واقعاً کار خیلی زیادی جز رفتن به تخت خواب وجود نداشت. حتی خواندن خیلی آسان نبود زیرا فرد مجبور می شد از چراغ های گازی یا شمع استفاده کند. افراد هر شب بطور متوسط حداقل یک ساعت بیشتر از افرادی که الان در شمال امریکا می خوابند، می خوابیدند.

در اکتبر سال ۱۸۷۸، توماس ادیسون برای جواز ثبت اختراع لامپ های برقی اقدام کرد که در آوریل سال ۱۸۷۹ با آن موافقت شد. اولین نمایش عمومی لامپ های برقی فقط چند ماه بعد در آخرین روز سال ۱۸۷۹ انجام گرفت. حدس بزنید اولین امریکایی هایی که به علت نور لامپ های برقی نتوانستند بخوابند ساکن کجا بودند؟ شهر نیویورک. در سال ۱۸۸۲، ۱/۴ مایل از شهر نیویورک نیروی برق دریافت کردند. در اولین روز فقط ۵۲ مصرف کننده وجود داشت. معهذاً، طولی نکشید که خدمات برق رسانی، به همه جا ارائه شدند. هنگامی که بنجامین هاریسون رییس جمهور بود بزق به کاخ سفید آمد (۱۸۹۳-۱۸۸۹). در ۱۸۹۲ شرکت جنرال الکتریک که در حال حاضر یکی از بزرگترین شرکت های جهان، است تاسیس شد تا در ابتدا نیروی برق تولید کند و سپس لامپ بسازد. در نیمه سال های ۱۹۳۰ حدود ۹۰ درصد از امریکایی های شهری و ۱۰ درصد از اهالی حومه، برق داشتند. در ظرف یک دهه تقریباً هر کسی در امریکا برق داشت. شب تسخیر شده بود. مردم حالا می توانستند به راحتی نور را کنترل کنند. اما اوضاع هرگز یک جور نخواهد بود. اول لامپ های برقی و به دنبال آن الگوهای متعددی که بوجود آمدند، همگی در محرومیت خواب زنان امریکایی نقش داشته اند.

الگوی ۱: خورشید هرگز غروب نمی کند

نیویورک به شهری که هرگز نمی خوابد، مشهور است. در حقیقت، جهان ما به جهانی تبدیل شده که هرگز نمی خوابد. در تقریباً هر شهری از جهان افراد زیادی وجود دارند که تمام شب در مشاغلی مشغول به کارند که مطلقاً در قرن نوزدهم وجود نداشت.

در قرن بیستم، با فراهم شدن برق و روشنایی مصنوعی، صاحبان صنایع به این نتیجه رسیدند که

اگر کارخانه‌ها و ماشین‌آلات بیست و چهار ساعته کار کنند برای آنها سود بسیار بیشتری به همراه خواهد داشت. آنها فقط باید افرادی را استخدام می‌کردند که هر روز دو شیفت اضافه، کار کنند. در ۱۹۲۲ هنری فورد، خط مونتاژ ۲۴ ساعته را عرضه کرد. همه صنایع مهم این روش را اتخاذ کردند تا سهم بازار و تولید خود را بالا ببرند و بدیهی است، پول بیشتری دریاورند. شمار صنایعی که هرگز تعطیل نمی‌شوند به راستی حیرت‌آور است. به خاطر وجود افرادی که بیدار بودند، کار می‌کردند و نصفه شب به محل کارشان رفت و آمد داشتند، ما به زودی با پدیده ادارات شبانه‌روزی مواجه شدیم که شامل ایستگاه‌های رادیویی، ایستگاه‌های تلویزیونی، خواربار فروشی‌ها، همین‌طور همه شرکت‌هایی می‌شدند که به آن مشاغل خدمت‌رسانی می‌کردند. چون شما ممکن است ندانید چه زمانی باید برای یک خط هوایی تلفنی بلیط رزرو کنید یا با یک پشتیبان فنی درباره کامپیوتر یا ظرف‌شویی تان صحبت کنید، با مراکز تماس بگیرید که در سراسر جهان ناگهان ظاهر شده‌اند. این‌ها صنایعی هستند که ده‌ها هزار نفر را در استخدام خود دارند که شما هرگز آنها را نمی‌بینید و هنگامی که با آنها صحبت می‌کنید هیچ نشانه‌ای از این که کجا زندگی می‌کنند، ندارید، اما آنها همیشه خوش‌رو و آماده کمک به حل مشکل تان هستند. نیم ساعت قبل از این که این مطلب را بنویسم، از کنار مرکز پاسخ‌گویی بانک بزرگی که در نزدیکی منزل مان بود رد می‌شدم. مساحت این ساختمان مستقل شاید ۵۰ یارد در ۵۰ یارد می‌شد و پراز اطاقک‌ها و نمایش‌گرهای کامپیوتر بود. ساعت ۹/۳۰ شب بود اما اتومبیل‌ها در پارکینگ پر شده بودند. مردم از سراسر کشور با این بانک، تلفنی معامله انجام می‌دادند.

الگوی مهم دیگر در این جهانی که هرگز نمی‌خواهد این است که مردم خواستار خدمات فوری و در برخی صنایع، معامله فوری هستند. این تقاضاها توسط جهانی که به شبکه الکترونیکی مجهز شده، امکان‌پذیر گشته است. هر کس می‌تواند در ساعت ۴ صبح با استفاده از اینترنت، بلیط هواپیما رزرو کند. یک تاجر کالا در شیکاگو ممکن است ساعت ۳ صبح خانه‌اش را در حومه شمالی ترک کند، ساعت ۴ به محل کارش برسد و اجناسش را در بازار لندن معامله کند.

خلاصه کلام در حال حاضر میلیون‌ها شغل وجود دارند که مستلزم کارکردن در ساعاتی هستند که

به طور معمول ساعات خواب محسوب می‌شوند. این ساعات‌های کاری موجب آشفتگی ساعت بدنی، زندگی خانوادگی و شاید بسیاری از چیزهای دیگری می‌شود که ما حتی فکرش را هم نکرده‌ایم. آیا این پیشرفت است؟

الگوی ۲: همه مردان و زنان یکسان خلق شده‌اند

در طی جنگ جهانی اول زنان اجازه نداشتند در صحنه‌های جنگ خدمت کنند، بلکه آنها می‌بایست کارهایی انجام دهند که ملت‌ها را سرپا نگهدارد و مردان تسلیحات تولید کنند. این زنان علاوه بر انجام کارهایی که از نظر سنتی زنانه تر بودند مانند پرستاری، در کارخانه‌ها، مزارع و در مشاغل اداری کار می‌کردند. مشخص شد که ارزش یک زن برای جامعه در نیروی کار معادل یک مرد است. در قرن گذشته زنان گام‌های بسیار بلندی برای تصدی مشاغلی که در اختیار مردان بود، برداشتند. این شامل همه مشاغلی می‌شد که بخشی از جهان ۲۴/۷ ساعته را تشکیل می‌دهند. زنان هم اکنون به عنوان راننده کامیون، خلبان خطوط هوایی، جراح، افسر پلیس، سرباز و آتش‌نشان کار می‌کنند که این‌ها معدودی از مشاغلی هستند که زنان به آن اشتغال دارند.

الگوی ۳: امکانات، امکانات، امکانات

امروزه کودکان امکاناتی در اختیار دارند که برای نسل‌های گذشته هرگز فراهم نبوده است. والدین باید زمان مشغولیت و فعالیت‌های فرزندانشان را به اندازه زمانی که برای خودشان صرف می‌کنند، مدیریت نمایند. زمانی که من به مدرسه می‌رفتم، تنها فعالیت فوق برنامه موجود کلاس‌های پیانو بودند. هم‌اکنون برخی کودکان به هر سرگرمی که بتوانید تصور کنید دسترسی دارند، از ژیمناستیک ریتمیک گرفته تا هنرهای رزمی، مناظره، شطرنج و شمار زیادی از سایر سرگرمی‌ها. بنابراین کلاس‌هایی مانند باله، تئاتر و اسکیت وجود دارند و در ضمن قرار ملاقات با پزشکان، دندانپزشکان و ارتودنسی را فراموش نکنید. این‌ها همه فعالیت‌هایی هستند که وقت زیادی می‌گیرند و چون فقط بیست و چهار ساعت در یک روز داریم می‌توانند به محرومیت از خواب منجر شوند.

هاکی روی یخ را در نظر بگیرید. اگر کودکی در تیم هاکی روی یخ باشد، این احتمال وجود دارد که در بسیاری از بازی‌هایی که ساعت ۶ صبح شروع شده‌اند، بازی کرده باشد. این کار غالباً وقتی یخبندان است امکان‌پذیر می‌باشد. کل خانواده باید ساعت ۴ یا ۵ صبح در تاریکی هوا خانه را ترک کنند تا کودک را به بازی برسانند.

الگوی ۴: بعضی چیزها هرگز تغییر نمی‌کنند

علیرغم گام‌های بزرگی که زنان در عرصه‌های شغلی و کار برداشته‌اند، در اکثر خانواده‌ها، این زن است که با اکثریت امور مربوط به خانه و خانواده سرو کار دارد. هنوز زن است که معمولاً وضعیت سلامتی همه اعضای خانواده را پی‌گیری می‌کند، اندازه کفش کودکان را می‌داند و برای کلاس‌های آنها برنامه‌ریزی می‌کند. معمولاً این زن است که کودکان را در مدارس نام‌نویسی می‌کند و تا دیروقت بیدار می‌ماند که نهارشان را آماده و آشپزخانه را تمیز کند. حالا قبل از این که شما مرا متهم کنید که کلیشه‌های جنسی را تقویت می‌کنم باید بگویم که من این را قبول دارم که در برخی خانواده‌ها مردان نقش‌هایی که من الان ذکر کردم بازی می‌کنند یا حداقل برخی از این مسئولیت‌ها را به عهده می‌گیرند. همین‌طور درست است که در نسل حاضر مردان بسیار بیشتر از نسل‌های گذشته این نقش‌ها را تقبل می‌کنند. خانواده‌های بسیار زیادی با تک والد پدر وجود دارند که به همه امور مربوط به خانه نظارت می‌کنند، اما تعداد زنان سرپرست خانواده حداقل چهار برابر بیشتر است.

خلاصه کلام این که در اکثر خانواده‌ها، چه فرزند داشته باشند یا نداشته باشند، یک نفر در واقع دو شغل دارد: یک شغل روزانه که می‌تواند برنامه کاری طاقت‌فرسایی داشته باشد و یک کار شبانه و آخر هفته که امور خانه را راه می‌اندازد.

الگوی ۵: محرومیت از خواب پی‌آمدهای منفی دارد

در جامعه کنونی امریکای شمالی، افراد بیش از حد کار می‌کنند و تقریباً لازم به گفتن نیست که آنها هر چه بیشتر کار می‌کنند کمتر می‌خوابند و حال بدتری دارند- و بیشتر احتمال دارد که بیمار

شوند. برای مثال، نتایج یک پژوهش منتشر شده در سال ۲۰۰۳ که در آن اطلاعات مربوط به خواب و سلامتی ۷۱۰۰۰ پرستار جمع‌آوری شده بود نشان داد که در طول یک پی‌گیری ده‌ساله آنهایی که کمتر از ۵ ساعت می‌خوابیدند ۴۵ درصد بیشتر احتمال داشت که دچار بیماری قلبی شوند. ارتباط میان خواب و سلامتی در نظر سنجی خواب که توسط بنیاد ملی خواب آمریکا در سال ۲۰۰۲ انجام گرفت نیز به وضوح آشکار بود.

این نظرسنجی که از ۱۰۱۰ بزرگسال سنین هجده سال و بالاتر به عمل آمد نشان داد که افراد هر چه کمتر بخوابند احتمال بیشتری دارد که احساس ناخوشی کنند. افرادی که بیشتر از شش ساعت در هر روز می‌خوابیدند احساس خوش‌بینی و رضایت بیشتری از زندگی خود داشتند در حالی که آنهایی که کمتر از شش ساعت می‌خوابیدند اکثراً خسته، ناراحت، غمگین و یا عصبانی بودند.

یافته‌های همین نظرسنجی نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از بزرگسالان آمریکایی تایید کردند که سال گذشته در حال خواب‌آلودگی رانندگی کرده‌اند. مردان خیلی بیشتر از زنان معترف بودند که در دوران جوانی (سنین بین ۱۸ تا ۲۹ سال) و همین‌طور هنگامی که دارای فرزند بودند در حالت خواب‌آلودگی رانندگی کرده‌اند. ۲۲ درصد از مردان و ۱۲ درصد از زنان تایید کردند که سال گذشته پشت فرمان خوابشان برده است. با این اوصاف قابل درک است که در بسیاری از بخش‌های جامعه نگرانی‌های روزافزونی درباره عملکرد افراد خواب‌آلود وجود داشته باشد. هیچ‌کس نمی‌خواهد خلبان هواپیمایی که با آن پرواز می‌کند الکل مصرف کرده باشد یا پلک‌هایش از خستگی افتاده باشد. تصور این که مأمور کنترل ترافیک هوایی شما به خاطر اضطرابش آرام‌بخش مصرف کرده یا چون از یک شیفت بیست و چهارساعته آمده تمرکز ندارد، اصلاً خنده دار نیست.

فاجعه در جاده

زنی که در درمانگاه مقابل من نشسته بود بی‌خوابی خیلی شدیدی داشت. دلیل بی‌خوابی او در نگاه اول واضح به نظر می‌رسید. نوعی تصادف باعث فلج او شده بود. او روی یک صندلی چرخ دار

نشسته و پاهایش در جهات متفاوتی منحرف شده بودند، که نشان می‌داد استخوان‌های شکسته او در زمان جوش خوردن در یک ردیف قرار نگرفته اند و احتمالاً درد باعث مشکلات خواب او شده بود. هنگامی که او داستانش را نقل کرد آشکار شد که بی‌خوابی او خیلی ساده نیست. در حدود یک سال قبل، یک روز صبح که او و شوهرش در بزرگ راه به طرف ویلایشان در حرکت بودند، اتومبیلی که در خط وسط جاده بی‌هدف حرکت می‌کرد به طرف آنها آمد و با اتومبیل آنها تصادف کرد. شوهر او درجا کشته شد و او بی‌هوش شد. زن چندین ماه به خاطر مداوای شکستگی‌های پاها، لگن خاصره و بازوانش در یک بیمارستان بستری بود. او می‌گفت چیزی که بیشتر از همه ناراحتش می‌کند درد نیست بلکه فراموش کردن مرگ شوهرش است. راننده وسیله نقلیه‌ای که از خط وسط منحرف شده بود پشت فرمان خوابش برده بود. او تمام شب را بیدار بود و در راه بازگشت به شهر بود که این اتفاق افتاد. بی‌خوابی بیمار علیل من توسط یک راننده خواب‌آلود ایجاد شده بود که زندگی او را نابود کرد. او احساس می‌کرد که جراحات و سوگ او هرگز التیام نخواهند یافت.

شما حتماً نمی‌خواهید که پزشک تان قبل از ملاقات با شما چون تمام شب را در اتاق عمل بوده تمرکز نداشته باشد. هزاران شغل مختلف نیاز به هوشیاری دارند، اما در این بیست و چهار ساعت‌ها و هفت روزها افراد خواب‌آلود ممکن است توجه خود را از دست بدهند و سر کار خوابشان ببرد. نتایج می‌تواند فاجعه‌آمیز باشد.

گام‌هایی جهت بهبود خواب در جهانی که هرگز نمی‌خوابد

جهان هنوز با موضوعاتی مانند سرعت، ارتباطات، بهره‌وری و رقابت جهانی درگیر است. احتمال ندارد که این وضعیت به این زودی تغییر پیدا کند. کیفیت زندگی اصلاً به‌عنوان یک اولویت مهم در جامعه ما محسوب نمی‌شود. من همکارانی دارم که دو تا سه ساعت از روز را در راه رفت و برگشت به محل کار در ترافیک وحشتناک می‌گذرانند. آنها این مشکل را با خرید اتومبیل‌های شیک و راحت برطرف می‌کنند، اما این اعداد و ارقام هستند که حرف اول را می‌زنند. اگر شما در روز دو

ساعت رانندگی کنید و سالانه چهل و هشت هفته سرکار بروید، در یک سال ۴۸۰ ساعت را در راه گذرانده‌اید. برخی افراد به منظور اجتناب از گیرکردن در ترافیک، ساعت ۴/۳۰ الی ۶ صبح از خانه خارج می‌شوند و محل کارشان را بعد از ساعت ۶ بعدازظهر ترک می‌کنند. این افراد به‌ندرت فرزندان‌شان را می‌بینند. آنها هرگز صبح خانواده‌شان را نمی‌بینند و شب فقط زمان کوتاهی را با عزیزانشان می‌گذرانند چون ساعت ۹ شب به تخت خواب می‌روند. این وضعیت چگونه می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد؟ اما امیدتان را از دست ندهید. مردم می‌توانند با برداشتن گام‌هایی، کیفیت زندگی خود را در این جهانی که هرگز نمی‌خوابد، بالا ببرند.

تصمیم درباره این که چگونه وقت خود را بگذرانید

ابتدا، فهرست معقولی از ارزش‌ها و اولویت‌های خود تهیه کنید. سپس مواردی که در فهرست شما خیلی مهم نیستند خط بزنید. هنگامی که دو یا سه ارزش مهم باقی ماندند آن وقت زمان آن رسیده که ببینید آیا شیوه زندگی و زندگی شما با این ارزش‌ها جور در می‌آیند یا نه. آیا شما زمانتان را برای اولویت‌های‌تان صرف می‌کنید؟ اگر مهم‌ترین ارزش برای یک زن، بودن با فرزندانش باشد و شیوه زندگی او با اطمینان نشان دهد که این کار عملاً غیرممکن است، بنابراین باید شیوه زندگی و برنامه او تغییر کند. من از این رویکرد برای افرادی که در ۴۰ سالگی مشکلات خواب ناشی از چاقی شدید داشته‌اند، بارها استفاده کرده‌ام. من به آنها خاطر نشان می‌کنم که اگر همین‌طور چاق باقی بمانند و اختلال خواب درمان نشده شدید داشته باشند احتمالاً آن‌قدر زنده نمی‌مانند که فارغ‌التحصیلی فرزندان‌شان را ببینند و شاید آن قدر زندگی نکنند که نوه‌هایشان را هم ببینند. اگر این مسأله برای آنها مهم باشد باید مشکل‌شان را مورد توجه قرار دهند و درصدد کاهش وزن و یا درمان اختلال خواب خود بر بیایند. اگر شما هر روز دو تا سه ساعت را در اتومبیل می‌گذرانید یا شغلی با شیفت‌های طاقت‌فرسا دارید که با ارزش‌های شخصی مهم شما هم خوان نیست، باید تلاش کنید که شیوه زندگی‌تان را تغییر دهید. پول اصلاً ارزش این همه مکافات را ندارد.

ایجاد انطباق‌های شغلی

اگر برنامه کاری شما یک تأثیر منفی روی سلامتی‌تان می‌گذارد (همیشه خسته، عصبی و فوق‌العاده بدخلق هستید) یا بیمار هستید (بیماری‌هایی که در اثر استرس بدتر می‌شوند منجمله بیماری قلبی، فشار خون بالا، اختلالات گوارشی، عفونت‌ها یا دیابت) باید در فکر تغییر برنامه‌تان یا پیدا کردن یک شغل جدید باشید.

سازگاری با کار شیفتی

در صورتی که نمی‌توانید از کار شیفتی اجتناب کنید، قدم سومی که باید برای بهبود زندگی‌تان در جهان بیست و چهار ساعت/هفت روز بردارید، به حداکثر رساندن زمان خوابتان است.

هنگام تفکر درباره این که چگونه با کار شیفتی کنار بیایید، مهم این است که از خودتان بپرسید چگونه به مقدار کافی بخوابید تا سلامت باشید، خودتان یا دیگران را به خطر نیندازید و در کار و زندگی‌تان هم چنان متمرکز واقع شوید. اولین تصمیمی که باید بگیرید این است که آیا کار شیفتی برای شما مناسب است یا نه. به خاطر داشته باشید هنگامی که افراد شب‌ها را بیدار می‌مانند در واقع با ساعت بدنشان می‌جنگند که به آنها می‌گویند بروند بخوابند. درست مانند آن است که آنها هر چند روز یک بار خودشان را در معرض هواپیمازدگی قرار بدهند. از طرف دیگر، من در طول سال‌ها افرادی را دیده‌ام که طبیعت‌شان به کار شیفتی تمایل دارد. آنها شب‌زنده‌دار هستند و دوست دارند که شب‌ها بیدار بمانند. آنها اغلب ترجیح می‌دهند در شیفت شب بیمارستان‌ها و جاهای دیگر کار کنند. برخی افراد می‌توانند بدون زحمت زیاد در شیفت‌های مختلف کار کنند و آنها را تغییر دهند. برای سایر مردم بیدار ماندن تا دیروقت یا کار کردن در شب عذاب‌آور و زندگی شغلی و زندگی شخصی‌شان رقت‌انگیز است. افراد باید تصمیم بگیرند که آیا منافع کار شیفتی (شغلی با دستمزد بیشتر) ارزش مبادله کردن را دارد یا نه. برای مثال، میزبان صبح‌گاهی یک ایستگاه رادیویی در یک منطقه آمریکایی

عظیم عادت داشت که ساعت ۴ صبح از خواب بیدار شود تا به ایستگاه رادیو برسد و شیفتش را شروع کند. بعد از سال‌ها که او این شغل آبرومند را با حقوق بالا داشت یک روز به این نتیجه رسید که دیگر نمی‌خواهد هر شب ساعت ۸/۳۰ به رخت خواب برود و صبح زود در حالی که هوا هنوز تاریک است از خواب بیدار شود. او از زندگی‌اش متنفر شده بود. حالا او با یک شغل کم‌درآمدتر و ساعات کار معمولی، بسیار راضی‌تر است.

خوابیدن در خانه هنگام روز

اگر شما باید هنگام روز بخوابید، مطمئن شوید که محیط خانه به خواب منتهی می‌شود. این کار مستلزم آویزان کردن چند پرده ضخیم است که اتاق خواب را تاریک کنند. بهتر است یک پیام‌گیر یا پست صوتی بگیرید. اگر کشیک نیستید، با خیال راحت تلفن را قطع کنید. وقتی در طی روز می‌خوابید، ممکن است متوجه شوید که تنها اتاق ساکتی که پیدا می‌شود یک نقطه فراموش شده در زیرزمین است.

شما باید با اعضای خانواده و همه دوستانان در این باره گفتگو کنید تا آنها از نیاز شما به خواب آگاه شوند و به برنامه‌تان احترام بگذارند. به علاوه شما می‌توانید یادداشتی برای همسایه‌هایتان بنویسید و به آنها اطلاع دهید که کار شیفتهی دارید و گاهی اوقات لازم است که هنگام روز بخوابید. مؤدبانه از آنها خواهش کنید که سر و صدا نکنند تا خوابتان بهم نریزد. شما می‌توانید حتی به همسایه‌ها برنامه روزهایی که می‌توانند مسأله ساز باشند بدهید، خصوصاً اگر بر طبق یک شیفت چرخشی کار می‌کنید. یادداشت‌های تشکر و یادآوری معمولاً همکاری و ملاحظه آنها را در پی خواهد داشت. هر کاری که لازم می‌دانید انجام دهید تا مطمئن شوید که سروصدا از هر نوعی به حداقل رسانده شده. اگر برخی سروصداها غیرقابل اجتناب هستند (شما نزدیک فرودگاه یا خط سیر اتوبوس زندگی می‌کنید)، گوش‌گیر می‌تواند بسیار کمک کننده باشد.

بررسی انواع مختلف کار شیفتهی

اگر شما کار شیفتهی را در نظر دارید، باید تلاش کنید که بفهمید چه نوع از آن برای شما بهتر از همه

خواهد بود. یک شیفت ثابت^۱ نوعی شیفت با یک برنامه منظم است که در آن شما همیشه در ساعات معینی کار می‌کنید. برای مثال، شما ممکن است پنج شب پیاپی از نیمه‌شب تا ۸ صبح کار کنید، دو روز تعطیلی داشته باشید و سپس پنج شب پیاپی دیگر کار کنید و الی آخر. یک شیفت چرخشی^۲ شیفتی است که در آن شما چند روز در یک شیفت کار می‌کنید، چند روز تعطیل هستید و سپس شیفت‌تان را عوض می‌کنید. تعداد روزهایی که شما در هر شیفت کار می‌کنید می‌تواند متفاوت باشد و جهت شیفت‌ها ممکن است فرق کنند. برای مثال یک برنامه می‌تواند به صورت چهار شب پیاپی کار، سه روز تعطیلی و بعد چهار روز پیاپی کار در شیفت صبح باشد. در این مثال، چرخش در جهت عقربه‌های ساعت بود. چرخشی که از روز (۸ صبح تا ۴ بعدازظهر) به شب (۴ بعدازظهر تا نیمه‌شب) و نیمه‌شب (نیمه‌شب تا ۸ صبح) حرکت کند، در جهت عقربه‌های ساعت است. چرخشی که به‌طور وارونه از روز (۸ تا ۴ بعدازظهر) به نیمه‌شب (نیمه‌شب تا ۸ صبح) و شب (۴ بعدازظهر تا نیمه‌شب) برود، چرخش در جهت عکس عقربه‌های ساعت است. اگر هیچ‌الگویی وجود ندارد و از شما خواسته می‌شود که دل‌خواهی کار کنید (که این در رانندگان کامیون مسیرهای طولانی متداول است)، به این برنامه صرفاً برنامه نامنظم^۳ اطلاق می‌شود. یک شیفت گسسته^۴ شیفتی است که در آن روز کاری به چند ساعت کار نکردن (دقیق‌تر بگوییم بدون دستمزد) که معمولاً زمان آن در وسط روز است، تقسیم شده است. شما ممکن است برای چهار ساعت دستمزد بگیرید، برای چهار ساعت نگیرید و سپس برای چهار ساعت بعدی دستمزد بگیرید. بنابراین، شما برای ۸ ساعت دستمزد گرفته‌اید با وجودی که به مدت دوازده ساعت از خانه دور بوده‌اید.

در کل، برای برقراری یک الگوی خواب و شیوه زندگی منظم، برنامه‌های ثابت بهتر از برنامه‌های چرخشی هستند. اگر چرخش‌ها در جهت عقربه‌های ساعت باشند، برنامه‌های چرخشی بهترند. از برنامه‌های کاری که به شما فرصت کافی نمی‌دهند که به موضوعات خانوادگی یا تفریح بپردازید

¹ - Fixed shift

² - Rotating shift

³ - Irregular shift

⁴ - Split shift

اجتناب کنید. اگر زنی چاره ای جز کارکردن نداشته باشد بهترین شیفتی که مناسب خانواده اش هم باشد کدام است؟ هنگامی که کودکان پیش دبستانی در خانه هستند یک شیفت عصر یا شب بهتر است، چون معمولاً برای مراقبت از کودکان در خانه راحت تر می توان از خویشاوندان کمک گرفت. هنگامی که زنی عصرها یا شبها کار می کند، دو برابر احتمال دارد که پدر مراقب اصلی کودکان باشد.

اداره کردن روز کاری

کارهای کسل کننده را برای آخر روز نگذارید. ممکن است تمام کردن آنها برای شما سخت باشد. اگر شغل خطرناکی دارید یا شغلی دارید که احتمال خطر برای دیگران را کاهش می دهد (برای مثال، متصدی ماشین آلات سنگین، ناخدای کشتی، کنترل کننده ترافیک هوایی) مطمئن شوید که سیستمی در آن مکان وجود دارد که به شما اجازه می دهد در صورت خواب آلودگی شدید، استراحت کنید. شما حتی می توانید از همکاران تان بخواهید که وقتی خواب آلوده به نظر می رسید خبرتان کنند. شما هم همین کار را برای آنها انجام دهید. سعی کنید در صورت امکان در فضاهایی بمانید که به اندازه کافی روشن باشند. غذاهای سالم و مغذی بخورید.

اگر شما برنامه کاری شاقی دارید باید سعی کنید آن را تغییر دهید، اما بدانید که تحقق این امر می تواند بسیار دشوار باشد. شاید مجبور شوید با کارفرما یا اتحادیه صحبت کنید تا ببینید که چه توافقیها و تغییراتی می تواند صورت گیرد. کارفرمایان را از تأثیر کار شیفتی روی سلامت و بهره وری کارکنان شان آگاه سازید. بررسی کنید که آیا برنامه های کاری حقوق کارگران را زیر پا می گذارد. ببینید منشا برنامه از کجا است. آیا از طرف کارفرما، اتحادیه، و یک مشاور آمده- یا نتیجه مذاکرات کارگری بوده؟ در بسیاری از مواقع ممکن است برنامه برای چندین دهه ثابت بوده باشد و هیچ فرد یا سازمانی مسئولیت فعلی آن را به عهده نگیرد. برخی شرکتها ممکن است آماده باشند که برنامه ها را براساس اطلاعات علمی جدید تغییر دهند.

ببینید کارکنان دیگر در مورد برنامه کاری چه فکری می کنند. بررسی کنید که آیا سایر صنایع مشابه

برنامه‌های بهتری دارند یا نه. خودتان را با تحقیق مناسب و هر ابزاری که بتواند وضعیت شما را نشان دهد مجهز کنید. با پیشنهادی برای حل مشکل نه طرح مشکل به کارفرمایان مراجعه کنید. همکاران‌تان را هم درگیر کنید که به اتفاق هم بتوانید به برنامه شیفت کاری بهتری برسید یا می‌توانید پیشنهاد دهید که شرکت در مورد روش بهبود برنامه‌ها با کارشناسانی مشورت نماید. اگر اطلاعات با شیوه مثبتی ارائه شود که بهره‌وری محیط کار را افزایش دهد، غیبت‌ها را کاهش دهد و موجب بهبود سلامت کارکنان شود، شانس خود را برای گرفتن یک پاسخ مثبت بالا می‌برید. اگر شما هیچ تلاشی جهت تغییر برنامه کاری خود نکنید، هیچ شانس برای یک پاسخ مثبت وجود ندارد.

استراحت کوتاه در محل کار

اگر ترتیبی داده شود که کارکنان بتوانند هنگام کار در زمان‌های مناسب چرت بزنند، این می‌تواند برای کارکنان شیفتی خصوصاً آنهایی که شیفت‌های نامنظم دارند، نجات دهنده باشد. بررسی کنید که آیا کارفرمایان سیاست استراحت دادن را در برنامه کاری خود دارد. یک چرت کوتاه پانزده تا سی دقیقه‌ای می‌تواند برای چندین ساعت هشیاری را به طور قابل ملاحظه‌ای بالا ببرد، حتی برای کسی که خیلی خسته است. برای مثال هر روز خطوط هوایی بیشتری به کمک خلبانان پروازهای طولانی خود اجازه چرت زدن می‌دهند. مراقب باشید که چرت‌ها خیلی طولانی نباشد. اگر شما در یک خواب خیلی عمیق فرو بروید، ممکن است هنگام بیدار شدن گیج تر از زمان قبل از چرت زدن خود باشید. وقتی سایر افراد در ساعت استراحت خود دونات و قهوه می‌خورند، جایی برای چرت زدن پیدا کنید.

تمام کردن یک شیفت، رفتن به خانه، خوابیدن

اگر شما یک شیفت شب را تمام کرده‌اید و در حال رفتن به خانه هستید، دانستن مطالب زیر می‌تواند به شما کمک کند. اولاً، اگر امکانش فراهم باشد یک "کار پول" را در نظر بگیرید. در کنار

¹ - Carpool

صرفه‌جویی در مصرف بنزین، وجود چندین نفر در ماشین به راننده کمک می‌کند که هشیار بماند. برخی از کارفرماها ممکن است در واقع حاضر باشند برای کارکنان شیفتی خود که ممکن است رانندگی کردن برایشان خطرناک باشد، وسایل نقلیه فراهم کنند. اگر هوای بیرون آفتابی است، عینک آفتابی بزنید، خصوصاً اگر برنامه‌تان این است که به محض رسیدن به خانه بخوابید. قرارگرفتن در معرض نور روشن روز می‌تواند ساعت بدن را دوباره تنظیم (فصل ۸ را ببینید) و خوابیدن را مشکل نماید. از مصرف غذاهای سنگین و الکل قبل از خوابیدن اجتناب کنید. خوردن شام سنگین در زمان صبحانه می‌تواند خوابیدن را مشکل‌تر کند و ممکن است منجر به اضافه وزن شود. الکل می‌تواند در عرض چندساعت شما را از خواب بیدار کند (فصل ۱۲ را ببینید).

استفاده از داروها برای خوابیدن

به‌طورکلی، هنگام انطباق خود با یک برنامه کار شیفتی، استفاده از قرص‌های خواب‌آور توصیه نمی‌شود. ما اصلاً نمی‌دانیم که استفاده از چنین داروهایی بعد از ماه‌ها و سال‌ها و حتی دهه‌ها چقدر بی‌خطر است. استفاده از الکل برای این منظور نیز مشکل‌ساز است.

استفاده از داروها برای بیدارماندن

برخی افراد از انواع مختلف کافئین استفاده می‌کنند یا حتی داروهای محرک مانند آمفتامین‌ها یا متیل فنیدات می‌گیرند (فصل ۲۰ را ببینید). اگرچه داروها، ظرفیت آن را دارند که عملکرد افراد را به‌طور موقت بالا ببرند و افراد را هشیارتر کنند، اما ممکن است روی خواب شبانه اثر منفی بگذارند و به خصوص در درازمدت موجب بی‌خوابی شوند. اخیراً، نگرانی زیادی بوجود آمده که آمفتامین‌ها هنگامی که برای حفظ هوشیاری به کار می‌روند، می‌توانند منجر به قضاوت ضعیف شوند. در اواخر سال ۲۰۰۳، پانل FDA که داروها را بررسی می‌کند توصیه کرده که مودافینیل^۱ (در ایالت متحده

^۱ - Modafinil

با نام پروویجیل^۱ و در کانادا با نام آرتک^۲ به بازار عرضه می‌شود، فصل ۲۰ را ببینید) که یک داروی افزایش‌دهنده حالت هوشیاری است می‌تواند برای درمان خواب‌آلودگی کارگران شیفتی دچار مشکلات خواب مورد استفاده قرار بگیرد.

شما چه حق و حقوقی دارید؟

اگر شما شیفتی کار می‌کنید، مهم است که بدانید چه حق و حقوقی دارید و چه حمایت‌های قانونی از طرف اتحادیه و کارفرمایان دریافت می‌کنید. اکثر انجمن‌ها تحت قوانین فدرال یا مقررات محلی فعالیت می‌کنند که از کارگران حمایت می‌نمایند. برخی صنایع، مانند هواپیمایی خیلی به دقت برنامه‌ریزی شده‌اند. سایرین قوانینی را دارند که گاهی بدون دقت زیاد اعمال شده‌اند- برای مثال، در صنعت حمل و نقل یا تسهیلات آموزش پزشکی. یک مجموعه از قوانین ممکن است واقعاً در جهت عکس یک مجموعه قوانین دیگر عمل کنند. برای مثال، در برخی جوامع، پزشکان در دوره آموزش خود ممکن است بیش از ۱۰۰ ساعت در هفته مشغول به کار باشند. بیمارستان‌ها ممکن است استدلال کنند که این پزشکان «آموزش» می‌بینند و واقعاً «کار» نمی‌کنند و با این ادعا، نادیده انگاری خود را از قوانین کار توجیه نمایند. در سال ۲۰۰۳ سازمان‌هایی که برنامه‌های آموزشی پزشکی را تنظیم می‌کنند قوانینی را اعمال کرده‌اند که به کارآموزان اجازه نمی‌دهد بیش از ۸۰ ساعت در هفته کارکنند. با وجود این در همه زمینه‌ها این پیشرفت اتفاق نیفتاده است. در حال حاضر یک خلبان نمی‌تواند بیش از هشت تا ده ساعت در هر شیفت ماموریت پرواز داشته باشد اما یک جراح ممکن است روی شما عمل جراحی انجام دهد حتی اگر سی و شش ساعت نخوابیده باشد.

بازگشت به راننده اتوبوس خواب‌آلود

راننده اتوبوسی که در ابتدای این فصل توصیفش کردم، روز کاری‌اش را برای من توضیح داد. او

¹ - Provigil

² - Alertec

هر روز ساعت ۴ صبح بیدار می‌شد تا ناهار بپزد و کارهای آن‌روز شوهر و فرزندانش را سر و سامان بدهد. در ساعت ۵ صبح او خانه را ترک می‌کرد تا به پایانه اتوبوس برود و کارش را در ساعت ۶ صبح شروع کند. شیفت صبح او مجموعاً چهار ساعت بود و کار او ساعت ۱۰ تمام می‌شد. بین ساعت ۱۰ صبح تا ۳ بعدازظهر، او در پایانه اتوبوس‌رانی وقت می‌گذراند چون نمی‌خواست ۲ ساعت را در راه رفت و برگشت به خانه صرف کند. برنامه بعدازظهر او که در خلال ساعات شلوغی بین ساعت ۳ تا ۶ بعدازظهر بود، سه ساعت طول می‌کشید. بعد از این که به پایانه برمی‌گشت، به طرف خانه راه می‌افتاد و تقریباً ساعت ۷ شب به خانه می‌رسید. هنگام رسیدن به خانه علاوه بر این که فوق‌العاده خسته بود، زمان خیلی کمی هم برای رسیدگی به زندگی خانوادگی و همین‌طور خواب کافی داشت. او معمولاً در حدود ساعت ۱۰ شب به تخت خواب می‌رفت. بنابراین او به طور متوسط فقط شبی ۶ ساعت می‌خوابید. تعجبی نداشت که او درب و داغون بود و هنگام رانندگی اتوبوس ترانزیت به سختی می‌توانست خودش را بیدار نگهدارد. بعد از این که ما در مورد راه‌حل‌های مختلف صحبت کردیم، من به نمایندگی از طرف بیمار با اتحادیه و کارفرمای او تماس گرفتم تا ببینم که آیا می‌توان برای این شیفت‌ها کاری انجام داد. به عقیده من چنین برنامه‌ای، او و جامعه را به خطر می‌انداخت. نه اتحادیه و نه کارفرمای او مطلقاً هیچ علاقه‌ای به تغییر این شیفت‌های گسسته نشان ندادند. کارفرما به من گفت که شیفت‌ها توسط اتحادیه برنامه‌ریزی شده. رئیس اتحادیه ابراز تأسف کرد که این راننده نمی‌تواند از عهده برنامه بر بیاید، اما گفت که برنامه‌های کاری بهتر برای رانندگانی که سابقه بیشتری دارند نگهداشته شده و او باید چندین سال دیگر کار کند تا بتوان برنامه را تغییر داد.

من و بیمار درباره جوانب مثبت و منفی این شیفت‌ها با هم صحبت کردیم و او به این نتیجه رسید که سلامتی و خانواده‌اش برای او بسیار با اهمیت‌تر هستند و باید شغلش را عوض کند. این اولین بار نبود و آخرین بار هم نخواهد بود که من با افرادی مواجه شده‌ام که درباره اثرات سوء کار شیفتی چیزی نمی‌دانستند و در موقعیتی قرار داشتند که اگر می‌دانستند، می‌توانستند به کارکنان‌شان کمک کنند.

در فصل‌های قبلی دیدیم که چگونه بیولوژی یک زن (قاعدگی، حاملگی و یائسگی) و بسیاری از

نقش‌های او در خانه می‌توانند موجب مشکلات خواب شوند. در این فصل دیدیم که چگونه نقش‌های متعدد یک زن در جهانی که هرگز نمی‌خواهد می‌تواند محرومیت خواب و مشکلات سلامتی تولید کنند. چند فصل بعدی به اختلالات خوابی می‌پردازند که می‌توانند اثرات ویران‌گری روی زندگی یک زن داشته باشند.

بخش ۳

نمی‌توان خوابید، نمی‌توان بیدار ماند

فصل ۱۰

بی خوابی

زنی که نمی‌توانست بخوابد

یک بیمار زن ۷۰ ساله به خاطر بی‌خوابی توسط پزشک خانوادگی‌اش به من ارجاع شده بود. زن لاغر بود و عصبی به نظر می‌رسید و موهایش را شانه نزده بود. او به من گفت که معمولاً سه تا چهار ساعت طول می‌کشد تا خوابش ببرد و هنگامی که بالاخره خوابش می‌برد یکی دو ساعت بعد دوباره از خواب بیدار می‌شود و دیگر نمی‌تواند بخوابد. در پاسخ به سؤالات من می‌گفت که چه در شب و چه در طی روز حرکات پی‌درپی یا حالت بی‌قراری در پاهایش نداشته است. همین‌طور در طی روز ناآرام نبوده است. او طوری غلت نمی‌زد و نمی‌چرخید که رخت خوابش به هم بریزد. در واقع او می‌گفت که چه در حالت خواب یا بیداری در تختش کاملاً بی‌حرکت بوده است. او نمی‌دانست که خروپف می‌کند یا نه چون تنها زندگی می‌کرد. هنگامی که او خوابش می‌برد، گاهی در اثر یک کابوس وحشتناک و در حالی که از عرق خیس شده بوده از خواب می‌پرید. من از او پرسیدم از این که زود خوابش نمی‌برد احساس عجز می‌کند و او پاسخ منفی داد. مشکل خواب او آن قدر طولانی شده بود که به آن عادت کرده بود. هنگامی که از خواب بیدار می‌شد، احساس ترشی در دهان، سوزش معده، گرسنگی، درد قفسه سینه، تنگی نفس یا هر احساس ناخوشایند دیگری را نداشت. من گنج شده بودم تا این که از او سؤال کردم که چه مدت این مشکل را داشته و آیا می‌تواند به خاطر بیاورد که مشکل از کی شروع شده است. هنگامی که او گفت شب دقیق آن را به یاد می‌آورد، فهمیدم که در مسیر درستی قرار گرفته‌ام.

بی‌خوابی چیست؟

برای اکثر مردم، بی‌خوابی یک بیماری محسوب نمی‌شود. آن شکایت یا علامتی است که معمولاً نشان می‌دهد مشکل در جای دیگر است. بی‌خوابی علامتی است که علل زیربنایی زیادی دارد که شامل هر یک از موارد زیر می‌شود: اختلالات روان‌شناختی، اختلالات روان‌پزشکی، بیماری‌های جسمی مثل بیماری‌های قلبی، ریوی، کلیوی، اختلالاتی که در مراحل تحولی زندگی یک زن رخ

می‌دهند (مانند قاعدگی و یائسگی)، و همین‌طور عوارض جانبی داروها. بنابراین، اگر شما در به خواب‌رفتن و یا در خواب باقی ماندن مشکل دارید یکی از موارد زیر می‌توانند علت زیربنایی آن باشد که درمان را ایجاب می‌کند:

- سندرم پیش از قاعدگی (فصل ۳)
- حاملگی (فصل ۴)
- گرگرفتگی (فصل ۵)
- زندگی خانوادگی دشوار (فصل ۷)
- تفاوت‌های ساعت بدن (فصل ۸)
- جهان بیست و چهار ساعت / هفت روز ما (فصل ۹)
- سندرم پاهای بی‌قرار (فصل ۱۱)
- بیماری‌های طبی (فصل ۱۵)
- بیماری‌های روان‌پزشکی (فصل ۱۶)
- داروها (فصل ۱۷)

مابقی این فصل به موضوعاتی می‌پردازد که برای همه افراد دچار بی‌خوابی اهمیت دارد. محور آن بر بی‌خوابی‌هایی است که به سایر بیماری‌ها مربوط نمی‌شوند.

آیا مشکلی وجود دارد؟

مواقعی وجود دارد که آن چه به عنوان یک علامت غیرعادی تصور شده می‌تواند واقعاً در محدوده عادی جای بگیرد. گاهی اوقات افراد با نشانه‌ای نزد پزشک‌شان می‌روند که موجب نگرانی‌شان شده اما یک مشکل واقعی تلقی نمی‌شود. چیزی که این افراد به آن نیاز دارند اطمینان خاطر از این بابت است که واقعاً هیچ مشکلی ندارند. برای مثال، من افراد زیادی را دیده‌ام که از این

که به خواب رفتن آنها سی دقیقه طول می کشد بسیار ناراحت هستند. افراد دیگر از این بابت که سی دقیقه طول می کشد تا خوابشان ببرد شکایتی ندارند. برای برخی، هر تأخیری در به خواب رفتن تمام نشدنی به نظر می رسد. اکثر بیماران دچار بی خوابی که من دیده ام بیش از چهل و پنج دقیقه طول می کشیده که خوابشان ببرد.

من در طول سالها بیماران زیادی را دیده ام که به من گفته اند فقط شش تا هفت ساعت در شب می خوابند، بنابراین آنها تصور می کنند که باید بی خوابی داشته باشند. بسیاری درخواست می کنند که من برای آنها قرص های خواب آور تجویز کنم چون در کتاب خوانده اند که باید هر شب هشت تا نه ساعت بخوابند. من در آن موقع از آنها می پرسم که در طول روز چه احساسی دارند و بازده شان چقدر است. اگر آنها به من بگویند که کاملاً احساس بیداری و هشیاری می کنند و در طی روز عملکرد بالایی دارند به آنها می گویم که جزء افراد خوش شانس هستند که نسبت به بقیه افراد جامعه می توانند با وجود خواب کمتر به خوبی عمل کنند. گرچه پیشنهاداتی در باره میزان خواب ایده آل ارائه شده، هیچ عدد مشخصی برای میزان خواب بهینه هر فرد در کل جامعه ذکر نشده است. برای هر فردی ظاهراً یک عدد بهینه وجود دارد. معهذاً، گرچه برخی افراد میزان خواب بهینه خود را می دانند، سایرین نامطمئن هستند و بنابراین اغلب تصور می کنند که دچار کمبود می باشند.

اگر شما در مورد تعداد ساعاتی که به خواب نیاز دارید مطمئن نیستید، لازم است آزمایش زیر را انجام دهید. به مدت دو هفته تعداد ساعاتی که در شب خوابیده اید، ثبت کنید و در آخر هر روز کارکرد روزانه تان را بر اساس یک مقیاس از ۱ (بدترین کارکردی که تا به حال داشته ام) تا ۱۰ (بهترین کارکردی که داشته ام)، ارزیابی نمایید. شما می توانید عملکرد خود را در محل کار، در زمان تفریح یا انجام سایر فعالیت ها، در ارتباط با خانواده تان، یا ترکیباتی از آنها، درجه بندی کنید. بعد از دو هفته به ارتباط بین خواب شبانه و عملکرد روز بعدتان توجه کنید. خصوصاً دقت کنید که آیا خواب شما با عملکرد روز بعدتان رابطه زیادی دارد یا نه. برای مثال، برخی افراد می بینند که در بعضی روزها با خواب نسبتاً کم عملکرد بسیار خوبی دارند در حالی که در سایر روزها علی رغم

خواب نسبتاً زیاد، عملکردشان ضعیف است. انجام این نوع آزمایش‌ها می‌تواند به عنوان روشی برای قضاوت درباره اثر خواب بر زندگی روزانه‌تان به کار رود.

آیا مشکل از محیط اطرافتان است؟

بعضی افراد بسختی خوابشان می‌برد نه به خاطر این که یک مشکل پزشکی دارند بلکه به علت اینکه محیط اطرافشان مشکل‌زا است. نور خیلی زیاد در اتاق می‌تواند افراد را بیدار نگه دارد یا آنها را صبح زود از خواب بیدار کند. این مشکل اکثراً با پنجره‌پوش‌های مناسب حل شده است. سروصدای زیاد از بیرون خانه (اتوبوس‌ها، ماشین‌ها یا هواپیماها) یا داخل خانه (موسیقی یا تلویزیون) می‌تواند افراد را بیدار نگه دارند. همچنین اگر هوا بسیار گرم یا بسیار سرد باشد، خوابیدن بسیار دشوار می‌شود. هنگامی که من به مسافرت می‌روم و در هتل می‌مانم، همیشه یک اتاق ساکت به دور از آسانسورها و دستگاه‌های یخ‌ساز درخواست می‌کنم و البته من اتاقی بدون بالش پر یا لحاف پر قو هم می‌خواهم. چرا بدون پر؟ پاسخ آن در بخش بعدی آمده است.

آیا مشکل از تخت خواب است؟

سال‌ها قبل هنگامی که من کودکی بیش نبودم فهمیدم که نسبت به پر حساسیت دارم. کسی که نصفه شب با بینی گرفته یا عطسه از خواب بیدار می‌شود ممکن است به پرهای رخت خوابش حساسیت داشته باشد. آیا تخت راحت است؟ بسیاری از افراد تخت‌هایی دارند که برای آنها بسیار سفت است. دیگران نمی‌دانند که تشک‌ها و حتی تخت خواب آنها باید عوض شوند، و آنها در نهایت روی تختی می‌خوابند که ناهموار است یا وسطش گودی دارد. مشکل دیگر خوابیدن در تختی است که اندازه درستی ندارد. متوجه باشید که ممکن است تخت یک نفره استاندارد که نوجوان شما سال‌ها در آن راحت می‌خوابیده ناگهان برایش کوچک شود. شما باید دقت خاصی به خرج دهید که یک تخت راحت برای خود و همسرتان پیدا کنید. یک امتحان کوتاه در مغازه ممکن است برای تعیین

مناسب بودن تخت، کافی نباشد. همیشه مطمئن شوید که قبل از خرید تخت می‌توانید آن را پس بدهید یا عوض کنید. هنگامی که در سفر هستید (در هتل یا در خانه یک دوست) بدون رودربایستی درخواست کنید تختی در اختیار شما بگذارند که راحت باشد. شما یک سوم از عمرتان را روی تخت خوابتان می‌گذرانید- اطمینان حاصل کنید که آن یک مشکل خواب تولید نمی‌کند.

بی‌خوابی در زنان چقدر شایع است؟

بی‌خوابی فقط در بین اهالی امریکای شمالی پرکار و پراسترس یک مشکل محسوب نمی‌شود. بی‌خوابی در هر کشوری که مورد مطالعه قرار گرفته منجمله فرانسه، آلمان، بریتانیای کبیر، کشورهای اسکانداوی، استرالیا و ژاپن متداول است. در همه این کشورها، الگوهای مشخصی ظهور می‌کنند. بی‌خوابی شایع است و در زنان و افراد پیرتر فراوانی بیشتری دارد. برای مثال، یک مطالعه سوئدی درصد زنان سی و هشت ساله ای که مشکلات خواب داشتند تعیین نموده و آن را با درصد همان زنان که بیست و دو و بیست و چهار سال بعد مشکلات خواب داشتند، مقایسه کرده است. هنگامی که زنان مورد مطالعه جوان‌تر بودند، ۱۷ درصد از آنها مشکلات خواب داشتند و هنگامی که همان زنان پیرتر شدند، ۳۵ درصد مشکلات خواب داشتند.

پژوهش‌های سراسر جهان نشان داده که بی‌خوابی در زنان شایع‌تر از مردان است. برای مثال یافته‌های یک نظرخواهی در آمریکا که سال ۲۰۰۲ گزارش شد نشان داد که بیش از نصف (۵۸ درصد) جمعیت بزرگسال به مدت چند شب، یک هفته یا بیشتر دچار بی‌خوابی بودند. ۶۳ درصد از آنهایی که بی‌خوابی را گزارش داده بودند، زنان بودند. ۳۵ درصد از بزرگسالان نمونه مورد بررسی گزارش دادند که هر شب یا تقریباً هر شب علائم بی‌خوابی را داشتند. بر طبق این پژوهش به نظر می‌رسد که بی‌خوابی در بین زنان خانه‌دار دارای بچه، افراد بیمار و کارکنان شیفتی شیوع بیشتری داشته باشد. آنهایی که به ندرت یا هرگز بی‌خوابی نداشتند در مقایسه با کسانی که چند شب در هفته بی‌خوابی داشتند خودشان را افرادی پر انرژی، خوش‌بین، شاد، آرام، راضی از زندگی و راحت می‌دانستند.

افرادی که خواب کافی ندارند معتقد هستند که بی صبر و تحریک پذیر می شوند و اشتباهات بیشتری مرتکب می شوند.

یک مطالعه ژاپنی در سال ۲۰۰۰ نشان داد که بی خوابی در زنان با هرگز ازدواج نکردن، بیوه گی یا بی کاری ارتباط دارد. در بین مردان، بی خوابی در آنهایی که پیرتر بودند، هرگز ازدواج نکرده بودند و آنهایی که طلاق گرفته یا جدا شده بودند، شایع تر بود. در مقایسه با ۳/۵ درصد از همه مردان همان مطالعه که از قرص های خواب آور استفاده می کردند، ۵/۴ درصد زنان از چنین داروهایی استفاده می کردند. استفاده از قرص های خواب آور در آنهایی که پیرتر، بیوه یا هرگز ازدواج نکرده بودند، بسیار شایع تر بود.

خلاصه کلام، بی خوابی بسیار گسترده است و فراوانی آن در زنان بیشتر از مردان می باشد. این اختلال در مجردها، طلاق گرفته ها یا جدانشده ها، افراد سالمند و آنهایی که تحت استرس هستند شایع تر است. افراد مبتلا به بی خوابی معمولاً از آنهایی که بی خوابی ندارند، احساس منفی تری نسبت به زندگی شان دارند.

بی خوابی سایکوفیزیولوژیک: بی خوابی آموخته

هنگامی که شما به علت مشکلاتی چون استرس یا درد که در بخش های بعدی این فصل مورد بحث قرار خواهند گرفت دچار بی خوابی می شوید باید راه هایی را یاد بگیرید که علائم آن را کنترل یا کم کنید، وگرنه ممکن است رفتارهایی را نشان بدهید که موجب استمرار بی خوابی می شود حتی اگر علت اصلی مشکل برطرف شده باشد. برای مثال، فرض کنیم زنی جراحی دردناکی در ناحیه پشتش دارد که مانع از خواب او می شود. در روزها و هفته هایی که متعاقب این جراحی می آیند، او به سختی می تواند بخوابد و نهایتاً از این که خوابش نمی برد بسیار عاجز می شود: او سخت تر و سخت تر تلاش می کند که بخوابد اما این کار فایده ای ندارد. او تدریجاً تخت خواب و خوابش را با احساس ناکامی تداعی می کند. در این هنگام جراحی او بهبود یافته است اما او کماکان بی خوابی

دارد که به علت درد نیست بلکه در عوض توسط یک مشکل جدید تداوم یافته است که آن رفتارهای آموخته بیمار است. او اکنون تخت خواب را با نخوابیدن تداعی می‌کند. گرچه او هنگام رفتن به تخت خواب بسیار خسته است، اما هنگامی که به تخت می‌رود بلافاصله احساس می‌کند که کاملاً بیدار و هشیار است - یک علامت بسیار واضح که تخت به نشانه‌ای برای بی‌خوابی تبدیل شده است. این حالت، بی‌خوابی آموخته نامیده شده است. چون خواب او بسیار کم بود، تلاش می‌کرد در طی روز با مصرف مقدار زیادی کافئین خود را بیدار نگه دارد. با وجود این، مصرف کافئین، خصوصاً نزدیک به ساعت خواب، می‌تواند بی‌خوابی را تشدید کند. بنابراین، سایر عوامل می‌توانند موجب تداوم بی‌خوابی می‌شوند ولو این که علت اصلی دیگری وجود نداشته باشد.

سگی که بزاقش ترشح می‌کند چه ربطی به موضوع دارد؟

کسانی از شما که یک دوره روان‌شناسی را گذرانده‌اید بدون شک در باره سگ‌های پاولف شنیده‌اید. پاولف (در شروع قرن گذشته) آزمایشی انجام داد که در آن زنگی را به صدا درمی‌آورد و سپس به یک سگ غذا می‌داد. در ابتدا، انتظار غذا موجب ترشح بزاق سگ می‌شد و سپس پاولف مقدار بزاق را اندازه می‌گرفت. این کار بارها و بارها تکرار شد - پاولف زنگ را به صدا درمی‌آورد و به سگ غذا می‌داد که ترشح بزاق سگ را در پاسخ به زنگ تقویت می‌کرد. نهایتاً هنگامی که سگ صدای زنگ را می‌شنید، بزاقش ترشح می‌شد و طوری رفتار می‌کرد که انگار غذا آورده‌اند، حتی وقتی که هیچ غذایی نبود. رفتار سگ (یعنی، ترشح بزاق) ثابت کرد که او زنگ را با غذا تداعی کرده است. یافته مهم این بود که سگ این رفتار را یاد گرفته است. به این علت است که یک پاسخ شرطی شده یا اکتسابی به یک موقعیت غالباً یک انعکاس پاولفی خوانده شده است.

افراد غالباً این نوع پاسخ شرطی شده یا آموخته را نشان می‌دهند. برای مثال، برخی افراد از رفتن به سینما و خوردن یک پاکت بزرگ ذرت برشته لذت می‌برند. بعد از مدتی، اگر آنها به سینما رفتن و خوردن ذرت ادامه بدهند متوجه خواهند شد که همین رفتن به سینما میل به خوردن ذرت برشته را

در آنها برمی‌انگیزد. بسیاری از افراد حتی اگر قبل از رفتن به سینما شام مفصلی خورده باشند اولین چیزی که هنگام قدم گذاشتن به سالن سینما احساس می‌کنند تمایل شدید به خوردن آن ذرت برشته لذیذ است.

همین فرایند شرطی شدن می‌تواند در مورد خواب رخ دهد. بعد از شب‌های پیاپی بی‌خوابی و احساس ناکامی هنگامی که در تخت دراز می‌کشید، منظره وحس تخت‌تان می‌تواند دقیقاً همان احساسات (یعنی ناکامی، بیداری) را در شما تولید کند. مثال دیگر این است که بسیاری از افراد قبل از رفتن به یک مسافرت مشکل خوابیدن پیدا می‌کنند. اضطراب در مورد بموقع بیدارشدن یا پیش بینی بیدار نشدن موجب غلت زدن و چرخیدن شما در تخت می‌شود. شما اصلاً نمی‌توانید آرام بگیرید تا زمان از خواب بیدار شدن فرا برسد. بعد شما به سفر می‌روید، برمی‌گردید و اوضاع مانند حالت اول می‌شود. قبل از سفر بعدی، دقیقاً همان اتفاق می‌افتد و نهایتاً شما مسافرت رفتن را با نخوابیدن در شب قبل از آن تداومی می‌کنید.

هنگامی که انتظار یک شب خواب بد را دارید، یک خواب بد را هم خواهید داشت. این یک مثال بی‌خوابی سایکوفیزیولوژیک یا اکتسابی است. متأسفانه، این دور باطل به‌طور شگفت‌انگیزی متداول است.

بنابراین، اگر شما خیلی به ندرت یا فقط قبل از اتفاقات خاصی بی‌خوابی را تجربه می‌کنید به احتمال زیاد دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. با وجود این اگر شما در اکثر شب‌ها مشکل خوابیدن و در روز بعد از آن حالت ناکامی، اضطراب و مشکل عملکردی دارید، آن وقت نگرانی شما موجه است.

چگونه کسی با بی‌خوابی سایکوفیزیولوژیک کنار می‌آید؟

اولاً همه کسانی که مشکلات خواب دارند باید از برخی قوانین اساسی تبعیت کنند.

۱۳ فرمان برای افراد مبتلا به بی‌خوابی :

- ۱- از اتاق خواب فقط برای خوابیدن و رابطه جنسی استفاده کنید.
- ۲- اگر نمی‌توانید بخوابید، بعد از پانزده تا بیست دقیقه از تخت خارج شوید و کار دیگری که آرامش‌دهنده باشد، انجام دهید.
- ۳- از هر فعالیتی که موجب می‌شود مغز شما قبل از خوابیدن به حد افراط برانگیخته شود اجتناب کنید. این به معنای دوری کردن از بگومگو، بحث درباره پول یا مشکلات مهم و تماشای فیلم‌های تلویزیونی یا خواندن کتابهای مهیج است. چهار تا پنج ساعت قبل از رفتن به تخت خواب از هر فعالیت شدیدی بپرهیزید (معهدنا رابطه جنسی ظاهراً مشکلی ندارد).
- ۴- از مصرف غذاهای سنگین یا تند که می‌تواند سبب سوزش معده یا ناراحتی شود، پرهیز کنید. شما نباید قبل از خواب احساس پر بودن معده یا گرسنگی داشته باشید.
- ۵- اگر از یک ساعت زنگ‌دار استفاده می‌کنید آن‌را دور از خودتان قرار دهید. از واریسی زمان در طول شب اجتناب کنید. حتی بهتر است که ساعت را بردارید.
- ۶- در زمان خواب کارهای آرامش‌بخش انجام بدهید. برای مثال، خواندن کتاب‌های غیرمهیج.
- ۷- اگر در طول شب وظایف نگه‌داری دارید (کودکان، والدین پیر، حیوانات خانگی)، وظایف را تقسیم کنید یا کمک بگیرید.
- ۸- از چرت زدن‌های روزهنگام یا عصر اجتناب کنید (خصوصاً چهار تا پنج ساعت قبل از زمان خواب). اگر شما به یک استراحت کوتاه نیاز دارید مطمئن شوید که این کار بیش از ده تا بیست دقیقه طول نمی‌کشد.
- ۹- زیاد ورزش کنید اما این کار را خیلی نزدیک به زمان خواب خود انجام ندهید.
- ۱۰- زمان در تخت خواب بودن خود را محدود کنید. اگر مدت زمان بیشتر از حد نیازتان را در تخت بگذرانید این کار خواب شما را بدتر می‌کند.
- ۱۱- یک حمام گرم یا یک نوشیدنی داغ (بدون الکل یا کافئین) به آرامش شما کمک می‌کند.
- ۱۲- کشیدن سیگار را کم یا به کلی ترک کنید. مصرف کافئین را به طور قابل ملاحظه‌ای محدود

کنید و اگر بی‌خوابی شما شدید است، بعد از خوردن غذا از کافئین بپرهیزید. استفاده از الکل را کاهش دهید که می‌تواند واقعاً خواب را مختل کند.

۱۳- اگر شما دارو مصرف می‌کنید و بی‌خوابی دارید، با یک پزشک مشورت کنید تا مطمئن شوید که دارو علت این علامت نیست.

استرس و بی‌خوابی

هر نوع استرسی می‌تواند منجر به مشکل در به خواب‌رفتن و در خواب باقی ماندن شود. مثال‌هایی از استرس حاد یا شرایطی که می‌توانند موجب بی‌خوابی شوند شامل استرس یک امتحان، شرکت در یک جلسه یا یک مسافرت در روز بعد هستند. مثال‌هایی از استرس مزمن شامل دعوای زناشویی، جدایی یا طلاق، مشکلات مالی، بیماری خود یا یکی از اعضای خانواده یا مشکلات در محل کار می‌شوند. برخی استرس‌ها کاملاً از کنترل فرد خارج هستند و به عوامل بیرون از محیط فرد مربوط می‌شوند. برای مثال، استرس حادی که امریکایی‌ها بعد از حادثه ۱۱ سپتامبر سال ۲۰۰۱ تجربه کردند منجر به افزایش قابل ملاحظه موارد بی‌خوابی در ایالات متحده شد. استفاده افراد از دارو برای حداقل چند شب خوابیدن در یک ماه، از ۱۱ درصد به ۱۵ درصد افزایش یافت. سایر مثال‌های این نوع استرس سیاست‌های بین‌المللی ناپایدار هستند که می‌توانند منجر به جنگ یا یک مارپیچ پایین‌رونده در اقتصاد جهانی شوند که آن نیز ممکن است به زیان مالی و بی‌کاری منجر گردد. خواب انسان می‌تواند توسط یک عامل کاملاً شخصی یا کاملاً غیرشخصی مانند جنگی که هزارها کیلومتر دورتر اتفاق افتاده، تحت تأثیر قرار بگیرد.

هنگامی که عامل ایجادکننده استرس برطرف می‌شود (مگر این که عوامل سایکو فیزیولوژیک در کار باشند) خواب اکثر افراد به حالت عادی برمی‌گردد. در شرایطی که انتظار می‌رود موقعیت استرس‌زا خیلی کوتاه مدت باشد اما به هم‌خوردگی خواب شدید است، دارو می‌تواند مؤثر باشد. شما باید درباره داروهای موجود، منافع و زیان‌های هر کدام و قیمت‌های آنها، با پزشک خانوادگی‌تان

صحبت کنید. برخی اطلاعات در مورد این داروها در فصل ۲۰ فراهم شده است. انتظار می‌رود که بی‌خوابی ناشی از فشارزاترین شرایط، بدون درمان بهبود یابد. بنابراین، اکثر مردم این دوره سخت را بدون درمان دارویی می‌گذرانند.

در اکثر شرایط، حتی وقتی استرس در طی ماهها یا سالها رخ می‌دهد، خواب به حالت عادی برمی‌گردد. با وجود این مواردی هستند که مدت‌های طولانی پس از برطرف شدن استرس، بی‌خوابی کماکان ادامه دارد. من در حرفه بالینی خود کسانی را دیده‌ام که از چنان استرس شدیدی رنج می‌بردند که بعد از گذشت پنجاه سال کماکان در آنها علائم بی‌خوابی ایجاد می‌کرد. برای مثال، بسیاری از نجات‌یافتگان کوره‌های آدم‌سوزی هنوز مشکل به خواب رفتن و تداوم خواب دارند. بسیاری از آنها هنوز از کابوس‌های وحشتناک رنج می‌برند. همچنین، برخی از این افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه نیز بودند که یک بیماری روان‌پزشکی جدی است که به طور مفصل‌تر در فصل ۱۶ مورد بحث قرار گرفته است.

هنگامی که یک شرایط استرس‌زا بهتر نمی‌شود و بی‌خوابی ادامه می‌یابد، شما باید برای مقابله با استرس از دیگران کمک بگیرید. به عنوان یک قدم اول، دوستان نزدیک، خانواده یا یک روحانی را در نظر بگیرید. آیا شما یک سیستم حمایتی از افرادی دارید که بتوانید به آنها اعتماد کنید و مشکلاتتان را با آنها در میان بگذارید؟ گفتگو با آنها می‌تواند از استرس و بنابراین بی‌خوابی شما مقداری کم کند. اگر موقعیت بسیار خطیر است، از پزشک خانوادگی‌تان، یک مشاور یا یک روان‌شناس کمک بگیرید. گاهی اوقات یک مددکار اجتماعی می‌تواند کمک کند، خصوصاً کسی که به خدمات اجتماعی و سایر سرویس‌ها دسترسی دارد.

از یک پزشک چه انتظاری داشته باشید

هنگامی که شما به مطب یک پزشک می‌روید، انتظار نداشته باشید که او به عنوان بخشی از ارزیابی پزشکی عادی درباره خواب شما سؤال کند. این سؤال اغلب آن قدر که باید مطرح نمی‌شود. اگر

شمایی خوابی دارید، در صورتی که مجبور شوید توجه پزشک را به این مسأله جلب نمایید، تعجب نکنید.

پزشک شما باید وقتش را بگذارد تا موقعیت فشارزای شما را بررسی کند و یک ارزیابی انجام دهد تا ببیند که آیا از نظر بالینی یک افسردگی مهم یا مشکل پزشکی وجود دارد یا نه (فصل ۱۵ را ببینید). کاری که پزشک نباید انجام دهد صرفاً نوشتن نسخه برای قرص خواب‌آور یا یک ضد افسردگی بدون بررسی بیشتر در مورد بی‌خوابی است.

در طی سال‌ها زن‌های زیادی برای مشکل بی‌خوابی به من ارجاع شده‌اند که پزشک‌شان به آنها گفته که افسرده هستند. بسیاری از این بیماران توسط ضد افسردگی‌ها درمان می‌شوند. اگرچه بعدها معلوم شده که برخی از آنها اصلاً افسرده نبوده‌اند. بدترین مثال زنی بود که در یک مسافرت کاری به بوستون در نیمه سال‌های ۱۹۷۰ دچار بی‌خوابی شده بود. در آن موقع برای او داروی افسردگی شروع شد که هنوز بعد از ۳۰ سال آنها را مصرف می‌کرد. با کمال تاسف دارویی که او مصرف می‌کرد قرص خواب‌آور یا حتی ضد افسردگی هم نبود بلکه داروی آنتی‌سایکوتیک بود که پزشک از همان ابتدا آن را اشتباهی تجویز کرده بود. او سراغ چندین پزشک رفته بود و بیش از صد بار نسخه‌اش را تجدید کرده بود و هیچ‌کدام از آنها از او نپرسیده بودند که چرا این داروی خاص را مصرف می‌کند. این زن بیچاره به خاطر اشتباهی که در تشخیص اولیه و درمان او پیش آمد، قسمت عمده زندگی بزرگسالی‌اش را در ابهام گذرانده بود. اگر برای شما قرصی تجویز شده باشد که به خوابتان کمک کند، باید بپرسید که این قرص چیست. بررسی کنید که آیا این قرص خواب‌آور یا ضد افسردگی است و آیا برای درمان بی‌خوابی تجویز شده است - و آیا برای استفاده در درمان بی‌خوابی تأیید شده یا نه. گاهی اوقات پزشکان از داروهایی برای درمان بی‌خوابی استفاده می‌کنند که توسط دولت تأیید نشده است. اگر برای شما یک ضد افسردگی تجویز شده است، بپرسید که آیا واقعاً افسرده هستید، چه مدت باید این دارو را مصرف کنید و چه چیزی نشانه بهبودی محسوب می‌شود.

همان طور که در فصل ۱۶ خواهید دید، بی‌خوابی یک علامت شایع افسردگی است. زنانی که

بی‌خوابی آنها به علت افسردگی نیست و زنانی که افسرده هستند غالباً تعدادی تجارب مشترک دارند (مانند ازدست دادن علاقه به فعالیت‌های عادی، خلق افسرده، فقدان تمرکز، کاهش حافظه، خستگی، اختلال خواب، کمبود انرژی، فقدان انگیزش و تحریک‌پذیری) معه‌ذا آنها معمولاً از لحاظ سایر خصوصیات به طور برجسته‌ای با یکدیگر فرق می‌کنند. افرادی که افسرده هستند ممکن است اعتماد به نفس بسیار پایین، احساس گناه شدید و نابجا در مورد وقایع گذشته، خطاها یا شکست‌های خود، سرزنش خود شدید و اشت‌های مختل داشته باشند و ممکن است به فکر خودکشی بیفتند.

اگر پزشک عمومی، شما را به یک پزشک دیگر (شاید یک روان‌پزشک) یا یک روان‌شناس ارجاع بدهد، تعجب نکنید. اکثر پزشکان در مورد نحوه برخورد با شرایطی که از نظر روان‌شناختی فشارزا هستند و می‌توانند موجب اختلال خواب شوند، آموزش کافی دریافت نمی‌کنند. ارجاع به همکار دیگر یک نقطه ضعف پزشک نیست بلکه یک نقطه قوت است. این کار ثابت می‌کند که پزشک محدودیت‌های خود را می‌شناسد و تشخیص می‌دهد چه زمانی مناسب است که بیمار را به یک متخصص ارجاع دهد.

بی‌خوابی «واقعی» که شیوع کمتری دارد

تا به حال در این فصل، بی‌خوابی به عنوان یک شکایت خواب یا نشانه‌ای که توجه و درمان را ایجاب می‌کند، مورد بحث قرار گرفته است. معه‌ذا، بی‌خوابی برخی افراد هنوز یک راز است. علت بی‌خوابی ۵ تا ۱۰ درصد از جمعیت کل افراد مبتلا به بی‌خوابی، ناشناخته باقی می‌ماند و متخصصین می‌گویند که آنها بی‌خوابی واقعی یا اولیه دارند. این اعتقاد وجود دارد که افراد دچار این مشکل با سیستم تولید خواب غیرعادی متولد شده‌اند.

اکثر افرادی با این اختلال در بیشتر عمرشان این مشکل را داشته‌اند. آنها غالباً ادعا می‌کنند که در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی شدیداً بدخواب بوده‌اند. والدین‌شان می‌گویند که آنها حتی در زمان نوزادی، فوق‌العاده بد می‌خوابیدند. آنها بدخلقی می‌کردند، به‌سختی خواب‌شان می‌برد و نمی‌

توانستند تمام شب را هم بخوابند.

افرادی با بی‌خوابی اولیه گاهی اوقات والدین یا خواهران و برادرانی دارند که دقیقاً دچار همان مشکل خواب هستند و دلیل آن که تصور شده این نوع بی‌خوابی در برخی افراد ارثی است را توجیه می‌کند.

درمان

چون ما علت مشکل را نمی‌دانیم، درمان علائم را به جای علت یا بیماری مورد توجه قرار می‌دهیم. برخی از متخصصین با استفاده از دوز خیلی کم داروی ضدافسردگی در زمان خواب، نتایج خوبی را گزارش داده‌اند. این افراد ممکن است با داروهای خواب‌آور نیز نتیجه خوبی بگیرند که در فصل ۲۰ بررسی شده است.

بی‌خوابی خانوادگی کشنده

این یک بیماری بسیار نادر و کشنده است که عمدتاً در ایتالیا توصیف شده است (اگرچه موارد نادر در نقاط دیگر دنیا نیز گزارش شده‌اند که شامل کشورهایی در اروپا و امریکای شمالی می‌شوند) و فقط تعداد بسیار کمی از خانواده‌ها را مبتلا کرده است. این اختلال به علت یک ماده شیمیایی بنام پریون ایجاد شده که یک ویروس نیست اما مشابه آن عمل می‌کند. این ماده به تشکیلات سلول‌ها نفوذ می‌کند تا شبیه‌های خودش را بسازد. پریون‌ها در دام‌ها باعث بیماری جنون گاوی و در انسان‌ها موجب یک بیماری بنام جاکوب کروتزفلد^۱ می‌شوند. در این بیماری یک آسیب پیش‌رونده به سیستم عصبی وارد می‌شود. افراد نهایتاً توانایی خوابیدن را از دست می‌دهند. این بیماری همیشه کشنده بوده است زیرا هیچ درمان موفقی برای آن وجود ندارد. معهذاً، این اختلال آن قدر نادر است که نباید نگران آن باشید. من فقط این را ذکر کردم تا خاطرنشان کنم که بی‌خوابی می‌تواند در موارد شدید به

^۱ - Jacob- Creutzfeld

مرگ منتهی شود.

بازگشت به زنی که نمی‌توانست بخوابد

هنگامی که زن بیمار درباره شب دقیقی که مشککش شروع شده بود با من صحبت کرد داستان او پشت مرا لرزاند. او با پسر بیست و چند ساله‌اش در آپارتمانی واقع در قسمتی از شهر که در آن جا جرایم زیادی صورت می‌گرفت، زندگی می‌کرد. شبی که زندگی زن را برای همیشه تغییر داد، دو مرد به قصد دزدی وارد آپارتمان او شدند و در نهایت پسرش را با چاقو کشتند. بعد از این اتفاق، زن در مورد امنیت شخصی‌اش دچار اشتغال ذهنی شد. او سعی می‌کرد هر شب تا جایی که امکان دارد بیدار بماند تا مطمئن شود که کسی وارد آپارتمانش نمی‌شود. مواقعی که او در اثر دیدن یک خواب بد با تعریق از خواب بیدار می‌شد برایش ترسناک بودند چون خواب او مربوط به چاقو خوردن پسرش می‌شد. پس از مدتی، او دچار ترس از خوابیدن شد. این موضوع در واقع او را زیاد ناراحت نمی‌کرد چون بیدارماندن به معنای آن بود که او آن خواب‌های وحشتناک را نخواهد دید. من فهمیدم که مشکل او ورای تخصص من است. آموزش من در طب داخلی، طب ریوی، مراقبت ویژه و سپس اختلالات خواب است - من یک متخصص بیماری‌های روان‌پزشکی نیستم. این زن یک مشکل روان‌پزشکی داشت که کمک تخصصی را ایجاب می‌کرد. راه حل مشکل او خوردن یک قرص خواب‌آور نبود بلکه یک ارزیابی مفصل روان‌پزشکی و درمان توسط یک متخصص بود. من او را به پزشک دیگری ارجاع دادم و ظاهراً حالش خوب شد. مورد این زن اعتقاد به این که بی‌خوابی یک بیماری نیست بلکه علامتی از یک اختلال دیگر است را تقویت می‌کند. برای معالجه بی‌خوابی شما باید بفهمید که چه عامل دیگری در کار است.

بی‌خوابی علل مختلفی دارد و می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده باشد. هدف در درمان بی‌خوابی یافتن علت و سپس برطرف کردن علت است. در فصل بعد ما سندرم پاهای بی‌قرار را بررسی می‌کنیم که یک علت بسیار شایع بی‌خوابی است که اکثر پزشکان درباره آن چیزی نمی‌دانند.

فصل ۱۱

سندرم پاهای بی‌قرار

همسر یک پزشک که نمی‌توانست آرام بگیرد

من مشغول خوردن ناهار در کافه تریای بیمارستان بودم که یکی از همکارانم از من پرسید که آیا به زحمتش می‌ارزد که همسرش برای یک اختلال خواب ارزیابی شود، چون تقریباً سی سال می‌شد که او درست و حسابی نخوابیده بود. در واقع، همکار من شک داشت که بتوان کاری برای همسرش انجام داد چون او مدت‌های مدید بود که این مشکل را داشت. من به او گفتم که مشکل همسرش ارزش پی‌گیری دارد.

هنگامی که من همسر پزشک را در درمانگاه دیدم برای من داستانی تعریف کرد که آشنا بود. او در مدت سومین و آخرین حاملگی‌اش که به سی سال قبل برمی‌گشت در وقت خواب، میل مقاومت‌ناپذیری به حرکت دادن پاهایش پیدا کرده بود و نمی‌توانست حرکت نکند. او در تخت غلت می‌زد و می‌چرخید و متوجه شده بود که تنها راهی که می‌تواند این مشکل را هر چند به صورت موقت کاهش دهد این است که از تخت خارج شود و قدم بزند. در نتیجه او به سختی خوابش می‌برد و اگر هم می‌خوابید خواب او استمرار نداشت. او دیگر کنار شوهرش نمی‌خوابید چون غلت‌زدن و چرخیدن و بیدار شدن‌های مکرر او مزاحم خواب شوهرش می‌شد. او در طول روز انرژی کمی داشت یا اصلاً انرژی نداشت و اکثر اوقات بی‌موقع خوابش می‌برد. او نمی‌خواست که از قرص‌های خواب‌آور استفاده کند و معتقد بود که هیچ کاری برای کمک به او نمی‌توان انجام داد. بعد از مصاحبه و معاینه او، من دستور چند آزمایش خون ساده را دادم و بعد از دریافت نتایج فهمیدم که پاسخخم را پیدا کرده‌ام.

شناختن سندرم پاهای بی‌قرار

اختلال خوابی که این زن داشت، سندرم پاهای بی‌قرار (RLS) نامیده شده است. حرکات غیرعادی و شدید RLS می‌تواند در خواب طبیعی اختلال ایجاد کند. آن شایع‌ترین مشکل طبی خوانده شده که شما هرگز درباره آن چیزی نشنیده‌اید. از نظر شیوع، این اختلال مقام دوم را در بین

اختلالات خواب دارد و ۱۵ درصد از جمعیت عمومی بزرگسال و ۱۰ درصد از جمعیت زنان را دچار می‌کند، با وجود این پزشکان تقریباً هیچ‌وقت آن را تشخیص نمی‌دهند. این بیماری در بین افراد سالمند بسیار شایع‌تر است و ۳۰ تا ۴۰ درصد از این جمعیت را مبتلا می‌کند. احتمال خیلی زیادی وجود دارد که شما یا کسی که شما می‌شناسید این سندرم را داشته باشد. به نظر می‌رسد که این اختلال در برخی خانواده‌ها ارثی باشد. گاهی اوقات RLS ممکن است به علت سایر مشکلات طبی منجمله کمبود آهن ایجاد شود، اما در بسیاری موارد علت هرگز پیدا نشده است.

علائم در شب

در درمانگاه خواب، ما ابتدا علائم یک فرد را ارزیابی می‌کنیم. بیشتر افراد مبتلا به RLS از بی‌خوابی یا بی‌قراری در زمان خواب شکایت دارند. برخی فقط در خواب مکرراً تکان می‌خورند. تقریباً همه مبتلایان به RLS در به خواب‌رفتن مشکل دارند و بیشتر از سه چهارم آنها نمی‌توانند سراسر شب را بخوابند. افراد مبتلا به RLS ناآرام هستند و مانند مورد همسر پزشک در تمام شب غلت می‌زنند و می‌چرخند تا یک وضعیت راحت برای خوابیدن پیدا کنند. با این همه، این بیماران غالباً در ابراز کلامی علائم خود عاجز هستند. آنها در پاها و گاهی اوقات دست‌هایشان احساس نا آرامی می‌کنند. برخی بیماران این ناراحتی را به صورت یک میل مقاومت‌ناپذیر به حرکت دادن پاهایشان توصیف می‌کنند. برخی یک حس چندش‌آور یا فرورفتن چیزی را توصیف می‌کنند که گاهی اوقات در سطح پوست و گاهی زیر پوست است. غالباً بیماران می‌گویند که احساس می‌کنند انگار حشرات در زیر پوست‌شان می‌خزند. دیگران سوزش شدید، خارش، وزوز یا احساس داغی در کف پاها یا ساق پاها را توصیف می‌کنند. من شنیده‌ام که برخی بیماران می‌گویند که «پاهای دیوانه» دارند. علائم اکثر بیماران با این طرف و آن طرف رفتن یا قدم زدن مقداری تخفیف پیدا می‌کند. در بسیاری از افراد، میل شدید به حرکت پاها یا راه‌رفتن مقاومت‌ناپذیر است. برخی افراد شب‌ها کف پاهایشان را باد می‌زنند یا حوله‌های سرد روی پاهایشان می‌گذارند.

شما ممکن است انتظار داشته باشید که افراد مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار به مجردی که خوابشان می‌برد، مغزشان استراحت کند و خوابشان طبیعی شود. متأسفانه، این اتفاق نمی‌افتد. در تقریباً ۸۰ درصد زنان مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار، پاها و به دفعات کمتر دست‌هایشان در حدود هر ۲۰ تا ۴۰ ثانیه تکان می‌خورد. این حرکات غیرارادی در آزمایشگاه اختلالات خواب به سهولت تشخیص داده شده‌اند. هنگامی که بیش از پنج حرکت غیرارادی در هر ساعت وجود داشته باشد، بیمار تشخیص "حرکات دوره‌ای اندام در خواب" (PLMS)^۱ را دریافت می‌کند. طیف گسترده‌ای از حرکات ممکن است در بیماران رخ بدهد. گاهی اوقات این حرکات غیرارادی آنقدر نامحسوس هستند که با فعالیت الکتریکی آنها را ثبت می‌کنیم اما هیچ جنبشی نمی‌بینیم. تا زمانی که خواب بیمار در طول یک شب مورد بررسی قرار نگیرد، تشخیص PLMS دشوار خواهد بود، چون متخصصین نمی‌توانند متوجه این حرکات غالباً نامحسوس بشوند. هم تختی فرد ممکن است شکایت کند که بیمار هر بیست تا چهل ثانیه یک حرکت یا تکان غیرارادی دارد. در سایر موارد، حرکات جزئی هستند، گاهی اوقات فقط شست پا تکان می‌خورد. برخی افراد طوری به نظر می‌رسند که انگار در خوابشان مشغول دوچرخه‌سواری هستند. دیگران ممکن است به هم‌تختی‌شان لگد یا کتک بزنند. معمولاً صبح‌ها تخت خواب حسابی به هم‌ریخته است. بنابراین، اکثر بیماران RLS در واقع دو مشکل دارند: حس‌های ناخوشایندی که آنها را از خوابیدن باز می‌دارد و حرکاتی که آنها یا هم‌تختی‌شان را بیدار نگه می‌دارد.

«من در دسامبر ۱۹۵۱ حامله شدم. در ظرف یک ماه متوجه شدم که نمی‌توانم در سینماها یا کلیسا آرام بنشینم و تا ساعت سه و چهار صبح راه می‌رفتم تا بالاخره از خستگی زیاد خوابم می‌برد. من نمی‌توانستم حالتی که در پاهایم اتفاق می‌افتاد توصیف کنم. سعی کنید یک حس خزیدن چیزهایی در زیر پوست‌تان را از زانو به پایین تجسم کنید که معمولاً با یک احساس مور مور در اطراف زانو

^۱ - Periodic limb movements in sleep

شروع می‌شود و سپس جهش‌های متناوبی ایجاد می‌شوند که موجب می‌شود پاها بپرند. من شوهری بسیار مهربان و همدل داشتم اما نهایتاً کار ما به تخت‌های جداگانه کشید.

در طی سال‌ها، این حالت به تدریج و خصوصاً با شروع یائسگی بدتر شد. من از انجام عملی که ممکن بود به خاطر خستگی شدید و ناامیدی انجام دهم، می‌ترسیدم. تعجب می‌کردم چگونه با این مقدار خواب کم می‌توانستم زندگی کنم. من به تدریج دچار وحشت شدم. فکر من در یک زمان این بود که: «خدا را شکر که در ساختمان چند طبقه زندگی نمی‌کنم و گرنه هر کاری می‌کردم که به این وضعیت خاتمه دهد»

یک زن ۷۴ ساله مبتلا به RLS که به مدت ۴۰ سال مشکل او تشخیص داده نشده بود.

خوابیدن در کنار کسی مبتلا به این سندرم اصلاً خوشایند نیست. هم تختی‌های مبتلایان به RLS به من گفته‌اند که گاهی اوقات مانند آن است که کنار یک ماهی در حال وول خوردن خوابیده‌اند و بیمار ممکن است به آنها لگد یا کتک بزند. هم‌تختی ممکن است به علت حرکات شدید فرد مبتلا به RLS دچار بی‌خوابی هم شود. غالباً، زوجها تخت‌شان را جدا می‌کنند و حتی در اتاق‌های جداگانه می‌خوابند.

گاهی اوقات بیماران مبتلا به RLS به ما اطلاع می‌دهند که در زمان کودکی، بچه‌هایی بی‌قرار و ناآرام تلقی می‌شدند و از همان آغاز، بدخواب بوده‌اند. کوچکترین بیماری که من با تشخیص قطعی RLS دیده‌ام، ۸ سال داشت.

علائم در روز

اگرچه افراد شکایت می‌کنند که علائم آنها در زمان خواب بیشترین شدت را دارد، برخی بیماران هنگامی که بی‌حرکت نشسته‌اند یا در شرایطی قرار دارند که باید آرام بنشینند میل مقاومت‌ناپذیری به تکان دادن پاها یا راه رفتن احساس می‌کنند. برای مثال، اگر شما مجبور باشید به عنوان مسافر یک

ماشین به مدت طولانی بنشینید، ممکن است شدیداً کلافه شوید و راننده را مجبور کنید که بایستد تا شما بتوانید خارج شوید و قدم بزنید. همچنین آرام نشستن در یک سالن سینما نیز ممکن است برای شما سخت باشد. تکان خوردن مداوم شما ممکن است افراد دوروبرتان را خشمگین کند. حتی زمانی که فقط روی صندلی می‌نشینید، ممکن است مرتباً پایتان را حرکت دهید یا با پاشنه پایتان روی زمین ضرب بگیرید.

بعضی افراد دچار RLS هنگام روز در زمان و مکان نامناسبی خوابشان می‌برد و این دلیل باعث می‌شود که به دنبال کمک پزشکی بروند. شکایت اصلی آنها حرکاتشان نیست بلکه خواب‌آلودگی شدید روزانه است که می‌تواند روی زندگی شخصی و حرفه‌ای آنها شدیداً تأثیر بگذارد. حتی زمانی که آنها خوابشان می‌برد نا آرامی‌ها و حرکات مداومشان منجر به کیفیت پایین خواب و خواب‌آلودگی در روز بعد می‌شود. و بعضی افراد ترکیب بسیار بدی از خواب‌آلودگی شدید و ناتوانی در خوابیدن را دارند.

"من بایست برای اسکن استخوان بی‌حرکت باقی می‌ماندم. آن ۴۵ دقیقه یک شکنجه محض بود. نهایتاً آنها پایین پاهای مرا با باندهای کشی بستند و بعد مجبور شدند آنها را محکم نگه دارند چون انقباضها بسیار شدید بودند."

از زبان یک بیمار دچار RLS

RLS در خانواده شما

شما به آسانی می‌توانید RLS را در خودتان تشخیص بدهید. در مورد دیگران چگونه؟ مستقیم‌ترین راه برای فهمیدن این مشکل این است که قبل از تصمیم‌گیری درباره مراجعه به پزشک از یک عضو خانواده‌تان که حدس می‌زنید این اختلال را دارد درباره علائمی که در زمان خواب دارد، سؤال کنید.

یک اختلال حرکتی در هم‌تختی شما احتمالاً آشکار خواهد بود. فردی با RLS غلت می‌زند و می‌چرخد و ممکن است چندین مرتبه در شب از تخت خارج شود و مجدداً به آن بازگردد. حتی وقتی این افراد خواب هستند، ممکن است جایشان را تغییر دهند و پاها یا گاهی دستهایشان را مکرراً تکان بدهند. گاهی آنها حتی به شما لگد خواهند زد. علامت دیگر این است که برخی بیماران RLS به شدت عرق می‌کنند. بنابراین، هم‌تختی بودن با یکی از این افراد اصلاً خوشایند نیست.

"برای من سخت است که شب‌ها آرام بنشینم چون پای راستم یا می‌پرد یا غلغلک می‌آید که مجبور می‌شوم آنرا حرکت بدهم. وقتی صبح از خواب بیدار می‌شوم هر قدر هم که خوابیده باشم معمولاً احساس نمی‌کنم که انرژی دارم. در طی ۱۲ سال گذشته قادر بوده‌ام تقریباً در هر زمانی و هر مکانی بخوابم. به محض این که غیرفعال می‌شوم می‌توانم بخوابم. در دانشگاه، حتی در کلاس‌های کوچک کمتر از ۱۰ نفر خوابم می‌برد. خیلی خجالت‌آور بود که هر قدر سعی می‌کردم نمی‌توانستم خودم را بیدار نگهدارم. من به کرات و فقط با این هدف که در بین کلاس‌ها بخوابم به کتاب‌خانه می‌رفتم. برای من خیلی آسان بود که هر جایی بخوابم، حتی وقتی که روی صندلی می‌نشستم و سرم را روی یک میز سفت می‌گذاشتم.

یک زن ۳۰ ساله

هیچ اطلاعاتی درباره این که RLS در بچه‌های کوچک چقدر شایع است، وجود ندارد. همان طور که قبلاً ذکر کردم، من آن را در کودکان ۸ ساله هم دیده‌ام. سرنخی که وجود یک اختلال حرکتی را نشان می‌دهد این است که کودک در خواب بسیار بی‌قرار باشد. اگر کودک یا نوجوان شما در تخت خوابش غلت می‌زند، می‌چرخد و جایش را دائماً تغییر می‌دهد و تخت او در صبح خیلی به هم‌ریخته است، احتمال دارد که اختلال حرکتی داشته باشد. این امکان هم وجود دارد که کودک اختلال تنفسی خواب داشته باشد (فصل ۱۲ را ببینید). اگر فرزند شما در کلاس خوابش می‌برد. علت آن می‌تواند

یک اختلال حرکتی باشد.

اخیراً تحقیقات زیادی ارتباط بین اختلال نقص توجه بیش‌فعالی (ADHD)¹ و سندرم پاهای بی‌قرار را بررسی کرده‌اند. برای مثال، یک مطالعه گزارش داده‌گودکانی که در مدرسه عملکرد بسیار ضعیفی داشته‌اند دچار بی‌خوابی شدید بودند و سندرم پاهای بی‌قرار و کمبود آهن داشتند. با اصلاح سطوح آهن آنها، همه علائم از بین رفتند و نمرات مدرسه آنها بهتر شدند. این‌ها اطلاعات مهمی برای والدینی هستند که به‌طور قطع نمی‌خواهند گودکان‌شان بی‌خودی دارو مصرف کنند. بسیاری افراد در مورد افزایش تشخیص‌های ADD و ADHD در ایالات متحده نگران هستند.

سندرم "پاهای بی‌قرار" و "حرکات دوره‌ای اندام در خواب" در جمعیت سالمند به شدت شایع هستند. دلایل این امر هنوز کاملاً مشخص نشده اما ممکن است تا اندازه‌ای ناشی از این واقعیت باشد که بسیاری از افراد سالمند دارای بیماری‌های طبی هستند که آنها را مستعد این شرایط می‌کند. حرکات ممکن است در کسانی با بیماری پارکینسون، ورم مفاصل، کم‌خونی، دیابت و بیماری قلبی شایع‌تر باشد. مشکل در به‌خواب رفتن و در خواب باقی ماندن این افراد درست مانند جوان‌ترها، می‌تواند نشانه‌ای از یک اختلال حرکتی باشد.

علل RLS

قدم بعدی در یک درمانگاه خواب بررسی علل احتمالی RLS بیماران است که شامل فهرستی از سایر بیماری‌های طبی می‌شود که می‌توانند با آن همراه باشند. علت حرکات زیاد در طول روز، افزایش آنها در زمان خواب و تکان‌های مکرر، هم‌اکنون توسط جامعه طب خواب در حال شناسایی است. خاستگاه تکانه‌هایی که موجب حرکات افزاینده می‌شوند در سیستم عصبی مرکزی واقع شده و نظم شگفت‌انگیز تکانه‌ها حاکی از آن است که برخی پیس‌میکرهای سیستم عصبی در این باره دخالت دارند. برای مثال، ما می‌دانیم که در برخی بیماران، حرکات غیرقابل کنترل حتی هنگامی که بخشی از

¹ - Attention Deficit Hyperactivity Disorder

نخاع که پاها را کنترل می‌کند در اثر جراحی از باقی سیستم عصبی جدا شده باشد نیز رخ می‌دهد. بنابراین، حداقل در بعضی افراد، پیس‌میکری که موجب حرکات غیرارادی می‌شود ممکن است در نخاع باشد.

سر نخ‌های دیگر در باره علت RLS از داروهایی بدست آمده که حرکات را بازداری می‌کنند. اولاً، داروهایی مانند پرامی‌پکسول^۱، پرگولیدل^۲، روپینیرول^۳ و سینمت^۴ که مقدار دوپامین را افزایش می‌دهند یا خودشان را به گیرنده‌های دوپامینی در سیستم عصبی متصل می‌کنند در درمان RLS و بازداری حرکات غیرارادی، موفقیت آمیز بوده‌اند. دوپامین یکی از چندین ماده شیمیایی است که سیستم عصبی برای فرستادن پیام در بین سلول‌ها از آن استفاده می‌کند. این نشان می‌دهد که فردی با سطوح کاهش یافته دوپامین بیشتر احتمال دارد که دچار RLS شود. چنانچه بعداً خواهید دید، عواملی که می‌توانند دوپامین را در سیستم عصبی مرکزی کاهش دهند نیز ممکن است مهم باشند. برای مثال، آهن در تولید دوپامین دخالت دارد. کاهش سطوح آهن در بدن که کاملاً در زنان شایع است، می‌تواند با RLS همراه باشد.

بیماری‌های طبی

در بسیاری از بیماران به نظر نمی‌رسد که RLS با هیچ بیماری طبی دیگری همراه باشد. این اختلال گاهی نسل به نسل در خانواده‌ها منتقل می‌شود. RLS غالباً در برخی بیماری‌های طبی ظاهر می‌شود. این اختلالات عبارتند از: کمبود آهن، کم‌خونی، کمبود اسید فولیک، کمبود ویتامین B12، استئوآرتریت و آرتریت روماتوئید، دیابت، مشکلات کلیه یا افسردگی. داشتن یک یا چند نوع از این بیماری‌ها می‌تواند احتمال دچار شدن به RLS را افزایش می‌دهد. اگر بعد از خواندن فهرست ارتباطات احتمالی گمان می‌کنید که RLS دارید، باید آن را با پزشکتان واریسی نمایید.

¹ - Pramipexole

² - Pergolidel

³ - Ropinirole

⁴ - Sinemet

سندرم پاهای بی‌قرار ممکن است در افراد مبتلا به کم‌خونی که یک کاهش در تعداد گلبول‌های قرمز خون است، رخ دهد، خصوصاً اگر کم‌خونی در اثر کمبود آهن ایجاد شده باشد. پژوهش‌های اخیر به وضوح نشان می‌دهد که کمبود آهن حتی زمانی که کم‌خونی هم وجود ندارد می‌تواند کماکان باعث RLS شود. زنان به علت از دست دادن مکرر خون در طی سیکل قاعدگی، به‌خصوص در خطر دچار شدن به کم‌خونی و کمبود آهن هستند. اگر رژیم غذایی نتواند آهن از دست رفته را جبران کند، این شرایط می‌تواند منجر به کمبود آهن شود. ما همین‌طور متوجه شده ایم که افرادی که بارها خون داده‌اند ممکن است در خطر بیشتری برای کم‌خونی و سندرم پاهای بی‌قرار باشند. خیلی مواقع، زنان در دوران حاملگی خود برای اولین بار متوجه سندرم پاهای بی‌قرار می‌شوند. در حدود یک چهارم از زنان در سه ماهه سوم حاملگی خود، RLS دارند. بدیهی است که آهن مورد نیاز نوزاد در حال رشد توسط مادر تأمین می‌شود، بنابراین اگر مقدار آهنی که در خوراک روزانه مادر وجود دارد نتواند آهنی که نوزاد می‌گیرد جبران کند، آن وقت کمبود آهن رخ خواهد داد. در طول حاملگی، RLS ممکن است به علت کمبود اسید فولیک نیز ایجاد شده باشد. اسید فولیک یکی از ویتامین‌های B است که در سنتز DNA و تولید گلبول‌های قرمز نیز نقش دارد. RLS ممکن است در افرادی با کمبود ویتامین B12 که یکی از ویتامین‌های B است که در سنتز DNA و تولید گلبول‌های قرمز خون نقش دارد، نیز شایع‌تر باشد. برخی خانواده‌های دچار RLS کمبود ویتامین B12 دارند. مشکل ممکن است به علت جذب ناکافی ویتامین مربوطه باشد. هر چند وقت یک بار میلیون‌ها زن امریکای شمالی رژیم می‌گیرند تا لاغر شوند یا لاغر بمانند که این کار مانع از آن می‌شوند که آنها مواد مغذی کافی از غذا بگیرند. رژیمی که فاقد بعضی مواد مغذی خاص مانند آهن و ویتامین B12 است ممکن است باعث RLS شود یا اختلالی که از قبل وجود داشته را بدتر کند. در درمانگاه خواب، ما دیده‌ایم که RLS به علت سطوح پایین آهن در زنانی که از خوردن گوشت قرمز اجتناب می‌کنند یا سفت و سخت گیاه‌خوار هستند، ایجاد شده است.

مطالعات گزارش داده‌اند که RLS در دیابتی‌ها شایع‌تر است. این به علت اثری است که دیابت

روی سیستم عصبی دارد. هنگامی که دیابت برای سال‌های طولانی وجود داشته باشد، می‌تواند تارهای عصبی را تخریب کند. این وضعیت نوروپاتی خوانده شده که تصور می‌شود یک علت RLS باشد. در حدود نیمی از تمام بیماران دچار ازکارافتادگی کلیه که با دیالیز درمان شده‌اند، RLS دارند. بی‌خوابی شدید به این علت ایجاد می‌شود که حرکات شدید مانع از به خواب رفتن یا استمرار خواب بیمار در طول شب می‌گردد.

ما در درمانگاه خواب متوجه شده‌ایم که RLS در افراد مبتلا به بیماری‌هایی نظیر استئوآرتریت یا آرتریت روماتوئید نیز شایع‌تر است. جالب توجه است که ما این اختلال را در افرادی که منتظر کاشت مفصل‌های مصنوعی بوده‌اند. به‌کرات دیده‌ایم. ما هنوز نمی‌دانیم که این اختلالات چه ارتباطی با RLS دارند. ممکن است RLS یک واکنش به درد ناشی از این شرایط را نشان دهد.

« RLS باعث شده بود که من چندین سال از خواب آرام محروم باشم، اما من آن را نمی‌شناختم. متوجه شده بودم که از زنان دیگر هیچانی‌تر هستم و زودتر هم از جا در می‌روم. من افسرده تشخیص داده شدم و از چندین سال پیش تا کنون تحت درمان دارویی بوده‌ام. قبل از آن بدون توجه به این که چه وقتی از ماه است، احساسات من به یک چشم به‌هم زدن تغییر می‌کرد. در ارتباطاتم با جنس مخالف، مشکلی که در کنترل هیجاناتم داشتم برای دوستان پسران آن قدر گیج‌کننده و ترسناک بود که آنها در نهایت کار دیگری جز قطع ارتباط با من نمی‌توانستند انجام بدهند. این مسأله به نوبه خود باعث شده که من از خودمانی شدن با دیگران بترسم چون می‌ترسم آنها را فراری دهم.»

یک زن ۳۰ ساله

متأسفانه، زنان دچار RLS خیلی اوقات افسرده تشخیص داده شده و با ضدافسردگی‌ها تحت درمان قرار گرفته‌اند. در برخی موارد آنها ممکن است از نظر بالینی واقعاً افسرده باشند، اما قبل از این که تحت درمان افسردگی قرار بگیرند غالباً درباره علائم RLS از آنها سؤال نمی‌شود. علت این

است که زنان دچار سندرم پاهای بی‌قرار شدید ممکن است در طی روز بسیار خواب‌آلود باشند. میل آنها به خوابیدن در تمام مدت روز و خواب مختل آنها در شب می‌تواند به عنوان نشانه‌ای از افسردگی تلقی شود. واقعیت این است که زنان دو برابر مردان، افسرده تشخیص داده می‌شوند. به آسانی می‌توان فهمید که چرا خواب‌آلودگی ناشی از RLS ممکن است توسط یک پزشک به اشتباه افسردگی تشخیص داده شود. معهداً، این می‌تواند باعث شود که بیماران برای تشخیص بیماری اشتباه، تحت درمان قرار بگیرند. نکته‌ای که به همان اندازه مهم است این است که برخی داروهای مورد استفاده در درمان افسردگی مانند ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای می‌توانند واقعاً موجب بدتر شدن RLS در برخی افراد شوند. اگر شما یا کسی که او را می‌شناسید برای افسردگی تحت درمان قرار دارد، لازم است در مورد احتمال وجود RLS با پزشک صحبت شود.

تشخیص

درمان صحیح تنها هنگامی می‌تواند صورت بگیرد که تشخیص درست داده شده باشد. این کار مستلزم مصاحبه و معاینه و اغلب آزمایشات طبی است.

مصاحبه و معاینه بالینی

متأسفانه، بسیاری از پزشکان از بیماران خود در باره خواب‌شان یا علائم RLS سؤال نمی‌کنند. بنابراین بسیاری از زنان یا تشخیص داده نمی‌شوند و یا تشخیص غلط دریافت می‌کنند. برای مثال، از بین ۲۸۷ بیماری که نهایتاً تشخیص RLS دریافت کرده بودند، در واقع فقط یکی از آنها توسط پزشک خود برای درمان خاص RLS به درمانگاه اختلالات خواب ارجاع شده بود. ما بیماران زیادی را دیده‌ایم که واقعاً RLS داشتند اما دچار سندرم خستگی مزمن و یا فیبرومیالژیا تشخیص داده شده بودند.

RLS شاید شایع‌ترین وضعیت طبی باشد که پزشکان آن را تشخیص نمی‌دهند. بنابراین اگر شما

گمان می‌کنید که یک اختلال حرکتی دارید، با پزشک خانوادگی‌تان مشورت کنید.

حتماً از پزشک خود بخواهید که تاریخچه بالینی علائم RLS را از شما بگیرد. این بیماری معمولاً

این‌طوری تشخیص داده می‌شود.

آزمایش خون

ما در درمانگاه خواب، یک تاریخچه پزشکی و به دنبال آن یک مصاحبه بالینی کامل از بیمار می‌گیریم. اگر اعتقاد داشته باشیم که بیمار ممکن است RLS داشته باشد، دستور می‌دهیم آزمایش خون انجام شود تا ببینیم که آیا کم‌خونی وجود دارد یا نه. گلبول‌های قرمز خون حاوی رنگ‌دانه‌ای هستند که هموگلوبین خوانده شده و اکسیژن را حمل می‌کند. زمانی که تعداد گلبول‌های قرمز خون یا مقدار هموگلوبین بسیار پایین باشد، این به معنای آن است که کم‌خونی وجود دارد. سه عامل - آهن، B12 و اسید فولیک - در تولید گلبول‌های قرمز دخیل هستند و همچنین تصور شده که در ایجاد RLS نقش دارند. آهن در گلبول‌های قرمز و در مغز استخوان که در آنجا گلبول‌های قرمز تولید می‌شوند، وجود دارد. آهن همچنین توسط فریتین^۱ که مهمترین پروتئین ذخیره ساز آهن در بدن است، حمل شده است. مطمئن‌ترین روش برای تشخیص کمبود آهن به غیر از بررسی نمونه مغز استخوان، انجام یک آزمایش خون کامل و اندازه‌گیری سطح فریتین است. حتی وقتی تعداد گلبول‌های قرمز خون طبیعی هستند، ممکن است ذخایر آهن بدن کاهش یافته باشند. دامنه سطوح فریتین طبیعی گسترده است اما حتی در دامنه طبیعی، هر چه سطح فریتین پایین‌تر باشد، احتمال بیشتری دارد که شخص دچار کمبود آهن باشد. انستیتوهای ملی بهداشت^۲ اخیراً گزارش داده‌اند که یک ارزش فریتین کمتر از ۵۰ ng/ml در فردی با RLS نشان دهنده این است که کمبود آهن می‌تواند یک عامل سبب‌شناختی باشد. بنابراین، درمان جایگزینی آهن توصیه شده است. یک نقص آزمایش

^۱ - Ferritin

^۲ - Mental Health Institutes

فریتین این است که اگر بیمار نوعی بیماری حاد یا مزمن داشته باشد، سطح فریتین ممکن است بالا رفته باشد و بنابراین یک کمبود آهن را پوشاند.

آزمایشاتی که می‌توانند به اداره RLS کمک کنند

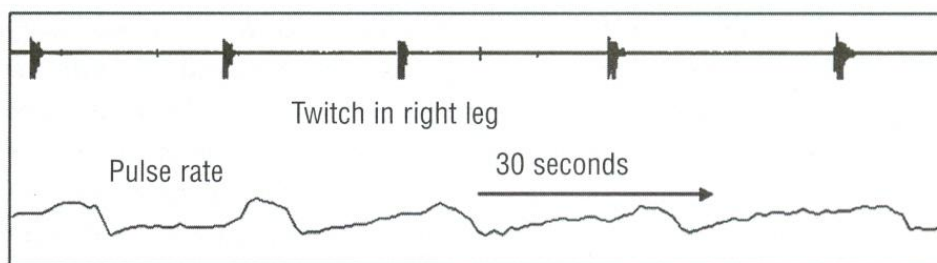
- شمارش کامل گلبول‌های قرمز خون برای واریسی کم خونی
- مطالعاتی جهت تعیین کاهش سطوح آهن (فریتین، سطح آهن خون، ظرفیت کل چسبندگی آهن)
- سطح ویتامین B12
- سطح اسیدفولیک

اگر آزمایش خون نشان دهد که کم‌خونی وجود دارد و یک کمبود آهن تشخیص داده نشده باشد، پس یک کمبود اسیدفولیک یا ویتامین B12 می‌تواند نقش بازی کند. کمبود B12 و کمبود اسیدفولیک نیز با آزمایشات خون تشخیص داده می‌شوند.

بررسی خواب

اگر یک اختلال خواب خاص با مصاحبه و معاینه بالینی تشخیص داده نشود، شخص ممکن است به بررسی خواب نیاز داشته باشد. به منظور مونیور کردن حرکات، فعالیت عضله استخوان درشت نی قدامی (عضله جلوی ساق پا) ثبت می‌شود. بررسی خواب ممکن است نشان دهد که مدت زیادی طول می‌کشد که بیمار خوابش ببرد، او در جای خود می‌غلتد، می‌چرخد و تلاش می‌کند یک وضعیت راحت برای خوابیدن پیدا کند. هنگامی که فرد بیدارست فعالیت عضلات استخوان درشت نی قدامی افزایش می‌یابد. زمانی که فرد خوابش می‌برد (که می‌تواند ساعت‌ها طول بکشد)، ما غالباً حرکات مکرر در عضلات را ثبت می‌کنیم که هر بیست تا سی ثانیه رخ می‌دهد. این "حرکات

دوره‌ای اندام در خواب (PLMS)^۱ در تقریباً ۸۰ درصد از بیماران RLS یافته شده است. اگرچه تشخیص PLMS زمانی داده می‌شود که بیش از پنج تکان مکرر در هر ساعت از خواب وجود داشته باشد، بیشتر بیماران در واقع چندین برابر این تعداد را دارند. اکثر بیماران RLS در هر ساعت از خواب بین سی تا صد تکان دارند. هنگامی که ما در طول آزمایش خواب بیماران را مشاهده می‌کنیم، غالباً می‌توانیم حرکات مکرر را ببینیم. شکل ۱۱-۱ نموداری از تقریباً دو دقیقه خواب ثبت شده است. شکل نشان‌دهنده حرکتی است که در حدود هر بیست و پنج ثانیه در پای راست رخ می‌دهد. با هر تکان یک افزایش در نبض (ضربان قلب) نیز ایجاد می‌شود.



شکل ۱۱-۱ گزارش خواب در RLS

گاهی اوقات بیماران درباره خواب‌آلودگی روزانه به پزشک خود شکایت می‌کنند. آنها علائم واضح بی‌خوابی یا بی‌قراری در زمان خواب را ندارند اما در طول شب حرکات مکرر دارند. یک ارزیابی در درمانگاه خواب مشخص خواهد کرد که بسیاری از این حرکات به بیداری‌های کوتاه مدت مغز مربوط می‌شوند. این بیداری‌های کوتاه نه تنها امواج مغزی را تغییر می‌دهند، بلکه به‌طور موقت ضربان قلب را نیز افزایش می‌دهند. بنابراین کیفیت خواب کاهش می‌یابد و این می‌تواند در طول روز خواب‌آلودگی ایجاد کند. اگر خواب‌آلودگی مشکل اصلی شما است، باید از پزشک خود پرسید که آیا آزمایش خواب ضرورت دارد یا نه. خواب‌آلودگی نه تنها ممکن است به علت حرکات ایجاد شده

^۱ - Periodic Limb Movements in Sleep

باشد، بلکه شاید توسط یک مشکل هم بود مانند آپنه خواب (فصل ۱۲ را ببینید) یا نارکولپسی (فصل ۱۳ را ببینید) نیز ایجاد شود.

درمان

نوع درمانی که استفاده خواهد شد به شدت مشکل و نتایج آزمایش‌ها بستگی دارد. گاهی اوقات هیچ علتی را نمی‌توان مشخص کرد.

اگر یک علت برای RLS پیدا شده باشد

به محض این که در آزمایشگاه خواب یا در مطب پزشک خانوادگی، برای شما تشخیص RLS گذاشته شد، می‌توان درمان‌تان را شروع کرد. اول از همه پزشک باید تلاش کند علت را مشخص کرده و سپس آن را درمان کند. پس از انجام مصاحبه پزشکی و اجرای آزمایشاتی که درباره آنها قبلاً صحبت شد، پزشک باید درمان مناسب را تعیین کند. ما توصیه نمی‌کنیم که افراد خودشان را درمان کنند. خوددرمانی بدون یک تشخیص صحیح می‌تواند خطرناک باشد. برای مثال، اگرچه کمبود آهن می‌تواند در نتیجه قاعدگی‌های سخت، حاملگی و مانند آن باشد، آن ممکن است در نتیجه یک بیماری جسمی شدید مانند سرطان روده بزرگ یا بیماری روده تحریک‌پذیر نیز ایجاد شود. اگر شما یک کمبود آهن جدی نداشته باشید، مصرف مقدار زیادی آهن می‌تواند به مشکلات پزشکی جدی منجر شود. خبر خوب این است که اگر درمان درست انجام بگیرد بهبود چشمگیر خواهد بود، هر چند تجربه من نشان داده که اگر کمبود آهن به مدت طولانی وجود داشته باشد، RLS ممکن است با جایگزینی آهن حل نشود.

بنابراین اگر پزشک شما می‌گوید که کمبود آهن دارید، علت کمبود آهن باید مشخص شود. آیا آن به علت خونریزی گوارشی است یا ناشی از قاعدگی‌های سخت، رژیم ناقص یا اهدای خون مفرط می‌باشد؟ اگر کمبود آهن علت RLS باشد، پزشک شما معمولاً باید آهن را در شکل قرص آن تجویز کند که برای چندین ماه مصرف شود. فقط حدود ۱ درصد آهنی که از راه دهان گرفته شده

واقعاً جذب می‌شود، بنابراین مدت زیادی طول می‌کشد تا ذخایر آهن مجدداً در بدن پر شود. بسیاری از فرآورده‌های دارویی و مولتی‌ویتامین‌ها حاوی مقدار بسیار کمی آهن هستند که در واقع ذخایر آهن بدن را دوباره پر نمی‌کند. دکتر باید دارویی را تجویز کند که حاوی آهن قابل جذب کافی باشد. برای بعضی افراد، خصوصاً کودکان، خوردن قرص‌های آهن سخت است. ترکیبات آهن مایع با طعم میوه موجود هستند، اما گران‌ترند. در موارد نادر، تزریق آهن می‌تواند کمبود آهن را تأمین کند.

برخی افراد RLS کمبود ویتامین B12 دارند چون نمی‌توانند از راه معده‌ای - روده‌ای به طور کامل ویتامین B12 را جذب کنند. این افراد به تزریقات مکرر B12 برای درمان کمبود آهن نیاز دارند.

برخی مطالعات نشان می‌دهند که کمبود اسیدفولیک یا آهن در دوران حاملگی می‌تواند باعث RLS شوند. به خاطر غنی‌سازی حبوبات در آمریکای شمالی، کمبود اسیدفولیک به ندرت مشاهده می‌شود، اما برخی افراد ممکن است هنوز آن را تجربه کنند. گزارش شده که مقادیر اسیدفولیک کافی در اوایل حاملگی خطر نقص‌های مادرزادی مانند اسپینا بایفیدا^۱ را کاهش می‌دهد. اگر شما حامله هستید با پزشک‌تان درباره مصرف مکمل مناسب صحبت کنید.

اگر شما گیاه‌خوار هستید و RLS را تجربه می‌کنید، یادآوری این نکته مهم است که گوشت قرمز منبع اصلی آهن در رژیم غذایی غربی می‌باشد. اگرچه برخی از محصولات گیاهی حاوی مقادیر متنابهی ذخایر آهن هستند، تعدادی از افراد ممکن است به قدر کافی از مواد غذایی مناسبی که حاوی مقادیر قابل ملاحظه‌ای آهن هستند (برای مثال، دانه‌های سبوس، نخود، لوبیا و اسفناج)، استفاده نکنند. ویتامین B12 عمدتاً در گوشت، تخم‌مرغ و لبنیات یافته شده است. اگرچه برخی فرآورده‌های گیاهی ممکن است حاوی ویتامین B12 باشند اما آنها منابع مطمئنی برای این ویتامین مهم نیستند. گیاه‌خواران باید مکمل‌های ویتامین B12 یا فرآورده‌های غنی شده را مصرف کنند تا به این ترتیب روزانه ۱/۵ میکروگرم (یا ۲ میکروگرم در دوران بارداری) ویتامین B12 وارد بدن‌شان شود

^۱ - Spina bifida

اگر RLS با یک بیماری دردناک مانند آرتریت همراه باشد، آن وقت یک رویکرد درمانی این است که مطمئن شوید برای بیماری جسمی زیربنایی درمان می‌شوید. پزشک شما می‌تواند دارویی مانند یک ضد التهاب غیراستروئیدی (نمونه‌هایی از چنین داروهایی شامل سلبرکس^۱ یا وایوکس^۲ می‌شوند) برای درمان آرتریت یا درد تجویز کند.

اگر علائم RLS با مصرف داروهای ضدافسردگی به وضوح ارتباط داشته باشد، در مورد آن با پزشک‌تان صحبت کنید. ممکن است یک درمان جایگزین امکان پذیر باشد.

اگر علت RLS پیدا نشده باشد

اگر پزشک نتواند علت مشخصی برای RLS شما پیدا کند، که این مسأله زیاد اتفاق می‌افتد، آن وقت به عنوان یک گزینه درمانی دیگر، می‌توان داروهایی برای کاهش حرکات تجویز کرد. روپینیرول،^۳ رکوئیپ^۴ (آمریکای شمالی)، آدارتل^۵ (انگلستان) ریپریو^۶ (استرالیا) اولین داروی اختصاصی بود که برای درمان RLS توسط FDA آمریکا تأیید شد. داروهایی که پزشکان برای این اختلال تجویز کرده‌اند داروهایی هستند که به طور طبیعی برای سایر بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند اما مشخص شده که در RLS نیز مؤثر هستند.

داروهایی که سطوح دوپامین را افزایش می‌دهند یا به گیرنده‌های دوپامینی در سیستم عصبی متصل می‌شوند، تابحال مؤثرترین درمان برای RLS شناخته شده‌اند. این‌ها همان داروهایی هستند که در بیماران پارکینسونی اما در دوزهای کمتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بیماری پارکینسون که بازیگری به نام مایکل جی فکس و محمدعلی کلی بوکسور را مبتلا کرده است، یک اختلال حرکتی نیز هست که در آن، سطوح دوپامین در بخش‌هایی از مغز کاهش یافته است. پرامی‌پکسول^۷،

^۱ - Celebrex

^۲ - Vioxx

^۳ - Ropinirole

^۴ - Requip

^۵ - Adartel

^۶ - Repreve

^۷ - Pramipexole

سینمت^۱، پرگولیدل و روپینیروول پر استفاده ترین داروها برای این اختلال هستند. این داروها هرگز نباید بدون ارزیابی یک پزشک مصرف شوند. ندرتاً، این داروها می‌توانند یک عارضه جانبی خواب‌آلودگی ایجاد کنند.

یک رویکرد درمانی دیگر استفاده از داروهایی است که پاسخ مغزی به حرکات زیاد را کاهش می‌دهند. به عبارت دیگر، این داروها به مغز اجازه می‌دهند که حرکات را نادیده بگیرد. چنین داروهایی در رده بنزودیازپین‌ها جای می‌گیرند (کلونازپام نمونه‌ای از آن است. فصل ۲۰ راهم ببینید). گاهی اوقات این داروها ممکن است بعد از بیدار شدن بیمار کماکان اثر کنند که منجر به حالت خماری می‌شوند. بنابراین، مصرف این نوع دارو یک یا دو ساعت قبل از زمان خواب می‌تواند با این عوارض جانبی مقابله کند. برخی پزشکان گزارش داده‌اند که دارویی که برای اختلالات تشنجی مورد استفاده قرار می‌گیرد و نوروئتین^۲ نام دارد نیز می‌تواند موثر باشد.

در شدیدترین موارد که سایر درمان‌ها مؤثر واقع نشده باشند ما می‌توانیم دوزهای پایین کدئین را در وقت خواب توصیه کنیم و این درمانی است که سال‌ها است مؤثر شناخته شده است. نحوه اثر کدئین مشخص نیست، اما این دارو می‌تواند فعالیت برخی قسمت‌های سیستم عصبی را کاهش دهد. برای مثال، می‌تواند مرکز سرفه در سیستم عصبی را سرکوب کند. کدئین، یک ماده مخدر است و در اکثر جاها به عنوان یک ماده کنترل شده طبقه‌بندی شده است. شما باید در مورد این نوع دارو به دقت با پزشک‌تان صحبت کنید و عوارض جانبی احتمالی آن را در نظر بگیرید.

توصیه‌های مربوط به تغییر شیوه زندگی شامل کاهش کافئین و اجتناب از الکل و نیکوتین می‌شوند. ورزش سبک، همین‌طور فنون آرام‌سازی، ماساژ و کمپرس‌های سرد یا گرم اندام‌ها می‌توانند کمک‌کننده باشند. برخی افراد متوجه می‌شوند که خنک کردن پاهایشان در شب به آنها کمک می‌کند. دیگران دقیقاً برعکس آن را تجربه می‌کنند. RLS به راستی یک اختلال گیج‌کننده است.

¹ - Sinemet

² - Neurontin

به همسر پزشکی برگردیم که نمی‌توانست آرام بگیرد

او کم‌خونی ناشی از کمبود آهن داشت. آزمایشات او یک سطح خیلی پایین فریتین، یک سطح پایین هموگلوبین و کاهش گلبول‌های قرمز خون را نشان دادند. او نیازی به تست خواب نداشت چون تاریخچه بالینی‌اش کاملاً حاکی از RLS بود. چیزی که او نیاز داشت درمان آهن بود. شوهر او که یک پزشک بود باور نمی‌کرد که دریافت یک ترکیب آهن بتواند مشکل او را حل کند. اما این اتفاق افتاد. سه ماه بعد علائم RLS او که سی سال وجود داشتند، به طور کامل برطرف شدند و خواب او عادی شد. این مورد نشان می‌دهد که بسیاری از پزشکان درباره اختلالات خواب زنان به-قدر کافی نمی‌دانند و درباره آن به قدر کافی هم نمی‌پرسند حتی وقتی که بیمار خویشتاوند آنها باشد.

سندرم پاهای بی‌قرار یک اختلال شایع است که موجب بی‌خوابی می‌شود. آن در زنان بویژه مشکل‌ساز است چون اکثراً در دوران بارداری پیش می‌آید و می‌تواند به علت از دست دادن خون در سیکل‌های قاعدگی نیز باشد که سطوح آهن را پایین می‌آورد. این اختلال در زنان پیر فوق‌العاده شایع است.

اگرچه زنی که نمی‌تواند بخوابد پریشان است، زنی که نمی‌تواند بیدار بماند هم پریشان می‌شود. شایع‌ترین علت خواب‌آلودگی در روز، آپنه خواب است که می‌تواند عمر یک زن را کوتاه کند. این مقوله در فصل بعدی مورد بررسی قرار گرفته است.

فصل ۱۲

اختلالات تنفسی خواب:

خروپف و آپنه خواب

مورد دختر کشاورز

یک روز صبح، یک دختر چهارده ساله همراه با پدرش به دیدن من آمدند. او یک دختر نسبتاً چاق مو طلایی با گونه‌های سرخ بود. چشمان غمگین و خسته‌اش به زمین دوخته شده بودند. او خیلی حرف نمی‌زد. من متوجه شدم که دهان او همیشه یک کمی‌باز است. هاله‌های خاکستری زیر چشمانش برای دختری به سن او غیرمعمول بودند. پدرش که کشاورزی با روپوش و دستان زمخت بود، رشته کلام را در دست داشت.

هنگامی که من درباره علت مراجعه‌شان پرسیدم، پدرش گفت " دخترم یک مقدار کند ذهن است". فقط توانستم تجسم کنم که این طفلک بیچاره با شنیدن این کلمات چقدر احساس خجالت و شرم کرد. پدر او این‌گونه صحبتش را با من ادامه داد که دخترش مشکلات یادگیری داشته و برای درمان افسردگی‌اش داروهایی مصرف می‌کرد، اما اصلاً بهتر نشده است.

من به پدر دختر گفتم که می‌خواهم از دخترش سؤالاتی بپرسم و ترجیح می‌دهم که خود او پاسخ بدهد. در پاسخ به سؤالات من، درجه مصیبت او به تدریج آشکار شد. او گفت که عملکرد تحصیلی‌اش چندین سال ضعیف بوده و در واقع حدود یکسال قبل به‌خاطر نمرات پایین مدرسه را رها کرده بود. او به‌شدت مشکل تمرکز داشت و اکثر اوقات در کلاس چرت می‌زد.

من پدر را مخاطب قرار دادم و از او پرسیدم که آیا دخترش در خواب خروپف می‌کند. او گفت که دخترش چندین سال است که در خواب با صدای بلند خروپف می‌کند. سپس من پرسیدم که آیا او تا به حال متوجه شده که وقتی دخترش در خواب است، نفسش قطع می‌شود. پاسخ مثبت بود. هنگامی که به معاینه فیزیکی دختر پرداختم، فهمیدم که علت مشکلات او را با ساده‌ترین ابزار پزشکی یعنی چراغ قوه پیدا خواهم کرد.

اختلالات تنفسی خواب

مشکلات تنفسی خواب آن‌قدر شایع هستند که تقریباً هر کسی شخص دیگری را با یکی از این

مشکلات می شناسد. شایع ترین آنها آپنه خواب و خروپف است. خروپف که شدت آن کمتر از آپنه است به خاطر صدای مزاحمی که دارد، می تواند مشکلاتی در خانه تولید کند. اما آپنه خواب، اختلالی که در آن تنفس افراد در حین خواب قطع می شود می تواند زندگی یک فرد را نابود کند، همان طور که زندگی بیمار چهارده ساله من را نابود کرده بود. آپنه موجب مرگ هم می شود. در حالی که خروپف می تواند یک علامت آپنه باشد، اما هر کسی که خروپف می کند، آپنه خواب ندارد.

خروپف

همه ما فکر می کنیم که می دانیم خروپف چیست و اکثر ما آن را به صورت دست اول یا در کسانی که می شناسیم مشاهده کرده ایم. خروپف صدای بلندی است که افراد هنگام نفس کشیدن در خواب در می آورند. اگرچه خروپف دست مایه شوخی ها و کارتونهای بی شمار قرار گرفته اما معمولاً نشان دهنده آن است که راه تنفسی فوقانی فرد مسدود شده است. خروپف نشان دهنده ارتعاش بافت ها در مواقعی است که فرد تلاش می کند هوا را فرو ببرد. آن می تواند آن قدر بلند و مزاحم باشد که زوج ها ناچار شوند در اطاق های جداگانه یا طبقات مختلف خانه بخوابند. زوج هایی که به مطب من می آیند اغلب درباره این که کدام یک از آنها خروپف می کند، با صدای بلند با هم دعوا می کنند.

آیا مشکلی وجود دارد؟

خوشبختانه اکثریت قابل ملاحظه کسانی که خروپف می کنند یک مشکل طبی ندارند. اگر کسی خروپف می کند اما خواب آلودگی روز هنگام ندارد و هرگز مشاهده نشده که نفسش قطع شود و اگر فشارخون او طبیعی است، بنابراین خروپف او یک مشکل طبی محسوب نمی شود (معهدا، می تواند برای هم تختی او کماکان یک مشکل فوق العاده باشد).

کسی که خروپف می کند اما بدون هیچ علامت یا مشکل طبی دیگر است، به آزمایش خواب مفصل نیاز ندارد. اما بهتر است فقط برای اطمینان خاطر یک ارزیابی پزشکی داشته باشد. در غیر این

صورت، یک بررسی فشارخون می‌تواند کمک‌کننده باشد. علاوه بر بررسی‌های معمول، پزشک ممکن است متوجه شود که بینی فرد شب‌ها کیپ می‌شود (شاید فرد موردنظر به پر بالش یا گربه حساسیت داشته باشد). پزشک احتمالاً خواهد پرسید که آیا هیچ‌وقت بینی شخص شکسته یا با گلودرد از خواب بیدار می‌شود (به علت نفس کشیدن از راه دهان). راه تنفسی باید توسط یک پزشک بدقت بررسی گردد تا اطمینان حاصل شود که هیچ نوع نابهنجاری مانند یک بینی کج و معوج یا مسدود شده، لوزه‌های متورم یا سایر معایب وجود ندارند. پزشک باید آرواره فرد را به دقت معاینه کند تا مطمئن شود که خیلی کوچک یا خیلی عقب نباشد. زبان به آرواره پایینی چسبیده شده است. اگر آرواره خیلی کوچک یا خیلی عقب باشد، زبان نیز خیلی عقب خواهد بود و این می‌تواند راه تنفسی پشت زبان را ببندد. اگر شما فرزندان دارید که خروپف می‌کنند این یک مسأله مهم است. پزشک باید بهداشت دندان‌های بیمار را نیز بررسی کند و دندان‌ها را معاینه نماید. هرچند این بررسی‌ها ممکن است از نظر شما زیادی باشند، اما درمان‌هایی هم برای خروپف موجود هستند - و درمان صحیح می‌تواند هم تختی یک خروپف‌کننده را مادام‌العمر سپاسگزار شما کند.

زنانی که هیچ سابقه قبلی خروپف را ندارند ممکن است در دوران حاملگی خروپف کردن را شروع کنند. همه خروپف‌هایی که در دوران حاملگی اتفاق می‌افتند به آپنه خواب مربوط نمی‌شوند. در واقع تعداد کمی از زنانی که در دوران حاملگی خروپف می‌کنند آپنه خواب دارند. خروپف در حاملگی می‌تواند به عوامل متعددی مربوط باشد. افزایش سطوح هورمونی در طول حاملگی محتمل‌ترین علل در این دوران هستند. پروژسترون که یک محرک تنفسی است می‌تواند در واقع از بروز آپنه خواب در زنان حامله جلوگیری کند. در بعضی از زنان، اضافه‌وزن زیاد و کاهش اندازه مجرای تنفسی فوقانی موجب گرفتگی بینی می‌شود. این باور هم وجود دارد که بعضی هورمون‌هایی که در حاملگی افزایش می‌یابند ممکن است موجب شل و ول شدن بافت‌های خاص و مجرای تنفسی شوند. در هر دو مورد ممکن است راه هوا نسبتاً مسدود شده و خروپف رخ دهد. در اکثر مواقع، خروپف در حاملگی مشکل محسوب نمی‌شود، اما کسی ممکن است بخواهد این علامت را با

پزشک خود درمیان بگذارد تا مطمئن شود که آن به علت آپنه خواب یا نشان‌گر پری اکلامپسیا نیست (فصل ۴ را ببینید).

درمان خروپف

خروپف یک بیماری نیست، بنابراین من هیچ رویه جراحی را مگر به‌عنوان آخرین راه‌چاره توصیه نمی‌کنم و آن هم فقط در صورتی که برای یک مورد درست شدنی مانند انحراف بینی باشد. هنگامی که هیچ مشکل طبی وجود ندارد، من معتقد نیستم که جراحی به‌عنوان یک درمان اصلی، ضرورت داشته باشد. در طی سال‌ها من بیماران زیادی را دیده‌ام که درمان جراحی نتوانسته خروپف و آپنه خواب آنها را معالجه کند. معهدا، شیوه جراحی معمول، برداشتن بافت نازک سقف دهان است. اگر انسداد در جای دیگر باشد- برای مثال پشت زبان- یا آرواره فرد کوچک باشد، عمل جراحی مشکل را حل نخواهد کرد.

کم کردن وزن

در اینجا به مبحثی می‌رسیم که نهایتاً مؤثرترین اما دشوارترین درمان برای بیماران خروپف‌کننده و دچار آپنه ای است که اضافه وزن دارند، یعنی کاهش وزن. ما بعضی نمونه‌های برجسته از افرادی را دیده‌ایم که وزن‌شان را کم کرده‌اند و خروپف و آپنه آنها هر دو کاملاً معالجه شده است. گاهی اوقات یک کاهش وزن نسبتاً کم منجر به یک بهبود چشمگیر می‌شود. گاهی اوقات کاهش وزن بیشتری لازم است.

اکثریت خروپف‌کننده‌ها و حدود سه چهارم از بیماران دچار آپنه، اضافه وزن دارند. جهان غرب در وسط یک همه‌گیری اساسی چاقی قرار دارد که همه گروه‌های سنی را دچار می‌کند. فعلاً در حدود دوسوم از بزرگسالان امریکایی در قیاس با کمتر از یک چهارم آنها در چهل سال قبل، چاق هستند. بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ نسبت افراد خیلی چاق، سه برابر شده است. نصف همه افرادی

که چنین چاقی های شدیدی دارند احتمالاً آپنه خواب هم دارند. آنها به احتمال خیلی زیادتر دچار بیماری قلبی عروقی و دیابت هم هستند. چاقی در زنان شایع تر از مردان است و زنان دچار آپنه از مردان دچار آپنه، چاق تر هستند.

این یک کتاب رژیم غذایی نیست اما من یکی دو نکته را ذکر خواهم کرد که غالباً در کتاب های رژیم عنوان نشده اند اما شما ممکن است بخواهید بدانید. نتایج مطالعه ای که در مدت شش سال روی زنان انجام گرفته بود و در مجله انجمن پزشکی آمریکا^۱ در سال ۲۰۰۳ به چاپ رسید، نشان داد که خطر چاقی و دیابت در زنانی که دو ساعت در روز تلویزیون تماشا می کنند به ترتیب ۲۳ و ۱۴ درصد افزایش می یابد. آنها هر چه بیشتر تلویزیون تماشا کنند، احتمال خطرهم بیشتر می شود. اگر آنها چهار ساعت تلویزیون تماشا کنند، احتمال خطر چاقی و دیابت دوبرابر می شود و به ۴۶ درصد و ۲۸ درصد می رسد. شما در روز چند ساعت تلویزیون تماشا می کنید؟ وقت اضافه تان را چطور می گذرانید؟ نتایج همین تحقیق نشان داد که یک ساعت پیاده روی تند در روز، خطر چاقی را تا ۲۴ درصد و خطر دیابت را تا ۳۴ درصد کاهش داده است.

تحقیقی که در سال ۱۹۹۹ منتشر شد نشان داد که بین سال های ۱۹۹۱ و ۱۹۹۸ در ایالات میانی آتلانتیک، درصد جمعیتی که چاق بودند به ۳۲ درصد افزایش یافته است در حالی که در ایالات جنوبی آتلانتیک میزان افزایش ۶۷ درصد بوده. ایالتی که کمترین افزایش را داشت دلاور با ۱۱ درصد افزایش بود، در حالی که ایالتی که بیشترین افزایش را داشت جورجیا با یک افزایش حیرت انگیز ۱۰۲ درصد بود!

اجتناب از الکل و سایر موادی که موجب خواب آلودگی می شوند

درمانی که خیلی توصیه می شود، اجتناب از الکل خصوصاً قبل از زمان خواب است. الکل با کاهش وضعیت عضلاتی که مجرای تنفسی فوقانی را باز نگه می دارند، خروپف را بدتر می کند. در صورت امکان، از مصرف داروهایی که ممکن است اثر مشابهی داشته باشند نیز خودداری کنید. چنین

^۱ - American Medical Association

داروهایی شامل قرص‌های خواب و سایر خواب آورها مانند انواع آنتی‌هیستامین‌هایی می‌شوند که برای سرماخوردگی و آلرژی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. اگر برچسب دارو به شما درباره خواب‌آلودگی هشدار می‌دهد، احتمالاً یک افزایش در تمایل به خروپف و آپنه وجود خواهد داشت.

وسایل دندان پزشکی

بعضی افراد خصوصاً کسانی که خیلی چاق نیستند یا ممکن است یک آرواره کوچک یا اووربایت^۱ داشته باشند، می‌توانند از یک وسیله دهانی استفاده ببرند. این وسیله شبیه یک قطعه دهانی است که یک بوکسور یا یک بازیکن بیس‌بال ممکن است در دهانش بگذارد، با این تفاوت که باید دقیقاً اندازه دندان و آرواره بیمار ساخته شود و فقط در موقع خواب در دهان گذاشته شود. اگر علت مشکل چاقی باشد، احتمال کمی وجود دارد که وسیله مؤثر واقع شود. هدف وسیله این است که آرواره پایینی را به طرف بالا و جلو بکشاند. زبان به آرواره متصل شده، بنابراین این وسیله، زبان را به طرف جلو خواهد راند و مجرای تنفسی عقب زبان را گشاد خواهد کرد.

ابزارهای کوچک^۲

ابزارهای زیادی برای درمان خروپف در بازار موجود هستند و بسیاری از کسانی که خروپف می‌کنند آنها را امتحان کرده‌اند. بعضی ابزارها و افشانه‌ها برای عده‌ای مؤثر واقع می‌شوند. مورد استفاده‌ترین آنها نوارهای چسب هستند که روی بینی گذاشته می‌شوند تا سوراخ‌های بینی را گشاد کنند. شما احتمالاً این وسیله را در ورزشکاران حرفه‌ای دیده‌اید. در حال حاضر من هیچ ابزار یا افشانه‌ای را نمی‌شناسم که آنقدر مؤثر باشد که توسط همه خروپف‌کننده‌ها مورد استفاده قرار بگیرد. عده‌ای متوجه می‌شوند که به پهلو خوابیدن خروپف آنها را کاهش می‌دهد بنابراین اگر هم تختی یک خروپف‌کننده گاهی به پهلو او یک تلنگر کوچک بزند، کمک کننده خواهد بود.

^۱ - Overbite

^۲ - Gadgets

آپنه خواب

آپنه خواب یک اختلال تنفسی خواب است. علائم می‌توانند ترکیبی از خروپف، وقفه‌هایی در تنفس و خواب‌آلودگی شدید روزهنگام باشند. تقریباً تا یک دهه قبل تصور می‌شد که آپنه خواب انسدادی دراصل یک بیماری مردان میان سال چاق است و در زنان به‌ویژه زنان جوان وجود ندارد یا نادر است. مسلماً این چیزی نبود که ما فکر می‌کردیم یک دختر چهارده‌ساله مثل کسی که من در آغاز فصل توصیفش کردم، داشته باشد.

واقعیت این است که آپنه خواب انسدادی یک بیماری کاملاً شایع در هر دو مردان و زنان است - درست باندازه آسم. درصد مردانی که این اختلال را دارند تقریباً دو برابر درصد زنان است، اما آن مسلماً در زنان نادر نیست. این اختلال تقریباً ۲ درصد از زنان بزرگسال را مبتلا می‌کند. آن در زنان دوره بعد از یائسگی بسیار شایع‌تر است (در حدود ۱۰ درصد). براساس اطلاعات سرشماری سال ۲۰۰۲، این به معنای آن است که تقریباً ۴/۳ میلیون مرد و ۲/۳ میلیون زن در ایالت متحده دچار آپنه خواب هستند. ماحالاً می‌دانیم که آپنه خواب انسدادی می‌تواند از نوزاد چهار ماهه تا افراد نودساله را دچار کند. عده‌ای از این افراد وزن طبیعی دارند.

خلاصه کلام، به علت وجود این تفکر قالبی که مردان قربانیان آپنه خواب هستند، این اختلال در زنان شناخته نشده است. نه تنها تعداد بسیار کمتری از زنانی که آپنه داشته‌اند، تشخیص و درمان این اختلال را دریافت کرده‌اند، بلکه آنها اکثراً به خاطر بیماری اشتباه نیز تحت درمان قرار گرفته‌اند. برای مثال، ما متوجه شدیم که زنان دچار آپنه، قبل از اینکه تشخیص صحیح دریافت کنند، غالباً برای افسردگی درمان شده‌اند. یک پزشک خانوادگی پر مشغله که ممکن است نداند آپنه در زنان شایع است، ممکن است نتیجه‌گیری کند که خواب‌آلودگی در یک بیمار زن به علت افسردگی یا ناشی از استرس است. در نتیجه این تفکر قالبی که فقط مردان خروپف می‌کنند و آپنه خواب دارند، اکثریت وسیعی از مطالعات پژوهشی که در برگیرنده آپنه خواب بوده، عمدتاً در بیماران مرد انجام گرفته است.

پژوهشی که در سال ۲۰۰۳ توسط محققین دانشگاه هاروارد در مجله جاما^۱ چاپ شد، نشان می‌دهد که مردان در سی‌سالگی پنج برابر بیشتر از زنان احتمال دارد که در طول یک دوره ده ساله، دچار آپنه خواب بشوند. در سن پنجاه سالگی جداول تغییر یافته‌اند. در این سن زنان دو برابر بیشتر از مردان احتمال دارد که در طول یک دوره ده ساله، به آپنه دچار شوند. علت اصلی این افزایش، یائسگی است (فصل ۵ را ببینید). احتمال بیشتری دارد که زنان به یک نوع آپنه خواب که سندرم مقاومت راه هوایی فوقانی (UARS)^۲ نامیده شده، دچار شوند، هرچند درصد زنانی که دچار UARS هستند تا به امروز مشخص نشده است، این بیماری در بخش‌های بعدی این فصل مورد بحث قرار خواهد گرفت.

"من به خاطر حملات اضطرابی، خواب‌آلودگی و افسردگی مقداری مشکل پیدا کرده بودم که وقتی با پزشکم صحبت کردم توصیه کرد که یک داروی ضدافسردگی را شروع کنم. من سال قبل به توصیه پزشکم یک داروی دیگر را امتحان کرده بودم اما متوجه شدم که هیچ‌کدام از آنها برای من فایده ندارند. به فکر رسیدم که در محیط کارم فوق‌العاده تحت استرس هستم و بعضی روزها قادر نبودم بدون عصبانیت شدید با شرایط مقابله کنم. تصور من این بود که زیاده از حد کار می‌کنم و غیره. پزشکم توصیه کرد که چند روزی مرخصی بگیرم که این کار را کردم. فکر می‌کردم اگر فقط می‌توانستم کمی بخوابم همه مشکلاتم حل خواهد شد. متوجه شدم که با وجودی که در تختخواب زیاد می‌خوابم اما هرگز سرحال نیستم. وزنم اضافه شده بود و اصلاً احساس بهتر شدن نمی‌کردم.

از زبان یک بیمار بیست و نه ساله دچار آپنه خواب

افراد دچار اختلالات تنفسی خواب تا قبل از دهه ۱۹۷۰ کجا بودند؟ پزشکان معمولاً بیمارانی دارند که تاریخچه بالینی آنها تا ابد در ذهن‌شان حک می‌شود. هنگامی که من در بیمارستان "مایکل

^۱ - Jama

^۲ - Upper Airway Resistance Syndrome

ریز" شیکاگو یک انترن پزشکی بودم، مابین ژوئیه ۱۹۷۱ و ۱۹۷۲ با چنین بیماری برخورد کردم. من در یکی از بخش‌های پزشکی کارورزی می‌کردم و یکی از بیماران زن مرا کاملاً گیج کرده بود. کادر پزشکی بیمارستان تلاش می‌کردند که علت خواب‌آلودگی شدید و طاقت‌فرسای او را پیدا کنند. تقریباً هر وقت من به دیدن او می‌رفتم کاملاً خواب بود و هنگامی که بیدار می‌شد، خواب‌آلوده به نظر می‌رسید. او از جهات دیگر طبیعی بود، معه‌ذا در حدود ۵۰ کیلو اضافه وزن داشت. این موضوع همراه با خواب‌آلودگی او به من فهماند که بیمار ممکن است دچار عارضه ای باشد که من در دانشکده پزشکی خوانده بودم، یعنی سندرم پیک ویکین^۱.

در آن زمان، سندرم پیک ویکین به عنوان اختلالی شناخته می‌شد که در آن افراد به قدر کافی اکسیژن نمی‌گیرند. این اعتقاد نیز به طور گسترده وجود داشت که دلیل این‌که این افراد در طول روز خواب‌آلوده هستند این است که سطوح کربن مونوکسید آنها در هنگام بیداری بسیار بالا است. هنگامی که بیمار تست شد، سطوح کربن مونوکسید و همین‌طور هر آزمایش خون دیگری که برای بررسی حالت غیرعادی هوشیاری او انجام گرفت، طبیعی بودند. نتایج آزمایشات او سندرم پیک ویکین را رد کرد. به علاوه علائم او به هیچ سندرم دیگری که من می‌شناختم یا درباره آن خوانده بودم، نمی‌خورد. من به اندازه متخصصین بیمارستان که در باره مورد او با من مشورت کرده بودند، سردرگم شده بودم. یاد می‌آید که در آن موقع به این فکر کردم که اگر کمی باهوش‌تر بودم یا بیشتر می‌دانستم، می‌توانستم به او کمک کنم.

تقریباً دو سال بعد که من در بیمارستان رویال ویکتوریای مونترال یک دستیار پزشکی بودم با موردی برخورد کردم که تقریباً با بیمار شیکاگویی مشابه بود، اما این بیمار مردی بود که یک علامت دیگر هم داشت - او در خواب دچار حملات صرعی می‌شد. یک شب متوجه شدم که نفس او در خواب قطع می‌شود و من نمی‌دانستم که آیا این موضوع به مشکل او ارتباط دارد یا نه. این اتفاق به سرعت منجر به تحقیقی شد که معتقدم اولین مطالعه راجع به وضعیت تنفسی در خواب در کانادا و

^۱ - Pickwickian syndrome

اولین مقاله ای است که من در زمینه خواب نوشتم. من یک مورد آپنه خواب را پیدا کرده بودم که فوق‌العاده نادر تلقی می‌شد و فقط یکی دو سال قبل در مجلات پزشکی گمنام توصیف شده بود. این احتمالاً اختلالی بود که باید در بیمار شیکاگویی تشخیص داده می‌شد. درسی که من یاد گرفته‌ام این است که آنچه در حین خواب که تقریباً یک سوم از زندگی یک نفر را تشکیل می‌دهد، اتفاق می‌افتد می‌تواند در روز بعد او را بسیار سرحال کند یا در منتهی‌الیه دیگر، زندگی او را به مخاطره بیندازد. این حالت اخیر، مورد بیمار مونترالی من بود. هنگامی که تنفس او قطع می‌شد، قلبش هم از کار می‌افتاد - گاهی اوقات به مدت ده ثانیه - و آن عاملی بود که موجب حملات تشنجی او می‌شد.

اگر شما در اینترنت، سایت National Library of Medicine Database (www.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi) را برای همه مقالاتی که شامل کلیدواژه‌های سندرم آپنه خواب می‌شوند، جستجو کنید، متوجه خواهید شد که بیش از ۲۵۰۰ مقاله به شما می‌دهد، اما هیچ‌کدام از آنها تا قبل از سال ۱۹۷۵ در فهرست وارد نشده‌اند.

علت ظهور چشمگیر اختلالی که به نظر می‌رسد تا قبل از سال ۱۹۷۵ وجود نداشته، چیست؟ آیا یک بیماری همه گیر شایع شده است؟ پاسخ به این سؤال مسلماً منفی است. در واقع این بیماری جدید نیست. آن تا قبل از دهه ۱۹۷۰ از نظر بالینی شناخته نشده بود، اما احتمالاً هزاران سال وجود داشته است. مثال‌هایی در تاریخ و ادبیات وجود دارند که نشان می‌دهند آپنه خواب به مدت حداقل دو هزار سال وجود داشته است. در سال ۳۶۰ قبل از میلاد حاکم مستبد هیراکلیا^۱ (در جزیره کرت که هم‌اکنون ایراکلیون^۲ نامیده شده است) مردی به نام دیونیسیوس بود. او آنقدر سنگین وزن بود که هنگام حضور در ملاء عام به حضار اجازه می‌داد که فقط سرش را ببینند. متون تاریخی نشان می‌دهند که او تمایل داشت به خواب بسیار عمیقی فرو برود و افرادی را اجیر کرده بود که سوزن‌های نازک بلندی به بدن او فرو کنند، تا نگذارند نفسش قطع شود. حتی این کار هم مؤثر واقع نشد، چون همان متون تاریخی می‌گویند که او نهایتاً از چاقی زیاد دچار خفگی شد و مرد.

^۱ - Heracleia

^۲ - Iraklion

مثال دیگر از نوشته‌های نویسنده بزرگ، چارلز دیکنز است. اولین داستان بلند او بنام "نوشته‌های پس از مرگ باشگاه پیک ویک"^۱ زمانی منتشر شد که او در سال ۱۸۳۶ فقط بیست و یک سال داشت. دیکنز که یک مشاهده‌گر فوق‌العاده دقیق حالات انسان بود، شخصیتی بنام "جو پسر چاق" را توصیف کرده که به وضوح سندرم آپنه خواب داشت. این پسر واجد همه خصوصیات بود که ما هم-اکنون می‌دانیم که در آپنه خواب وجود دارند. او خروپف می‌کرد و خواب‌آلود و سنگین‌وزن بود. تا حدود ۱۲۰ سال بعد از این که دیکنز این اختلال را توصیف کرد حرفه پزشکی نه آن را می‌شناخت و نه مشاهده کرده بود.

یک رئیس جمهور آمریکایی بنام ویلیام اچ تافت که در سال ۱۹۰۸ انتخاب شده بود هنگامی که در مصدر کار بود آپنه خواب داشت، اما هیچ کدام از پزشکانش این را نمی‌دانستند. او وزنش سنگین بود، خروپف می‌کرد و در طول اکثر دوران ریاست جمهوری خود، خواب‌آلود بود. او پس از پایان دوره ریاست جمهوری وزن زیادی کم کرد، ظاهراً معالجه شد و استاد حقوق در دانشگاه ییل شد و بعدها به مقام قاضی القضاات دادگاه عالی آمریکا رسید.

علل آپنه خواب

دو نوع مشکل به آپنه خواب منجر می‌شوند. در نوعی که کمتر شایع است و گاهی اوقات آپنه خواب مرکزی خوانده شده (کلمه مرکزی به سیستم عصبی مرکزی اشاره می‌کند)، تکانه‌های الکتریکی که از سیستم عصبی به عضلات تنفسی می‌روند، کاهش می‌یابند. این اختلال گاهی اوقات هنگامی اتفاق می‌افتد که نابهنجاری‌هایی در سیستم عصبی وجود دارند و ممکن است در افرادی که عارضه قلبی دارند هم رخ بدهد. دومین نوع آپنه، آپنه خواب انسدادی (OSA)^۲ نامیده شده است. مجرای تنفسی افراد دچار OSA در حال بیداری باز است اما وقتی خواب هستند بسته می‌شود. به طور عادی، مجرای تنفسی توسط عضلات راه هوای فوقانی باز نگه داشته می‌شود اما مشکلات

^۱ - Posthumous Papers of the Pickwick Club

^۲ - Obstructive Sleep Apnea

متعددی می‌توانند توان عضلات را برای باز نگه داشتن راه تنفسی کاهش دهند. به طور طبیعی، هوایی که داخل ریه‌ها می‌شود اول از بینی عبور می‌کند، سپس دور می‌زند و به طرف پشت سقف نازک دهان و بعد پایین گلو (حنجره) می‌رود و نهایتاً وارد ریه‌ها می‌شود. شرایطی که مانع از جریان یافتن هوا در هر یک از این مناطق شود، می‌تواند آپنه خواب ایجاد کند.

بنابراین هر چیزی، از یک بینی گرفته شده تا لوزه‌های بزرگ یا راه تنفسی که به علت چاقی زیاد تنگ شده، می‌توانند همه به آپنه خواب انسدادی منجر شوند.

هنگامی که مردم نفس شان بند می‌آید، سطح اکسیژن در خون پایین می‌آید و سطح دیو کسید کربن بالا می‌رود. پایین آمدن سطح اکسیژن خون سیستم قلبی عروقی را وامی‌دارد که سخت‌تر کار کند که این کار تغییراتی در ضربان قلب و سیستم عصبی خودمختار ایجاد می‌کند و ممکن است فشارخون را افزایش دهد.

افزایش در سطح دیوکسیدکربن روی گردش خون به ویژه گردش خون مغز نیز اثر می‌گذارد. در نتیجه، بیماران ممکن است با سردرد از خواب بیدار شوند. برای این که تنفس از سرگرفته شود، مغز باید کمی بیدار شود و راه تنفسی را باز کند. افراد دچار آپنه خواب در هر شب صدها بار از خواب بیدار می‌شوند. این اختلالات منجر به فقدان خواب با کیفیت می‌شود که به نوبه خود، خواب‌آلودگی شدید ایجاد می‌کند.

در سندرم مقاومت راه هوای فوقانی که نوعی آپنه خواب است که در زنان شایع‌تر می‌باشد راه‌های تنفسی در واقع کاملاً بسته نشده‌اند بلکه فرد از خروپف یا صداهای بینی خود بیدار می‌شود.

هنگامی که ما بیماران دچار آپنه را مورد بررسی قرار می‌دهیم، می‌بینیم که بدترین رویدادها هنگام رویابینی آنها اتفاق می‌افتند (در خواب REM). یکی از دلایل این امر آن است که افراد هنگام REM فلج شده‌اند و بنابراین عضلاتی که راه هوا را باز نگه می‌دارند نیز فلج شده‌اند. دلیل دیگر این است که مکانیزم‌های دفاعی بدن در REM مهار شده‌اند. به طور طبیعی، سیستم‌هایی وجود دارند که ما را در مقابل اکسیژن پایین و سطوح بالای کربن دیوکسید، محافظت می‌کنند. این‌ها سیستم‌هایی هستند

که موجب می‌شوند ما عمیق‌تر نفس بکشیم و در واقع اگر لازم باشد ما را بیدار خواهند کرد. این سیستم‌های هشداردهنده ظاهراً در REM سرکوب شده‌اند. بنابراین تا زمانی که سطح اکسیژن بسیار پایین و سطح کربن دیوکسید بسیار بالا باشد، مکانیزم‌های دفاعی عمل نمی‌کنند. وضعیت تنفسی بعضی زنانی که دچار آپنه خواب هستند فقط در حین خواب REM غیرعادی می‌شود.

شناسایی آپنه خواب

زمانی که من یک دانشجوی پزشکی بودم به من یاد داده‌بودند که اگر کسی بتواند همه مطالبی که درباره سفلیس وجود دارد بداند، آن وقت همه چیزهایی که باید در پزشکی بداند، یاد گرفته است. مسلم است که این گفته اغراق آمیز بود، اما نکته این بود که سفلیس یک بیماری است که می‌تواند سیستم‌های عضوی مختلف منجمله سیستم عصبی و سیستم قلبی عروقی را مبتلا کند. به‌علاوه بیماران ممکن است علائم مختلفی داشته باشند، بنابراین یک کارآموز پزشکی با شناخت سفلیس می‌تواند درباره همه این سیستم‌ها چیز یاد بگیرد و بسیاری از جنبه‌های طب داخلی و میکروبیولوژی را بشناسد.

من معتقدم که همین نکته در مورد آپنه خواب صدق می‌کند. اگر ما همه چیز را درباره آپنه خواب می‌دانستیم مقدار زیادی از پزشکی را می‌دانستیم. آپنه خواب بسیاری از سیستم‌های عضوی را مبتلا می‌کند. افراد دچار آپنه مجموعه گیج‌کننده‌ای از علائم را دارند که آنها را به پزشک می‌کشاند. مسلماً یکی از دلایلی که مدت زیادی طول کشیده تا علم پزشکی این اختلال بشناسد تعدد علائم آن بوده است. دلیل دیگری که آپنه خواب نادیده گرفته شده بود این است که خواب‌آلودگی هرگز به عنوان یک علامت تلقی نمی‌شد. خواب‌آلودگی چیزی نبود که پزشکان درباره آن از بیماران خود سؤال کنند. افراد دچار خواب‌آلودگی به عنوان کسانی که به قدر کافی نمی‌خوابند یا تنبل هستند، کاملاً کنار گذاشته شده بودند.

مهمترین دسته علائم در آپنه خواب ترکیب خواب‌آلودگی، خروپف و توقف تنفس در حین خواب هستند.

خواب آلودگی

افرادی با آپنه خواب در شرایط کم محرک مانند تماشای تلویزیون، انتظار کشیدن در مطب یک پزشک و نشستن در یک وسیله نقلیه، مشکلی در به خواب رفتن ندارند. به علاوه حتی مقادیر کمی الکل می تواند خواب آلودگی آنها را به طور قابل ملاحظه ای بدتر کند. چیزی که برای آنها بسیار مشکل آفرین تر است، این است که در مواقعی خوابشان می برد که نباید خوابشان ببرد، مانند زمانی که یک وسیله موتوری را به کار می اندازند یا خلبان یک هواپیما هستند. این موضوع واقعاً اتفاق افتاده. دو مورد از غیرعادی ترین شرایطی که بیماران آپنه ای من به خواب رفته اند یکی در حین مراسم ازدواجشان (داماد در حال ایستاده خروپف می کرد) و دومی در حین آمیزش جنسی بوده است. در هر دو مورد، همسران آنها اصرار داشتند که شوهران شان فوراً مورد مشاوره قرار بگیرند.

خروپف

بسیاری از کسانی که که دچار آپنه خواب انسدادی هستند معتقدند که خوب می خوابند. چون آنها نمی توانند صدای خروپف خودشان را بشنوند، نمی توانند باور کنند که خروپف می کنند یا خروپف آنها برای دیگران مزاحمت ایجاد می کند. ما در درمانگاه خواب، به بیماران مان یک فیلم ویدیویی از خودشان را در حالت خواب نشان می دهیم که در حین یک آزمایش خواب از آنها گرفته شده. آنها اغلب اظهار می کنند «خدای من، این منم؟» خانواده از دست من چه کشیده اند؟

الکل، خروپف را بدتر و صدای آنرا بلندتر و شدیدتر می کند. کسی که به طور عادی فقط خروپف می کند ممکن است پس از نوشیدن حتی مقدار کمی الکل در حال خواب واقعاً نفسش قطع شود. بنابراین الکل می تواند خروپف را به آپنه تبدیل کند.

آپنه

لغت آپنه به معنای «توقف تنفس» است. گرچه شما ممکن است فکر کنید که هر سکوت یک

خروپف کننده می تواند علامت خوبی باشد، اما این تصور دور از واقعیت است. وقتی کسی که خروپف می کند ناگهان ساکت می شود، شنونده با ترس و لرز انتظار می کشد که تنفس (و خروپف) از سرگرفته شود. این وضعیت بارها در طول شب اتفاق می افتد. چیزی که برای شنونده بدتر از صدای بلند خروپف است سیکل های مکرر سروصدا، سکوت، سروصدا و سکوت هستند که ممکن است صدها بار در شب رخ بدهند. این رخداد های آپتیک همراه با خواب آلودگی و خروپف، آخرین ویژگی از سه ویژگی اصلی آپنه خواب را تشکیل می دهند. معهذا، علائم دیگری نیز وجود دارند.

علائم بیشتری از آپنه خواب

تنفس قطع شده بر اندام های مختلف بدن تأثیر می گذارد که به نوبه خود می تواند علائم متعدد دیگری ایجاد کند و حتی مشکل سازتر از سه علامت اصلی بشود که تا به حال مورد بحث قرار گرفتند. افراد دچار آپنه خواب ممکن است از بیدار شدن با حالت خفگی یا سردرد در طول شب یا صبح، از دست دادن علاقه به سکس، زیادرقتن به دستشویی در شب، علائم بیماری قلبی عروقی ناشی از فشار خون بالا و سوزش معده شکایت داشته باشند. در بعضی بیماران، یافته های بالینی شبیه به بیماری روان پزشکی است. افراد ممکن است از علائمی که مشابه با علائم افسردگی یا سایر اختلالات هستند شکایت کنند. نتیجتاً، قبل از این که آپنه زنان تشخیص داده شود، اکثراً به خاطر افسردگی درمان شده اند. تعجبی ندارد که تشخیص و شناسایی بیماران دچار آپنه، این قدر طول کشیده است.

اثرات ویران گر آپنه خواب

یک فرد معمولی که نهایتاً تشخیص آپنه دریافت کرده است مانند اکثر کسانی که اختلالات خواب دارند قبل از تشخیص صحیح نزد پزشکان زیادی رفته است. یک مطالعه نشان داد که بیماران آپنه خواب قبل از دریافت یک تشخیص صحیح، به دفعات متعدد و تقریباً ده سال، نزد پزشکان مختلف

رفته‌اند. اکثر پزشکان درباره کیفیت خواب، خروپف یا خواب‌آلودگی روزهنگام بیماران‌شان از آنها سؤالی نمی‌پرسند. بسیاری از پزشکان هنوز به تصور قالبی آپنه به عنوان یک بیماری مردان میان‌سال چاق اعتقاد دارند و بنابراین علائم آپنه را در زنان و کودکانی که می‌بینند، به حساب نمی‌آورند. بهترین داده‌های موجود که براساس مطالعات دانشگاه ویسکانسین در سال ۱۹۹۳ است، این است که آپنه خواب در ۲ درصد از زنان و ۴ درصد از مردان، رخ می‌دهد. این به معنای آن است که اگر یک پزشک خانواده هر هفته صد بیمار بزرگسال (۵۰ زن، ۵۰ مرد) را ببیند، سه نفر از آنها (دو مرد و یک زن) آپنه خواب خواهند داشت. تصور کنید که با این حساب در عرض یک سال چند بیمار از دست یک پزشک در می‌رود.

در درمانگاه خواب ما، سن متوسط بیمارانی که آپنه خواب تشخیص داده شده‌اند، در حدود پنجاه سال است، اما بسیاری از آنها قبل از این که تشخیص داده شوند، برای پنج تا ده سال، علائمی از این اختلال را داشته‌اند. بعضی از بیماران ما شغل و زندگی خانوادگی‌شان را به خاطر بیماری از دست داده‌اند. به علاوه، بسیاری از بیماران دچار آپنه برای بیماری‌هایی که ممکن است نداشته باشند مانند افسردگی تحت درمان قرار گرفته‌اند و داروهایی می‌گیرند که غیرضروری است و می‌تواند عوارض جانبی شدیدی داشته باشد. بسیاری از بیماران من در حین رانندگی خوابشان برده، نه فقط رانندگی ماشین بلکه پشت تراکتور و حتی هواپیما. تحقیقاتی که در کشورهای متعدد انجام گرفته نشان داده که خطر تصادف ماشین در بیماران آپنه‌ای بسیار بیشتر است. پزشکان متوجه نمی‌شوند که افرادی که در حین رانندگی خوابشان می‌برد ممکن است در واقع یک مشکل خواب اساسی داشته باشند.

«من فهمیدم که حاملگی یک دوران سخت در زندگی‌ام است، چون شما را خسته می‌کند، چون شما یک موجود زنده دیگر را در درون خود پرورش می‌دهید و شب‌ها برای نفس کشیدن کشمکش می‌کنید، و ترسناک‌تر از همه این که شما حتی نمی‌دانید که واقعاً نفس نمی‌کشید. چندین استراحت کوتاه در طول روز و شب، تنها کاری بود که می‌توانستم انجام بدهم. زمانی که حامله بودم بیاد ندارم،

شبی بوده باشد که به خاطر استفاده از دستشویی یا آب خوردن یا فقط بی خوابی در حدود شش یا هفت بار از جایم بلند نشده باشم. در تمام طول حاملگی ام هر شب یک ساعت می خوابیدم، بعد از خواب بیدار می شدم.»

به نقل از یک بیمار بیست و نه ساله آپنه‌ای

آیا شما اضافه وزن دارید؟

در حدود ۷۵ درصد از بیماران آپنه‌ای درمانگاه ما اضافه وزن دارند و علائم آنها غالباً بعد از افزایش وزن قابل ملاحظه، شروع شده است. در جدول شاخص توده بدنی^۱، محلی که وزن (از بالا به پایین برحسب پوند) و قد شما (از عرض بر حسب فوت و اینچ) یکدیگر را قطع می کنند، پیدا کنید. عددی که به آن می رسید شاخص توده بدنی (BMI) شما است. عدد بزرگتر از ۳۰، چاقی محسوب می شود. بیمار آپنه‌ای معمولی در درمانگاه ما یک BMI ، ۳۳ دارد. شما می توانید BMI خود را در سایت nhlbisupport.com/bmi/bminojs.htm محاسبه کنید. به نظر می رسد که وزن بیشتر از سلامتی عمومی در آپنه دخالت داشته باشد. غالباً ورزشکاران جوان و ظاهراً سلامتی که اضافه وزن دارند، در معرض آپنه خواب قرار می گیرند.

آیا این آپنه خواب است؟

شکل ۱-۱۲ یک نسخه اصلاح شده از پرسش نامه‌ای است که به طور گسترده برای ارزیابی احتمال آپنه خواب در یک فرد، مورد استفاده قرار گرفته است. نویسنده کتاب به طور جزئی پرسش نامه را تغییر داده تا نه تنها شامل افراد چاق بلکه شامل کسان دیگری هم شود که ممکن است سایر نابهنجاری‌ها مانند آروارهای کوچک را داشته باشند که منجر به یک اختلال تنفسی خواب می شود. این ابزار نیز مانند هر ابزار دیگری که احتمالات را برآورد می کند ممکن است نابهنجاری را بیشتر یا کمتر نشان دهد. اگر شما گمان می کنید که

^۱ - Body Mass Index

یک مشکل تنفسی خواب دارید لازم است با دقت هر چه تمام تر علائم را برای پزشک تان توضیح دهید. با همراه بردن این پرسش نامه پر شده نزد پزشک، علت نگرانی شما مشخص خواهد شد.

شما چند عامل خطر را دارید؟

پرسش نامه شکل ۱-۱۲ را کپی کنید و اطلاعات خود را با شروع از خانه A، بعد B و بعد C، پر کنید. اگر تعداد آیتم هایی که در هر خانه علامت زده شده دو یا بیشتر باشد، آن خانه مثبت است. تعیین کنید کدام یک از خانه های A تا C در خانه D مثبت هستند. اگر خانه D دو مقوله مثبت داشته باشد، خطر آپنه خواب بالا است.

شکل ۱-۱۲ پرسش نامه اصلاح شده آپنه برلین^۱

<p>خانه B: مقوله ۲، خواب آلودگی</p> <p><input type="checkbox"/> آیا شما بیش از ۳ یا ۴ بار در هفته بعد از بیدار شدن از خواب احساس خستگی یا فرسودگی می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> آیا شما بیش از ۳-۴ بار در هفته در طی روز خسته یا فرسوده هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> آیا شما هنگام رانندگی نمی توانید خودتان را بیدار نگه دارید؟</p> <p>تعداد پاسخ های مثبت را جمع بزنید. اگر ۲ یا ۳ پاسخ را علامت زده باشید، این مقوله مثبت است.</p>	<p>خانه A: مقوله ۱، خروپف</p> <p><input type="checkbox"/> آیا شما خروپف می کنید</p> <p><input type="checkbox"/> آیا خروپف شما بلندتر از صحبت کردن تان است</p> <p><input type="checkbox"/> آیا شما حداقل ۳-۴ بار در هفته خروپف می کنید</p> <p><input type="checkbox"/> آیا هیچ وقت خروپف شما باعث ناراحتی دیگران شده؟</p> <p><input type="checkbox"/> آیا کسی متوجه شده که حداقل ۳-۴ بار در هفته تنفس شما هنگام خواب قطع شده است؟ مقوله را مثبت می کند.</p> <p>تعداد پاسخ های مثبت را جمع بزنید. اگر شما بیش از ۲ پاسخ را علامت زده باشید، این مقوله مثبت است.</p>
<p>خانه C: مقوله ۳، عوامل خطرزا</p> <p><input type="checkbox"/> آیا فشارخون شما بالا است؟</p> <p><input type="checkbox"/> آیا BMI شما بیشتر از ۳۰ یا اندازه یقه شما بیش از ۱۷ اینچ است؟</p> <p><input type="checkbox"/> آیا شما یک آرواره کوچک یا یک اووربایت بزرگ دارید؟</p> <p>تعداد پاسخ های مثبت را جمع بزنید. اگر ۲ یا ۳ پاسخ را</p>	<p>خانه D: مقولات مثبت را علامت بزنید.</p> <p><input type="checkbox"/> مقوله ۱: خروپف</p> <p><input type="checkbox"/> مقوله ۲: خواب آلودگی</p> <p><input type="checkbox"/> مقوله ۳: عوامل خطرزا</p> <p>مقولات مثبت را جمع بزنید.</p> <p>اگر ۲ یا ۳ مقوله در این خانه علامت زده شده باشند، احتمال وجود آپنه زیاد است.</p>

^۱ - Modified Berlin Apnea Questionnaire

پرسش نامه شکل ۱۲-۱ احتمال آماری وجود آپنه خواب در یک فرد را نشان می دهد. مانند اکثر ابزارها، این یکی نیز عاری از نقص نیست. بعضی کسانی که نمره مثبت می گیرند ممکن است بعداً معلوم شود که آپنه ندارند، در حالی که بعضی که نمره منفی بدست می آورند ممکن است مشخص شود که آپنه دارند. برای حصول اطمینان، به حساسیت پرسش نامه افزوده شده است، بنابراین کمترین تعدادی که ممکن است آپنه خواب داشته باشند، به حساب آورده نخواهند شد.

درمان آپنه خواب

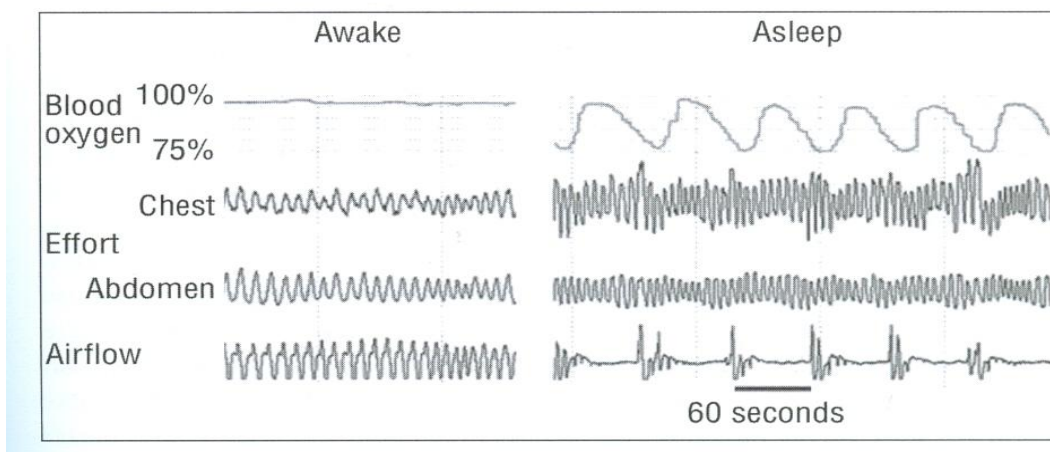
اگر پزشک شما شک کند که آپنه خواب دارید، درباره خواب و خواب آلودگی در طول روز از شما سؤال خواهد کرد. بهترین کار این است که شما هم تختی همیشگی تان را (اگر هم تختی دارید) نزد پزشک ببرید چون ممکن است از همه اتفاقاتی که هنگام خواب برایتان رخ می دهد، آگاهی نداشته باشید. از پزشک بخواهید که او را همان طور که در بخش مربوط به خروپف عنوان کردیم، ارزیابی نماید. پزشک ممکن است آزمایش خون و آزمایشات دیگر را دستور بدهد تا اطمینان حاصل کند که سیستم تنفسی و قلب شما طبیعی هستند. اگر پزشک قویاً شک کند که شما آپنه خواب دارید، احتمالاً شما را به یک درمانگاه اختلالات خواب ارجاع خواهد داد تا تمام شب آزمایش شوید که در فصل ۱۸ توضیح داده شده است. در بعضی مناطق می توان آزمایش تمام شب را در خانه بیمار انجام داد. معهدا، آزمایش در خانه معمولاً به اندازه آزمایشی که در یک محیط آزمایشگاه انجام می گیرد کامل نیست.

چیزی که آزمایش خواب در آپنه نشان می دهد

برای اثبات وجود آپنه، آزمایش خواب این بررسی ها را انجام می دهد: ارزیابی امواج مغزی

(EEG) برای تعیین این که آیا بیمار در خواب است، حرکات چشمی برای بررسی این که بیمار چه زمانی در خواب REM است، الکتروکاردیوگرام برای امتحان ریتم قلب، سطوح اکسیژن خون، مقیاس‌های تلاش برای تنفس از طریق قفسه سینه و شکم و نتایج یک شاخص جریان هوا که در جلوی بینی و دهان قرار می‌گیرد. هنگامی که فرد بیدار است، تنفس و جریان هوا منظم هستند و سطح اکسیژن خون ثابت است. هنگامی که فرد خواب است، اگرچه تلاش برای تنفس کماکان ادامه دارد، اما مواقعی هستند که جریان هوا به صفر می‌رسد. با هر رخداد قطع شدن تنفس، سطح اکسیژن خون به طرز خطرناکی پایین می‌افتد و دیگر ثابت باقی نمی‌ماند بلکه با هر رخدادی بالا و پایین می‌رود.

شکل ۱۲-۲ جزئیات یک بررسی خواب



هنگامی که شخص بیدار است، سطح اکسیژن خون طبیعی است و تلاش برای نفس کشیدن منجر به جریان منظم هوا در جلوی بینی و دهان می‌شود. هنگامی که فرد می‌خوابد، تلاش برای تنفس ادامه می‌یابد اما جریان هوا متوقف می‌شود (خط جریان هوا صاف می‌شود) و اکسیژن خون پایین می‌افتد. رخدادهای آپنه در حدود یک بار در هر دقیقه اتفاق می‌افتد.

چیزی که در مثال گنجانده نشده، EEG است که یک بیداری را درست قبل از این که بیمار با هر رخداد مجدداً شروع به نفس کشیدن کند، نشان داده است. بیمار نوعی معمولاً در هر ساعت بین ده و صد بار نفسش قطع می‌شود. بیمار معمولی در درمانگاه ما، در حدود ۴۵ بار در هر ساعت یا حدود ۳۶۰ بار در هر شب نفسش قطع و بیدار می‌شود. ما در آزمایشگاه‌مان تمام شب را از طریق ویدئو ضبط می‌کنیم و روز بعد نوار ویدیویی بیماران را به آنها نشان می‌دهیم. هنگامی که آنها نتایج مطالعه خواب خود را می‌بینند و می‌شنوند، غالباً وحشت‌زده و از خطرات همراه با این رویدادها آگاه‌تر می‌شوند. این معمولاً زمانی است که آنها می‌فهمند باید تحت درمان قرار بگیرند.

کم کردن وزن و اقدامات کلی

درمان آپنه خواب شامل اقداماتی می‌شود که برای همه افرادی که خروپف می‌کنند انجام می‌گیرد (کم کردن وزن و اجتناب از الکل و داروهای خاص) و قبلاً در این فصل توصیف شدند و همین‌طور درمان‌های خاص آپنه برای باز کردن راه هوایی که در حین خواب مسدود شده را در بر می‌گیرد.

هنگامی که من بیماران آپنه خواب را تشخیص می‌دهم، نکته‌ای را نیز به آنها خاطرنشان می‌کنم که بارها مشاهده کرده‌ام. یک فرد چهل و پنج ساله دچار آپنه، هنوز تحرک دارد و ممکن است از وضعیت سلامت مناسبی برخوردار باشد. یک فرد چهل و پنج ساله آپنه‌ای که اضافه وزن دارد احتمالاً از قبل یک بیماری قلبی عروقی اساسی مانند یک حمله قلبی داشته و اغلب دیابت هم گرفته است. آرتروز زانوها یا باسن نیز ممکن است وجود داشته باشد. باسن و زانوها خصوصاً آسیب‌پذیر هستند چون وقتی کسی وزنش سنگین است این مفاصل تحت بیشترین فشار قرار می‌گیرند. بیماری با مشکلات زانو و باسن دیگر مانند گذشته تحرک ندارد، کمتر ورزش می‌کند و وزنش بالا می‌رود. من اغلب می‌شنوم که بیماران این بهانه را می‌آورند، «من نمی‌توانم وزنم را کم کنم چون نمی‌توانم روی تردمیل بدوم یا راه بروم یا از دوچرخه استفاده کنم. هیچ ورزشی نیست که من بتوانم انجام بدهم.» من به آنها می‌گویم که به استخر عمومی بروند. برای این بیماران برنامه‌های ورزشی موجودند یا قابل

برنامه‌ریزی هستند. راه‌رفتن در آب که فشار را از مفاصل تحمل‌کننده وزن برمی‌دارد، یک ورزش عالی است. ورزش‌های نظارت شده در آب می‌توانند بسیار مؤثر باشند. همراه با ورزش منظم، همین که مصرف غذای یک فرد به حد عادی رسید، وزنش پایین می‌آید. تمرکز بر رژیم غذایی از حیطة این کتاب خارج است اما اگر کسی نتواند وزنش را کم کند، ممکن است یک بیماری طبی دیگر زیربنای چاقی او را تشکیل دهد که در آن موقع باید سراغ متخصص برود.

بازکردن راه تنفسی مسدود شده

هنگامی که آپنه خواب انسدادی با آزمایش تأیید شده باشد، درمان‌هایی که قبلاً برای خروپف ذکر شدند (کم‌کردن وزن، اجتناب از الکل، دستگاه‌های دهانی) معمولاً توصیه شده‌اند. برای مواردی که به این درمان‌ها جواب نمی‌دهند، وجود چاقی شدید یا آپنه یا برای موارد بسیار شدید، من درمان تهاجمی‌تر خصوصاً فشار راه هوای مثبت مکرر¹ (CPAP) را توصیه می‌کنیم.

CPAP – در این درمان، بیمار معمولاً یک ماسک روی بینی‌اش می‌گذارد اما گاهی اوقات آنرا روی هردو بینی و دهانش می‌گذارد. این ماسک توسط یک لوله پلاستیکی به دستگاهی که به اندازه یک توستر کوچک است، متصل شده که فشار تولید می‌کند. این فشار مانند واردکردن هوا درون یک بادکنک است، دیواره‌ها از هم باز می‌شوند و فشار وارده راه تنفس را باز می‌کند. این فرآیند معمولاً جلوی خروپف را می‌گیرد و به طور مؤثری تنفس منظم را مجدداً برقرار می‌نماید. این نوع درمان برای هر کسی کارساز نیست چون بعضی بیماران نمی‌توانند به فشار در بینی‌شان عادت کنند یا علائم گرفتگی یا آب‌ریزش بینی در آنها ظاهر می‌شود. گاهی اوقات رطوبت به سیستم اضافه شده است، اما بعضی افراد کماکان مشکل دارند. ظاهراً در حدود ۷۰ درصد از کسانی که آپنه خواب شدید داشته‌اند، توانسته‌اند CPAP را تحمل کنند و این روش برای آنها مؤثر بوده. شما می‌توانید این طور تصور کنید که صدای ماشین صرفاً جانشین فرد خروپف‌کننده می‌شود. صدای ماشین مانند صدای

¹ - Continuous Positive Airway Pressure

یک تهویه مطبوع است و می‌خواهید باور کنید یا نکنید، اما اکثر هم‌تختی‌ها صدای ماشین را به صدای هم‌تختی خروپف کننده خود واقعاً ترجیح می‌دهند.

جراحی

اگر آپنه به علت یک مشکل واضح مانند لوزه‌های بزرگ ایجاد شده باشد، جراحی می‌تواند مشکل را درمان کند. در موارد بسیار شدیدی که به CPAP پاسخ نمی‌دهند، شخص ممکن است به یک عمل جراحی که تراکستومی^۱ نامیده شده نیاز داشته باشد که مستلزم ایجاد یک سوراخ در جلوی گردن در داخل نای است. فرد به جای نفس کشیدن از دهان یا بینی، از راه سوراخ نفشش را تو و بیرون می‌دهد. تا اواسط دهه ۱۹۸۰ این روش تنها درمان موجود بود و با وجودی که بسیار تهاجمی محسوب می‌شد، معمولاً مؤثر بود. این درمان، آخرین راه چاره در افرادی است که دچار آپنه خواب شدید هستند.

یک نوع عمل جراحی دیگر که برای خروپف و آپنه انجام شده، برداشتن نسج پشت سقف نازک دهان است که شامل زبان کوچک هم می‌شود، نسجی که وقتی شما به عقب گلوی کسی نگاه می‌کنید آویزان است. این نوع جراحی با استفاده از اسکالپل، لیزر و امواج رادیویی انجام شده است. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، هنگامی که به نتایج چنین جراحی‌هایی نگاه می‌کنیم، می‌بینیم که بسیاری از افراد خوب پاسخ نمی‌دهند، بنابراین اکثر متخصصین خواب (شامل نویسنده کتاب هم می‌شود) جراحی را به عنوان اولین درمان توصیه نمی‌کنند.

درمان خواب‌آلودگی در آپنه خواب

چون کسانی که آپنه خواب درمان نشده دارند، وقتی خواب هستند نفس‌شان قطع می‌شود و سپس مکرراً بیدار می‌شوند، چرت زدن برای آنها نیروبخش نیست. آنها معمولاً با بی‌حالی از خواب بیدار

^۱ - tracheostomy

می‌شوند. بعضی افراد می‌بینند که وقتی به صورت عمودی استراحت می‌کنند بهترین خواب را دارند و این‌ها هستند که می‌توانند از چرت‌زدن بهره ببرند.

درمان خواب‌آلودگی ناشی از آپنه خواب، بازکردن راه تنفسی بسته شده، است که در بخش قبل ذکر شد. یک بیمار دچار آپنه که روی درمان CPAP است باید هر وقت که می‌خواهد (شامل چرت زدن هم می‌شود) از CPAP استفاده کند.

داروهای محرک و بیدارکننده (فصل ۲۰ را ببینید) برای بیمارانی که آپنه خواب‌شان درمان نشده، توصیه نشده است. بعضی بیمارانی که روی CPAP هستند ممکن است با وجودی که آپنه آنها کنترل شده کماکان مقداری خواب‌آلودگی داشته باشند. FDA اخیراً استفاده از داروی مودافینیل (در ایالات متحده با نام پروویجیل^۱ و در کانادا آلرتک^۲ شناخته شده) که محرک بیداری است را مورد تأیید قرار داده است.

در مورد راندن یک وسیله نقلیه چه چیزهایی باید بدانیم؟

در بسیاری از نواحی جهان، کسی که تشخیص آپنه خواب را دریافت کرده، تا زمانی که درمان نشده باشد، نمی‌تواند رانندگی کند. در اکثر کشورها، راندن یک ماشین یک حق تلقی نمی‌شود بلکه یک امتیاز است - و آن امتیاز را می‌توان قطع یا موقتاً لغو کرد. این موضوع نه تنها در افرادی که اختلالات خواب دارند صدق می‌کند بلکه در مورد هر کسی که مشکل طبیبی او می‌تواند خودش و عموم را به خطر بیندازد، صادق است. این شامل افراد مصروع و کسانی که یک سکته قلبی و یا مغزی داشته‌اند، می‌شود. چون مقررات در جاهای مختلف فرق می‌کنند، شما باید با کمک پزشک خود ببینید که در محل زندگی شما مقررات به چه صورت است.

یادم می‌آید بیماری داشتم که عاقبت بدنبال کمک آمد اما تا زمانی که موقع رانندگی خوابش نبرده بود و ماشین استیشن واگن او با سه تن از نوه‌هایش که در صندلی عقب نشسته بودند، واژگون نشده

¹ Provigil

² - Alerte

بود، این کار را انجام نداد. گاهی اوقات علائم آنقدر به آهستگی ظاهر می‌شوند- در طی سال‌ها - که فرد از آنها آگاه نمی‌شود و تصور می‌کند که هنوز آدم سالمی است.

من یک بار برای ادای یک سخنرانی درباره اختلالات خواب برای عده‌ای از پزشکان خانواده دعوت شده بودم. محل سخنرانی کوچک بود و پزشکی که مرا دعوت کرده بود که صحبت کنم، یک مرد جوان لاغر بود که بلافاصله بعد از شروع سخنرانی من خوابش برد. من او را بیدار کردم تا نحوه انجام مصاحبه با بیماری که ممکن است یک اختلال خواب داشته باشد را به بقیه حضار نشان بدهم. هنگامی که از او پرسیدم که آیا در حین رانندگی خوابش می‌برد، او پاسخ داد که: «مگر همه نمی‌خوابند؟» این آقای محترم در تمام عمر خود هنگام رانندگی خوابش برده بود و تصور می‌کرد که این یک وضعیت عادی است. سرتان را درد نیاورم، این پزشک یک سابقه کلاسیک آپنه خواب انسدادی داشت که در نتیجه یک آرواره کوچک ایجاد شده بود. هنگامی که برای او یک وسیله دهانی ساخته شد که شب‌ها آن را در دهانش بگذارد، علائم او کاملاً برطرف شدند.

آپنه خواب در حاملگی

در بعضی زنان، آپنه قبل از حاملگی وجود دارد، در حالی که در سایر زنان آپنه ممکن است با یک افزایش وزن قابل ملاحظه در دوران حاملگی ظهور کند. زنان حامله دچار آپنه باید ارزیابی و درمان شوند چون ممکن است مستعد فشار خون بالا یا یک مشکل شدیدتر یعنی پری‌اکلامپسیا (فصل ۱۴ را ببینید) شوند. شواهد پزشکی نشان می‌دهند که نوزادانی که از این زنان متولد می‌شوند ممکن است از حد معمول کوچک‌تر باشند. اگر سطح اکسیژن خون مادر هنگام خواب بسیار پایین باشد برای نوزاد هم بسیار پایین خواهد بود. اگر زن حامله برای آپنه درمان نشده باشد، علائم و کیفیت خواب او با پیشرفت حاملگی، بدتر خواهد شد. اگر زن حامله برای آپنه تحت درمان نیست و اگر کار می‌کند و امکانات رفاهی برای او فراهم نیستند (کاهش تعداد روزهای کار یا کوتاه شدن روز کاری)، بنابراین باید یک مرخصی پزشکی بگیرد. برای زن حامله‌ای که آپنه خواب درمان نشده دارد بهترین کار این

است که رانندگی نکند.

مدتی که گذشت شوهر من به تدریج متوجه شد که نفس من در خواب قطع می‌شود و او در واقع باید از سی‌ثانیه تا شصت ثانیه می‌شمرد تا من مجدداً شروع به نفس کشیدن کنم. یادم می‌آید که درباره آپنه خواب چیزهایی دیده و شنیده بودم اما هنوز فکر نمی‌کردم که این موضوع ممکن است علت حال بد من باشد. بعد من یک نمایش تلویزیونی در این باره دیدم و فکر کردم که باید به پزشکم بگویم که ممکن است آپنه خواب داشته باشم. وقتی این موضوع را با پزشکم در میان گذاشتم چند ماهه حامله بودم. او برای من توضیح داد که باید صبر کنم تا بعد از بدنیا آمدن نوزاد این موضوع بررسی شود.

یک زن بیست و نه ساله

مادر بودن

چون مادر هنگام مراقبت از یک نوزاد و بچه‌های بزرگتر باید هوشیار باشد، بهترین کار برای همه این است که به محض تشخیص آپنه برای مادر، CPAP شروع شود و بعد از تولد نوزاد نیز کماکان از آن استفاده کند. زن مبتلا به آپنه تا زمانی که وزن کم نکرده و آپنه برطرف نشده باشد باید CPAP را ادامه دهد.

یائسگی

احتمال آپنه خواب در زنان یائسه تقریباً سه برابر افزایش می‌یابد. دلایل متعددی برای این افزایش وجود دارد. یکی از آنها این است که سطوح هورمون‌های جنسی که از زنان در مقابل آپنه محافظت می‌کنند در دوران یائسگی بسیار پایین می‌آید. دلیل دیگر این است که بسیاری از زنان در این دوران

وزنشان زیاد می‌شود. پژوهش‌های گزارش شده در اواسط سال ۲۰۰۳ نشان داده‌اند که درمان جایگزینی هورمون موجب بهبود آپنه خواب در زنان یائسه شده، می‌شود. این موضوع در حال حاضر به یک زمینه پژوهشی فعال تبدیل شده است.

تشخیص آپنه خواب در دیگران

با علائمی که در این فصل ذکر شدند، تشخیص این که چه موقع مشکل تنفسی خواب وجود دارد، کاملاً آسان خواهد بود. گوش دادن به صداهای خروپف بلند - و دوره‌های سکوت هنگامی که تنفس کاملاً قطع شده است - ترسناک است. عجیب این که علائم آنقدر به آهستگی ظهور می‌کنند که تا وقتی اتفاق مهمی نیفتد، اهمیت آنها کاملاً نادیده گرفته می‌شود که آن وقت یک زنگ بیدرباش برای خانواده است. این اتفاقات می‌توانند به صورت خوابیدن هنگام رانندگی، نرسیدن به قرارهای مهم یا چرت‌زدن بی‌موقع باشد. به طور کلی اگر هم تختی شما خروپف می‌کند، مشاهده کرده‌اید وقتی در خواب است نفسش قطع می‌شود، تغییرات شخصیتی داشته است (برای مثال، تحریک‌پذیری، مشکل تمرکز، غیره) یا در زمان و مکان نامناسب خوابش می‌برد، احتمال زیادی وجود دارد که مشکل او آپنه باشد. پرسش‌نامه صفحه ۲۳۵ می‌تواند به پیش‌بینی احتمال آپنه کمک کند.

بسیاری از افراد، حتی کسانی با آپنه شدید ممکن است تصورکنند که هیچ مشکلی وجود ندارد و آنها قهرمان خواب هستند. تا وقتی که آنها خودشان را نبینند و صدایشان را نشنوند، اهمیت مشکل - شان برای آنها آشکار نخواهد شد. همسر یا هم‌تختی باید پی‌گیر باشند و تا زمانی که مطمئن نشده‌اند که مشکل ارزیابی شده از تلاش دست برندارند.

آپنه خواب ممکن است در افراد هر سنی منجمله کودکان رخ بدهد. علائم و علل آن در کودکان ممکن است با بزرگسالان متفاوت باشد. مادران باید چند قانون کلی را به خاطر بسپارند. اگر کودکی اکثر شب‌ها با صدای بلند خروپف کند و مشاهده شده که نفسش قطع می‌شود، آن می‌تواند نشانه آپنه باشد. اگر این علامت با خواب بسیار ناآرام مانند حرکت دادن گردن یا آرواره برای بازکردن راه

تنفسی همراه باشد، در آن صورت احتمالاً مشکلی وجود دارد. اگر چنین کودکی لوزه‌های بسیار بزرگی دارد، وزنش خیلی زیاد است یا یک آرواره بسیار کوچک دارد، این عوامل می‌توانند علت راه تنفسی مسدود شده باشند. کودکانی که خواب‌آلود هستند ممکن است دچار اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی به نظر برسند. به عبارت دیگر، آنها ممکن است به جای این که خواب‌آلود تلقی شوند، بیش‌فعال به نظر برسند.

بازگشت به مورد دختر مرد کشاورز

هنگامی که من با چراغ قوه گلوی دختر را معاینه کردم یک دست لوزه عظیم‌الجثه دیدم که هر کدام از آنها تقریباً به اندازه یک توپ گلف بودند و در وسط گلوی او با هم تلاقی کرده و تقریباً راه تنفسی او را بسته بودند. این‌ها علت آپنه دختر بودند و او به یک جراح گوش و حلق و بینی ارجاع شد. بعد از برداشتن لوزه و غده لنفاوی او، تنفسش طبیعی شد. آرزو می‌کنم هر مشکل پزشکی چنین پایان خوشی داشته باشد، اما من همین‌طور آرزو می‌کردم که کاش او بی‌خودی برای این مدت طولانی این قدر رنج نمی‌کشید.

اختلالات تنفسی خواب بسیار شایع هستند اما در بسیاری از زنان کم تشخیص داده می‌شوند. این اختلالات می‌توانند یک اثر ویران‌گر داشته باشند. همین‌طور بیماری‌های غیر عادی زیادی وجود دارند که روی خواب تأثیر می‌گذارند و کم تشخیص داده شده‌اند. فصل بعدی به نارکولپسی می‌پردازد که یک بیماری شدید است و اثر فوق‌العاده‌ای روی زندگی یک فرد می‌گذارد. چون اکثر پزشکان درباره نارکولپسی خیلی کم می‌دانند، بیش از ده سال طول می‌کشد تا بسیاری از مبتلایان به این اختلال، تشخیص صحیح دریافت کنند.

فصل ۱۳

نارکولپسی

مورد دانشجوی پزشکی سال اول

من هر سال برای دانشجویان سال اول پزشکی یک سخنرانی درباره خواب و اختلالات آن ارائه می‌کنم. در پایان یک کلاس اخیر، هفت یا هشت دانشجو به طرف من هجوم آوردند تا درباره مشکلات خواب شخصی‌شان با من صحبت کنند. این عمل غیرمنتظره نبود چون دانشجویان پزشکی اغلب نگران مبتلا بودن به هر بیماری هستند که تازگی یاد گرفته‌اند. همه آنها بجز یکی مشکل خواب‌آلودگی در روز داشتند که به علت خواب ناکافی ناشی از برنامه درسی‌شان، بود. بعد از شرکت در کلاس‌های خسته‌کننده‌ای که تقریباً تمام روز طول می‌کشد و خواندن مقدار متنابهی درس که هر شب ادامه دارد، اکثر دانشجویان با یک لیوان بزرگ قهوه به کلاس می‌آیند و در طول کلاس بارها چرت می‌زنند. یک دانشجوی جوان خواب‌آلود بود اما یک علامت دیگر هم داشت که من در حین سخنرانی‌ام به آن اشاره کرده بودم. متأسفانه، او این علامت را سال‌ها نادیده گرفته بود چون به غلط تصور می‌کرد که آن طبیعی است.

او به من گفت در حدود دوبار در هفته، از خواب بیدار می‌شده که تقریباً همیشه در حین یک رویا بوده و کاملاً فلج می‌شده. او می‌توانسته نفس بکشد اما قادر نبوده دست‌ها، پاها یا سرش را تکان بدهد و نمی‌توانسته صحبت کند. این مشکل در حدود پنج یا شش سال قبل شروع شده و او را وحشت‌زده کرده بود خصوصاً وقتی در رویا می‌دید که یک موجود شیطانی به طرفش می‌آید. فلج تنها علامت او نبود. او هنگامی که خواب بود و گاهی حتی قبل از این که خوابش ببرد، رویاهای زیادی می‌دید. مواقعی بودند که او رویاهای زنده داشت و نمی‌توانست تشخیص بدهد که بیدار یا خواب است. به‌علاوه چون او این علائم را به مدت طولانی تجربه کرده بود و خواهرش نیز علائم مشابهی داشت، فکر می‌کرد که همه مردم آنها را دارند. من به او اطمینان دادم که این علائم اصلاً طبیعی نیستند و در واقع او و خواهرش به احتمال زیاد دچار یک اختلال خواب به نام نارکولپسی هستند. بعد از آن، او نگران شد که مبادا این بیماری که تازه درباره آن آگاهی یافته بود مانع از ادامه تحصیل او در دانشکده پزشکی شود. بیماری مانع نمی‌شود.

شناسایی نارکولپسی

نارکولپسی یک اختلال نورولوژیکی مزمن است که به علت فعل و انفعال غیرعادی مغز ایجاد می‌شود و به مجموعه پیچیده‌ای از علائم منجر می‌گردد که ممکن است شامل یک یا چند علامت زیر باشند: خواب‌آلودگی شدید، تصاویر رویای زنده هنگام خوابیدن یا بیدار شدن (توهمات هیپنو گوجیک^۱)، با حالت فلج از خواب بیدار شدن (فلج خواب) و ضعف عضلانی ناگهانی زودگذر (کاتاپلکسی^۲).

شایع‌ترین علامت این اختلال به خواب‌رفتن در زمان‌ها و مکان‌های نامناسب است. اگر این کافی نباشد، بیماران نارکولپتیک به جای آن که اکثر اوقات شدیداً خواب‌آلود باشند، غالباً در تمام شب مشکل به خواب رفتن و در خواب باقی ماندن دارند. نارکولپسی اکثراً در اواسط سال‌های نوجوانی بروز می‌کند و زنان و مردان را به طور مساوی مبتلا می‌نماید.

«هنگامی که از خستگی شدید خود آگاه‌تر شدم، همان موقع هم فهمیدم که این موضوع چه تاثیر مهمی روی زندگی روزمره من داشته است. من به پسرم قول می‌دادم که او را به باغ‌وحش یا موزه یا سینما یا خانه یکی از دوستانش برای بازی ببرم، اما بعد از نهار خوابم می‌برد. وقتی بیدار می‌شدم، امیدوار بودم که فراموش کرده باشد چون معمولاً هنوز آنقدر احساس خستگی می‌کردم که نمی‌توانستم یک بعدازظهر طولانی و پر جنب و جوش را داشته باشم.

به نقل از یک مادر تک‌والد ۲۷ ساله دچار نارکولپسی

نتایج ویران‌گر نارکولپسی

پژوهشی که درباره گروه زیادی از بیماران (۶۳ درصد از آنها زن و ۳۷ درصد مرد بودند) در سال ۱۹۹۷ انجام گرفت نشان داد که این افراد تقریباً پانزده سال قبل از آنکه نارکولپسی آنها به طور صحیح

¹ - Hypnagogic

² - Cataplexy

تشخیص داده شود، علائم این اختلال را داشته‌اند. افراد مبتلا به نارکولپسی غالباً برای بیماری دیگری که اغلب افسردگی است و آنها ممکن است دچارش نباشند، درمان شده‌اند. کودکان ممکن است تشخیص اشتباه اختلال کمبود توجه را دریافت کرده باشند، در حالی که آنها در واقع آنقدر خسته‌اند که نمی‌توانند به چیزی توجه کنند. بعضی پزشکان تصور می‌کنند که زنی که خواب‌آلوده است احتمالاً افسردگی دارد. تشخیص غلط نه تنها درمان صحیح را به تأخیر می‌اندازد، بلکه بعضی از داروهایی که معمولاً برای درمان افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌توانند خواب‌آلودگی نارکولپتیک‌ها را حتی بدتر کنند. چون این اختلال غالباً در اواسط نوجوانی ظهور می‌کند، افراد مبتلا، دقیقاً در زمانی که به مدرسه می‌روند و باید مهارت‌هایی کسب کنند که در سراسر زندگی بزرگسالی راهنمای آنها باشد، درمان نشده باقی گذاشته می‌شوند. افراد مبتلا به نارکولپسی ممکن است احساس کنند که قادر به سازگاری نیستند. آنها ممکن است تحصیل را رها کنند چون مشکل‌شان تشخیص داده نشده است. خطر تصادفات ماشین در نارکولپتیک‌ها بسیار بیشتر است. نارکولپسی می‌تواند خصوصاً برای زنان بسیار ویران‌گر باشد. وقتی شما نمی‌توانید خودتان را بیدار نگهدارید نمی‌توانید شغل‌تان را هم نگهدارید. حفظ یک رابطه دشوار است. بزرگ کردن فرزندان و رسیدگی به برنامه‌های شلوغ آنها حتی طاقت‌فرساتر است. یک کلام، نارکولپسی می‌تواند زندگانی افراد را نابود کند. لازم است در اسرع وقت یک تشخیص صحیح داده شود.

"اخيراً برای من تشخیص‌های نارکولپسی و کاتاپلکسی گذاشته شدند. خیالم راحت شد که بالاخره برای همه مواقعی که خسته یا در خواب بودم، توجیهی پیدا شد. فهمیدم که از مدت زمان دقیقی که در طول روز در خواب می‌گذراندم آگاه‌تر شده‌ام. پزشک خانوادگی من میزان آهن یا تیروئید مرا آزمایش می‌داد اما نتایج این آزمایشات همیشه طبیعی بودند.

یک زن ۲۷ ساله که چهارده سال پس از شروع علائم تشخیص دریافت کرد.

نارکولپسی چه قدر شایع است؟

متخصصین سراسر دنیا تلاش نموده‌اند که شیوع نارکولپسی را تعیین کنند و ظاهراً به نظر می‌رسد که پاسخ به این سؤال در کشورهای مختلف، فرق می‌کند. این اختلال ظاهراً در ژاپن بسیار شایع است. برآورد شده که این اختلال در آمریکای شمالی، تقریباً ۱ نفر از ۲۰۰۰ نفر را مبتلا می‌کند. در ایالت متحده بین ۱۰۰۰۰۰ و ۱۵۰۰۰۰ نفر دچار این اختلال هستند. اکثر آنها تشخیص داده نشده‌اند.

علل نارکولپسی

ما علل نارکولپسی را به‌طور قطعی نمی‌دانیم، اما سرخ‌های بسیاری از منابع غیرقابل انتظار مانند پژوهش درباره سگ‌های دوبرمن^۱ و موش‌ها، بدست آمده است. در حدود پنج سال پیش که یک ماده شیمیایی جدید- ماده‌ای که احتمال می‌رفت یک نقش اصلی در نارکولپسی بازی کند- کشف شد، علم یک قدم به‌طرف جلو برداشت. این ماده شیمیایی با دو نام شناخته شده است، اورکسین^۲ و هیپوکرتین^۳. گروه‌های پژوهشی مختلف تقریباً در یک زمان این ماده شیمیایی را کشف کردند و هر کدام یک نام متفاوت به آن دادند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیماران دچار نارکولپسی مقادیر کافی از این ماده شیمیایی را تولید نمی‌کنند یا گیرندگان واقع در سیستم عصبی به قدر کافی به آن پاسخ نمی‌دهند. آزمایشاتی انجام گرفته که در آن ژن‌های مسؤل برای تولید این ماده شیمیایی از حیوانات آزمایشی بیرون کشیده شده‌اند و حیوانات آزمایشی علائم نارکولپسی، حملات خواب و کاتاپلکسی را ظاهر کرده‌اند. کشف این ماده شیمیایی در شناخت و درمان این اختلال خواب ناتوان‌کننده، یک قدم بزرگ به جلو بود.

به‌نظر می‌رسد که نارکولپسی ناشی از تنظیم غیرعادی خواب REM (حرکت چشمی سریع) توسط مغز باشد. به‌طور طبیعی در حین خواب REM یا خواب رویادار، انسانها دچار فلج می‌شوند، همان-

¹ - Doberman

² - Orexin

³ - hypocretin

طور که تقریباً همه شکل های تکاملی بالاتر منجمله پرنندگان و پستانداران کم و بیش دچار این حالت می شوند. در طی خواب REM، اکثر عضلات بدن بجز آنهایی که برای حفظ حیات لازم هستند، مانند عضلات تنفسی (دیافراگم)، عضلاتی مانند قلب که در درون خودشان کنترل شده اند، و بعضی از عضلاتی که در بالا و پایین سیستم گوارشی قرار دارند، فلج می شوند.

معلوم نشده که چرا ما در حین خواب REM فلج می شویم - همان گونه که ما نمی توانیم به رویایی که می بینیم واکنش فیزیکی نشان بدهیم. به طور طبیعی، افراد بزرگسال تا زمانی که نود دقیقه از خواب آنها نگذشته باشد، اولین خواب REM را ندارند. بعد از آن، در حدود هر نود دقیقه آنها یک خواب حرکت چشمی سریع را خواهند داشت. اکثر مردم در هر شب سه تا پنج بار رویا می بینند و در حین هر رویا، فلج شده اند. این خواب، طبیعی محسوب می شود.

بیماران دچار نارکولپسی در زمان و مکان غلط به خواب REM فرو می روند. تصویر رویا مانندی که آنها در شروع خواب یا حتی هنگامی که هنوز بیدار هستند می بینند، یک توهم هیپنوگوجیک نامیده شده است. گاهی اوقات هنگامی که یک بیمار دچار نارکولپسی از یک رویا بیدار می شود، فلجی REM کماکان باقی می ماند.

« من از پنجره مردی را با یک صورت نوک تیز می دیدم و وقتی او متوجه می شد که من او را دیده ام برمی گشت که از آن جا برود و من می دیدم که تمام پشت سر او یک صفحه فلزی است که عملاً در داخل سر او پیچ شده بود. این رویایی بود که من وقتی خیلی کوچک بودم داشتم و هنوز هم رویاهای تکرارشونده ای دارم که مرد صورت نوک تیز در آنها هست. هنگام دیدن این رویا نمی توانستم باور کنم که این مرد واقعی نیست چون تصور می کردم بیدار هستم.

«در یکی از این رویاهای تکرارشونده می دیدم که من، برادر، و پسر عموم در یک جنگل توسط مرد صورت تیز تعقیب می شویم و در وسط جنگل نیمکتی بود که ما پشت آن پنهان می شدیم و وقتی مرد صورت تیز به ما می رسید یکی یکی ما را از پشت نیمکت بیرون می کشید و پاهای مان را با یک

اره می‌برید و بعد من از خواب بیدار می‌شدم.»

« یک رویای دیگر با مرد صورت نوک‌تیز: زمستان است و من و برادرم بیرون از خانه هستیم. برادرم در خواب کوچک‌تر از من است اما در واقعیت او بزرگ‌تر از من است. ما بیرون بازی می‌کنیم و برادر من کت زمستانی مورد علاقه‌اش را پوشیده است. مرد صورت نوک‌تیز از پشت سر او در جلوی من ظاهر می‌شود و سر برادرم را به طرف عقب می‌کشد و گردش را قطع می‌کند. من قادر به متوقف کردن او یا دویدن برای کمک، نیستم. سپس مرد صورت نوک‌تیز برادرم را به طرفی می‌اندازد و پاهای مرا قطع می‌کند تا نتوانم فرار کنم و من و برادرم را به حال خود می‌گذارد و می‌رود تا من از خون‌ریزی بمیرم.»

- توهامات هیپنوگوجیک در یک دختر نارکولپتیک هجده ساله

یک نشانه دیگر نارکولپسی که می‌تواند برای مبتلایان بسیار ناراحت‌کننده باشد تجربه از دست دادن ناگهانی کنترل عضلانی است. این وضعیت گاهی اوقات هنگامی اتفاق می‌افتد که بیماران بیدار هستند و دچار هیجان شده‌اند. برای مثال، کسی بعد از شنیدن یک جوک، ممکن است بعضی از تظاهرات خواب REM را احساس کند که منجر به شکلی از فلجی موقت می‌شود که کاتاپلکسی نامیده شده است. این حالت فلجی باعث می‌شود که فرد ناگهان از حال برود. یک بیمار هر وقت جوکی می‌شنید احساس می‌کرد مثل یک عروسک خیمه‌شب بازی شده است که همه نخ‌هایش پاره شده‌اند. زنان دچار کاتاپلکسی ممکن است در حین آمیزش جنسی ارگاسم نداشته باشند چون تلاش می‌کنند از هر نوع تحریکی که می‌تواند به یک حمله کاتاپلکسی منجر شود، اجتناب نمایند. در سایر مواقع، از دست دادن تعادل عضلانی محدودتر است و ممکن است فقط عضلات چهره و گردن را در بر بگیرد. این رخدادها گاهی اوقات اشتباهاً به عنوان یک حمله صرعی تعبیر شده‌اند و دیگران ممکن است متوجه نشوند که فرد دچار نارکولپسی که همین الان از حال رفته در واقع از وقایع دوروبرش آگاه است.

حیوانات دچار نارکولپسی (سگ دوبرمن پینسچر^۱، نژادی با این مشکل است) هنگامی که هیجان زده می‌شوند- برای مثال وقتی غذا یا یک گربه را می‌بینید! ناگهان از حال می‌رود. معهدا، از نظر هزاران زنی که مبتلا به آن هستند، نارکولپسی اصلاً شوخی نیست.

تشخیص

یکی از دلایلی که نارکولپسی کم تشخیص داده شده این است که اکثر پزشکان درباره کیفیت خواب بیماران‌شان از آنها سؤال نمی‌کنند. دلیل دیگر این است که بسیاری از پزشکان اطلاعات کمی درباره نارکولپسی دارند یا درباره آن چیزی نمی‌دانند. در اکثر دانشکده‌های پزشکی، پزشکان ممکن است در تمام طول دوره آموزشی خود فقط دو یا چهار ساعت آموزش طب خواب دریافت کنند. اکثر بیماران نارکولپتیکی که من دیده‌ام یک تاریخچه بالینی کلاسیک دارند. بسیاری از پزشکان هنگامی که نهایتاً می‌فهمند که فقط با پرسیدن سه یا چهار سؤال خاص می‌توانند در عرض چند دقیقه مشکل بیمارشان را تشخیص بدهند، شرمند می‌شوند. بخش بعدی به شما کمک خواهد کرد که علائم نارکولپسی را با پزشک‌تان در میان بگذارید.

مصاحبه و معاینه بالینی

آخرین باری که یک پزشک از شما پرسیده که وقتی خوابتان می‌برد رویا می‌بینید یا نه، کی بوده؟ همان طور که قبلاً ذکر شد، بسیاری از پزشکان درباره خواب و مسلماً علائم نارکولپسی زنان از آنها سؤال نمی‌کنند. بنابراین بسیاری از زنان تشخیص داده نشده یا با تشخیص اشتباه باقی می‌مانند و به- خاطر بیماری‌هایی مثل افسردگی که ممکن است نداشته باشند، تحت درمان قرار می‌گیرند. ما در یک مقاله پزشکی در سال ۲۰۰۲ گزارش داده‌ایم که حتی وقتی افراد علائم کلاسیک نارکولپسی را دارند، پزشکان خانواده فقط در حدود ۲۰ درصد از مواقع، آن را تشخیص می‌دهند. بنابراین اگر

^۱ - Doberman Pinscher

علائمی که شاخص این اختلال هستند (در بخش‌ها اول این فصل ذکر شدند) شما را به شک می‌اندازند که نارکولپسی دارید، با پزشک خانوادگی خود مشورت کنید. به پزشکی که تاریخچه بالینی شما را می‌گیرد همه علائم و شک‌هایتان را بگویید و بهتر است مواد آموزشی یا این کتاب را با خودتان ببرید تا اطلاعات آنها را با پزشکتان که ممکن است هیچ آموزشی در تشخیص و درمان نارکولپسی نداشته باشد، در میان بگذارید. چون نارکولپسی یک بیماری مادام‌العمر است که مستلزم درمان مادام‌العمر می‌باشد و چون گاهی بیماران دچار نارکولپسی اختلال خواب دیگری هم دارند، اکثر متخصصین خواب یک آزمایش خواب را دستور خواهند داد که تشخیص آنها را تأیید کند.

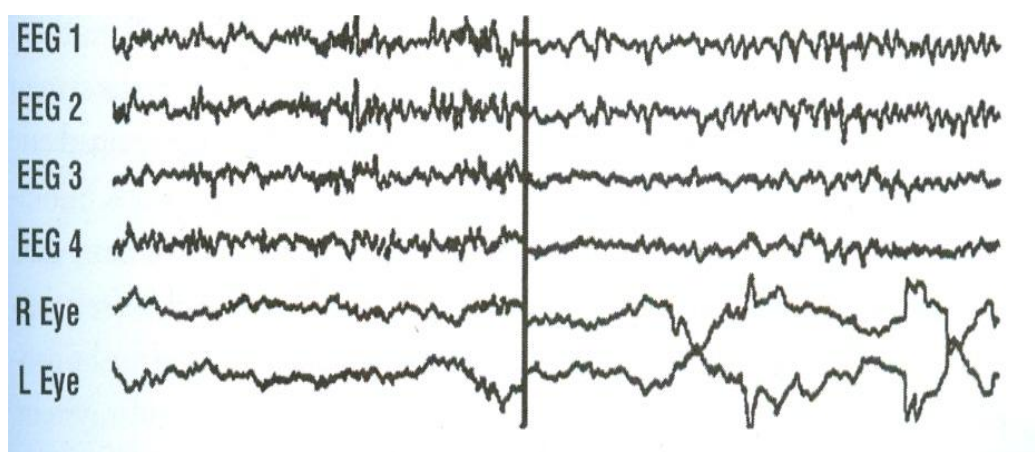
بررسی خواب

قبل از آن‌که به درمان دارویی مادام‌العمر مبادرت کنید، به آزمایش خواب نیاز خواهید داشت. در آزمایشگاه خواب، ما دو بررسی خواب انجام می‌دهیم، یکی در شب و یکی در طول روز. بررسی خواب در شب ممکن است شروع زودهنگام REM را پس از به خواب رفتن نشان دهد و بیداری‌های متعدد ممکن است خواب را مختل کرده باشند. عجب این‌که، این افراد که در طول روز فوراً خوابشان می‌برد، غالباً در شب مشکل خوابیدن و در خواب باقی ماندن دارند. این بررسی همچنین باید با اطمینان مشخص کند که سایر اختلالات مانند آپنه خواب وجود ندارند. بررسی روز هنگام، تست تأخیر خواب چندگانه¹ نامیده شده است. در این تست، هر دو ساعت یک بار به بیمار چهار یا پنج بار فرصت خوابیدن داده می‌شود. اگر کسی به طور متوسط در عرض پنج دقیقه یا کمتر خوابش ببرد، متخصصین خواب یا تکنولوژیست‌ها می‌توانند اعلام کنند که او خواب‌آلودگی شدید دارد. اگر کسی در طی دو یا چند استراحت کوتاه، خواب REM داشته باشد، در آن صورت یک تشخیص نارکولپسی تأیید می‌شود.

¹ - Multiple Sleep Latency Test

شکل ۱۳-۱ یک نوار تصویری خواب را نشان می‌دهد. سمت چپ، امواج مغزی که در حین خواب غیر REM دیده شده، نشان می‌دهد. سمت راست، امواج و فعالیت چشم‌ها در خواب REM را نشان می‌دهد. به حرکات تیز بزرگ چشم‌ها در پایین‌ترین نوارهای سمت راست توجه کنید. این داده‌ها مربوط به یک دانشجوی هجده ساله است. به طور متوسط در حدود ۴/۵ دقیقه طول کشیده که او خوابش ببرد و در طی چهار فرصت چرت‌زدن، سه بار REM داشته است. این یافته‌ها شاخص نارکولپسی هستند.

شکل ۱۳-۱ نوار خواب یک دختر هجده ساله



درمان نارکولپسی

علم پزشکی نمی‌تواند نارکولپسی را درمان کند، بنابراین ما علائم را درمان می‌کنیم و به این نکته واقف هستیم که این بیماری بخودی خود برطرف نخواهد شد. اگرچه افراد مبتلا احتمالاً باید برای بقیه عمرشان مقداری دارو مصرف کنند، اما آنها قادر خواهند بود که تحت درمان، یک زندگی تقریباً طبیعی داشته باشند. این زندگی مسلماً بهتر از زندگی قبل از درمان خواهد بود.

دارودرمانی

خواب‌آلودگی که شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علامت افراد دچار نارکولپسی است با داروهایی درمان شده که فرد را هوشیارتر می‌کند واز میل مقاومت ناپذیر او به خوابیدن، ممانعت به عمل می‌آورد.

مودا فینیل^۱ (مودالرت^۲ در انگلستان، آلرتک^۳ در کانادا، پروویجیل^۴ در آمریکا، مودا ویجیل^۵ در استرالیا)

مودافینیل متداول‌ترین داروی تجویز شده است که با تأثیر روی بخشی از مغز که به حفظ هوشیاری کمک می‌کند، موجب بیدارماندن می‌شود. این دارو بر خلاف داروهای محرکی که در زیر توصیف شده‌اند، تأثیر کمی روی بقیه بدن دارد. به‌علاوه، بیماران دچار نارکولپسی دارای درجات متفاوتی از خواب‌آلودگی روزهنگام در پاسخ به داروها هستند، بنابراین دوز دارو باید برای هر فرد تطبیق داده شود. تا به امروز مودافینیل تنها دارویی بوده که به‌طور اختصاصی برای خواب‌آلودگی مفرط روز هنگام ناشی از نارکولپسی ساخته و تأیید شده است.

متیل فنیدات^۶ (ریتالین)^۷

متیل فنیدات عمدتاً به عنوان دارویی برای کودکان دچار اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی (ADHD)، شناخته شده است. عجیب این‌که، این دارو که معمولاً برای بیدارکردن افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد برای آرام‌کردن کودکان دچار ADHD نیز استفاده می‌شود و موجب می‌شود که آنها روی وظایف خود تمرکز کنند. این دارو علاوه بر تأثیری که روی سیستم عصبی مرکزی دارد و موجب

^۱ - Modafinil

^۲ - Modalert

^۳ - Alertec

^۴ - Provigil

^۵ - Modavigil

^۶ -Methylphenidate

^۷ - Ritalin

هوشیارتر شدن افراد می‌شود، روی سیستم عصبی سمپاتیک که عملکرد بعضی از سیستم‌های عضوی ما را کنترل می‌کند نیز تأثیر می‌گذارد. تحریک این بخش از سیستم عصبی می‌تواند منجر به افزایش ضربان قلب، بالا رفتن فشارخون، و یک احساس دل‌شوره در بعضی افراد شود. اگرچه این علائم ممکن است در طول زمان کاهش یابند، نگرانی‌هایی وجود دارد که استفاده درازمدت از آن منجر به عوارض جانبی روی سیستم قلبی عروقی افراد دچار نارکولپسی شود. این موضوع به‌خصوص در زنان که در مقایسه با مردان معمولاً در مقابل بیماری قلبی عروقی محافظت شده‌اند، اما با شروع یائسگی احتمال خطر در آنها بالا می‌رود، صادق است. بنابراین اکثر متخصصین خواب دیگر متیل فنیدات را به عنوان اولین داروی انتخابی برای افزایش هوشیاری بیماران دچار نارکولپسی، تجویز نمی‌کنند.

آمفتامین‌ها^۱

بسیاری از مردم فکر می‌کنند که آمفتامین یک داروی خیابانی غیرقانونی است که به عنوان اسپید^۲ شناخته شده است. آنها نمی‌دانند که این دارویی بوده که سال‌ها توسط پزشکان نیز تجویز شده و از سال ۱۹۳۰ برای درمان نارکولپسی مورد استفاده قرار گرفته است. برای توضیحات درباره داروهای آمفتامین صفحه ۴۰۸ را ببینید.

آمفتامین‌ها اثرات محرک قدرت‌مندی روی مغز و سیستم عصبی سمپاتیک دارند. آمفتامین‌ها می‌توانند موجب افزایش ضربان قلب و فشارخون نیز بشوند و آنها ممکن است تعریق و دلشوره نیز ایجاد کنند. با وجودی که آمفتامین‌ها ظرفیت سوءمصرف دارند، اما من در حرفه بالینی خود، به ندرت چنین چیزی را دیده‌ام. بسیاری از کشورها به علت پتانسیل سوءمصرف این داروها، آنها را از بازار خارج کرده‌اند - بجز آمریکا و کانادا. در انگلستان و استرالیا آمفتامین‌ها تجویز نمی‌شوند. در نتیجه، هنگام گذشتن از مرزها، همراه داشتن جعبه‌های این داروها می‌تواند موجب دردسر یا حتی توقیف و

¹ - Amphetamine

² - Speed

مصادره شود. در بعضی نواحی، قوانین تجویز آفتامین‌ها و سایر داروهایی که ممکن است سوءمصرف شوند آن قدر شدید است که پزشکان آن‌را تجویز نمی‌کنند. برای مثال، پزشک موظف است یک نسخه را در سه کپی پرکند. یک کپی در پرونده او می‌ماند، یکی برای داروخانه است و سومی به نظام پزشکی می‌رود که بر استفاده از چنین داروهائی نظارت می‌کند. نسخه‌ها را نمی‌توان با تلفن تجدید کرد و فقط تجویزهای کوتاه مدت اجازه داده شده‌اند. علیرغم این مشکلات، بعضی پزشکان مودافینیل را نمی‌شناسند و هنوز از آفتامین به‌عنوان اولین درمان نارکولپسی استفاده می‌کنند. من به-ندرت آفتامین را به‌عنوان اولین درمان برای نارکولپسی، تجویز می‌کنم.

سایر داروهای مورد استفاده در نارکولپسی

یک داروی دیگر که پیمولین^۱ (نام تجارتي آن سیلرت^۲ است) نامیده شده سال‌ها است که در درمان نارکولپسی مورد استفاده قرار گرفته است. این دارو مؤثر بود اما نگرانی‌هایی درباره احتمال ایجاد مشکلات کبدی بوجود آورد. تولید این دارو در بعضی کشورها منجمله کانادا، انگلستان و استرالیا قطع شده است. در ایالت متحده، هنگامی که افراد این دارو را مصرف می‌کنند معمولاً به‌طور منظم تحت آزمایش قرار می‌گیرند تا اطمینان حاصل شود که کبد آنها به‌طور طبیعی کار می‌کند. این داروها خواب‌آلودگی را برطرف می‌کنند، اما ممکن است موجب بهبودی کاتاپلکسی، توهمات و فلج خواب که علائم وابسته به REM هستند، نشوند. یک داروی جدید (سدیم اوکسی بات^۳، زیرم^۴) توسط بنگاه داروهای اروپایی^۵ در ایالات متحده (هنوز در کانادا و استرالیا تأیید نشده) مورد تأیید قرار گرفته است. هنگامی که این دارو، شب مصرف شده، کاتاپلکسی را در روز بعد کاهش داده است. ماده شیمیایی در این دارو گاما‌هیدروکسی بوتیرات^۶ است. استفاده از زیرم به‌شدت

^۱ - Pemoline

^۲ - Cylert

^۳ - Sodium oxybate

^۴ - Xyrem

^۵ - European Medicines Agency

^۶ - Gammahydroxybutyrate

کنترل می شود. بعضی ضدافسردگی ها در زمان خواب نیز داده شده اند تا علائم وابسته به REM را کاهش دهند.

چرت زدن

هنگامی که من چرت زدن را تجویز می کنم، بیماران متعجب می شوند. چرت زدن می تواند برای افراد دچار نارکولپسی اثر درمانی فوق العاده ای داشته باشد. یک چرت کوتاه پانزده تا سی دقیقه ای می تواند گاهی افراد را ساعات متمادی هوشیار نگه دارد. از طرف دیگر چرت های طولانی ممکن است موجب احساس خواب آلودگی یا گیجی یک فرد شوند. غالباً یک چرت کوتاه حوالی وقت نهار برای چندین ساعت فعالیت کفایت می کند. بعضی افراد ممکن است بعداً به یک چرت دوم در حوالی ساعت ۴ یا ۵ بعد از ظهر نیاز داشته باشند تا بتوانند تجدید قوا کنند.

کنار آمدن با دیگران

هالیوود با افراد دچار نارکولپسی مهربان نبوده است. در فیلم *Deuce Bigalow : Male Gigolo* (که در دسامبر ۱۹۹۹ نمایش داده شد) یکی از شخصیت های فیلم یک زن دچار نارکولپسی است که با صورت روی یک کاسه سوپ افتاده. در فیلم *Bandits* (که در اکتبر سال ۲۰۰۱ اکران شد)، یکی از شخصیت های فیلم یک مدیر بانک است که وقتی گروگان گرفته می شود و مجبورش می کنند یک گاوصندوق را باز کند از شدت هیجان از هوش می رود.

افراد دچار نارکولپسی چه به خاطر جوک هایی که در فرهنگ عامه راجع به این اختلال وجود دارد یا صرفاً به خاطر این که نارکولپسی بسیار سوء تعبیر و قالبی شده است، ممکن است از این حالت خود احساس شرمندگی کنند یا نگران شوند که توسط همکاران، روسا و وابستگان خود جدی گرفته نشوند. یک جنبه بسیار مهم اداره نارکولپسی این است که بیمار با حلقه خانوادگی و دوستانش درباره مشکل خود صحبت کند « نه، من نادان نیستم. نه، من تنبل نیستم. نه، من به چیزهایی که می گویی

بی‌علاقه نیستم.» در مدرسه نیز باید معلمین و سایرین را از این شرایط مطلع کرد. آن وقت مواقعی که فرد مبتلا به این اختلال خوابش می‌برد آنها می‌فهمند که این نشانه بی‌احترامی یا تنبلی نیست، بلکه نتیجه یک اختلال عصبی می‌باشد. تجربه من نشان می‌دهد که وقتی فرد دچار نارکولپسی درباره مشکل خود با افراد مناسب صحبت می‌کند (مدیر مدرسه، معلمین، کارفرما، غیره) و درباره بیماری به آنها اطلاعات می‌دهد، اکثر اوقات آن افراد تلاش می‌کنند که برای آنها امکانات مناسب فراهم نمایند. مثلاً مدرسه برای یکی از بیماران خردسال من یک اطاق فراهم کرد که او می‌توانست بلافاصله بعد از نهار در آن جا استراحت کند و این کار منجر به پیشرفت تحصیلی او شد.

یک عملکرد بسیار مهم زندگی روزانه که از نارکولپسی تأثیر می‌پذیرد، رانندگی است. به‌خصوص که قوانین رانندگی در جاهای مختلف به طور اساسی، تفاوت می‌کنند. در بعضی نواحی افراد دچار نارکولپسی تا زمانی که تحت درمان قرار نگرفته‌اند، حق ندارند رانندگی کنند. بنابراین هنگامی که یک کودک دچار نارکولپسی به سن چهارده یا پانزده سالگی می‌رسد، باید دخالت بیماری در مسأله‌ای مانند راندن یک وسیله نقلیه، مورد بحث قرار بگیرد. حتی وقتی یک فرد دچار نارکولپسی تحت درمان است باید درباره اهمیت چرت زدن و اهمیت رانندگی نکردن در اواخر شب که اثر داروها ممکن است از بین رفته باشند، بدانند. بدیهی است که نادیده‌گرفتن این درس‌ها می‌تواند نتایج فاجعه‌آمیزی بار بیاورد.

نارکولپسی در دوران حاملگی

چون نارکولپسی معمولاً در طی سال‌های نوجوانی پیش می‌آید، زنان ممکن است مجبور شوند با مشکل حل‌وفصل آن در دوران حاملگی مواجه شوند. تجربه من نشان می‌دهد که نارکولپسی روی باروری تأثیر نمی‌گذارد. سؤال مهم این است که علائم دوران حاملگی چگونه باید درمان بشوند. مطمئن‌ترین رویکرد برای زن حامله این است که از مصرف داروها در دوران حاملگی خودداری کند، همان‌طور که مصرف اکثر داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه را قطع می‌کند. اگر درمان‌های دیگر

مانند استراحت های روزهنگام و سایر تسهیلات فراهم نباشند، در آن صورت زن حامله ممکن است مجبور شود مرخصی پزشکی بگیرد. به علاوه برای زنی که درمان نشده، رانندگی خطرناک و در بسیاری نقاط غیرقانونی است. نارکولپتیک های حامله باید اطمینان حاصل کنند که دچار کمبود آهن و اسیدفولیک نیستند چون این شرایط ممکن است موجب بروز سندرم پاهای بی قرار در آنها شود که مشکل خواب شدیدی که آنها قبلاً داشته اند را بدتر خواهد کرد.

مادر بودن

چون یک مادر باید هنگام مراقبت از یک نوزاد و بچه های بزرگترش هوشیار باشد، بهترین کار این است که او بعد از تولد نوزاد، مجدداً دارو خوردن را شروع کند. معهذاً، چون اثرات درازمدت این داروها بر نوزادانی که از شیرمادر تغذیه می کنند شناخته نشده است، زن باید قبل از زایمان این موضوع را با پزشک خود در میان بگذارد. به علاوه مادران نورولپتیک ممکن است متوجه شوند که گرفتن کمک اضافی برای مراقبت از یک نوزاد در خانه، کاری ارزشمند و حتی برای مقابله آنها با شرایط، ضروری است - خصوصاً در شب. تازه مادر شدن می تواند یک دوران طاقت فرسا و خسته کننده برای هر زنی باشد اما برای تازه مادری که نارکولپسی دارد به طور قابل ملاحظه ای بدتر است.

نارکولپسی در دیگران

تا این جا اگر شما نارکولپسی داشته باشید، احتمالاً می توانید آن را در خودتان تشخیص دهید. اما چگونه می توانید این اختلال را در دیگران تشخیص دهید؟

کودکان

تشخیص نارکولپسی در بچه های کوچک دشوار است، اما سرنخ هایی وجود دارند که شما

می‌توانید دنبال آنها بگردید. یک کودک بالای پنج سال که دوباره شروع به چرت زدن می‌کند، ممکن است نارکولپسی داشته باشد. خوابیدن در زمان‌ها و مکان‌های نامناسب، برای مثال در مدرسه، یا نیاز شدید به یک استراحت کوتاه هنگام آمدن از مدرسه به خانه، نشانه‌هایی هستند که خواب‌آلودگی طبیعی نیست. بعضی کودکان ممکن است از کابوس‌های ترسناک شکایت کنند که در واقع توهمات هیپنوگوجیک هستند. معلمین ممکن است به والدین بگویند که فرزند آنها در کلاس بسیار خواب‌آلود است. خواب‌آلودگی کودک ممکن است اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی به نظر برسد یا تشخیص داده شود که ممکن است با متیل فنیلات (ریتالین) که یک محرک سیستم عصبی مرکزی است تحت درمان قرار بگیرد. کودکی که در ماشین، هنگام تماشای تلویزیون یا در مدرسه فوراً خوابش می‌برد ممکن است نارکولپسی یا یکی دیگر از اختلالاتی را داشته باشد که موجب خواب‌آلودگی می‌شوند، مانند آپنه یا یک اختلال حرکتی.

"وقتی او خیلی کوچک‌تر بود، عادت داشت بعد از دیدن یک خواب ترسناک به اطاق خواب ما بیاید. ما در کنار خودمان برای او یک رخت‌خواب درست کرده بودیم که بقیه شب در آن جا بخوابد. یکی از خواب‌های خاص او درباره یک مرد صورت تیز بود که از پنجره به اطاق او نگاه می‌کرد. او آن-قدر می‌ترسید که ما واقعاً پنجره اطاق و بیرون خانه را می‌گشتیم تا مطمئن شویم که کسی آن‌جا نیست. ما فهمیدیم که از نظر فیزیکی امکان ندارد کسی بتواند از پنجره به داخل اطاق نگاه کند. این دلیل برای او هیچ وقت کافی نبود و ما هرگز نتوانستیم او را قانع کنیم که آن مرد واقعی نیست. او رویاهای بسیار بیشتری داشت که در طول سال‌ها او را پریشان کرده بودند و بعضی از آنها را نمی‌توانست با ما در میان بگذارد.

- مادر یک نارکولپتیک هجده ساله

در نوجوانان و تین ایجرها

اکثر اوقات نارکولپسی برای اولین بار در سال‌های نوجوانی ظهور می‌کند. نوجوان ممکن است بیشتر اوقات در خواب باشد و باید او را به زور از تخت بیرون کشید، حتی اگر در یک زمان عادی برای خواب رفته باشد. او ممکن است در مدرسه خوابش ببرد. عملکرد تحصیلی او همراه با نمراتش ممکن است ناگهان افت کند. نارکولپتیک‌ها تقریباً همیشه خواب‌آلود هستند. آنها با نوجوانان عادی که از خواب محروم شده‌اند اما به محض یکی دو شب خواب عادی هوشیار می‌شوند، تفاوت می‌کنند. آنها با نوجوانانی که مشکلات ساعت شبانه‌روزی دارند (فصل ۸ را ببینید) و دیر می‌خوابند و دیر هم بیدار می‌شوند اما عصرها مشکلی در بیدار ماندن ندارند هم فرق می‌کنند. یک مطالعه پژوهشی که در سال ۲۰۰۲ منتشر شد نشان داد که پزشکان متخصص اطفال به ندرت نارکولپسی را تشخیص می‌دهند. متأسفانه علائم این بیماران جوان غالباً به عنوان افسردگی تعبیر شده است و نارکولپسی بدون تشخیص باقی مانده و بنابراین سال‌ها درمان نشده است. گاهی اوقات ممکن است کودکان از سلسله مشکلاتی که رو در روی آنها قرار می‌گیرد آن قدر دلسرد شوند که از مدرسه رفتن اجتناب کنند. این می‌تواند یک هشدار برای والدین هم باشد. هنگامی که بچه‌ها دلشان نمی‌خواهد به مدرسه بروند- چون در کلاس خوابشان می‌برد و دوستانشان آنها را مسخره می‌کنند- چیزی بیشتر از تبلی صرف در جریان است. در این دوران از زندگی هر نوجوان که تغییرات هورمونی و رشدی بسیار زیادی در حال وقوع هستند، اضافه شدن علائم نارکولپسی می‌تواند برای نوجوان فوق‌العاده سخت باشد که به معنای آن است که تشخیص صحیح حتی مهمتر است.

«او در سن دوازده سالگی از نخوابیدن شکایت می‌کرد. ما می‌دانستیم که او در وقت مناسب به تخت خواب می‌رود و به نظر می‌رسید که می‌خوابد اما با خستگی و اغلب یک خلق بد یا خیلی هیجان زده، از خواب بیدار می‌شد- این حالات چیزی بیش از صرفاً تأثیر هورمون‌ها بودند. او از مدرسه که به خانه می‌آمد حتماً یک چرت می‌زد. ما او را نزد پزشک بردیم و از او پرسیدیم که آیا با

آزمایش کردن می توان فهمید که او واقعاً می خوابد. پزشک فکر می کرد که دختر ما فقط یک نوجوان است و هیچ اقدامی نکرد تا مطمئن شود که الگوی خواب او منظم است. او توصیه کرد که دخترم باید همه باصطلاح راه های دیگر بهتر خوابیدن را امتحان کند. یعنی ، مصرف نکردن کولا و کافئین و انجام ورزش بیشتر. مشکل این بود که ما قبلاً همه آن راه حل ها را بدون هیچ نتیجه ای امتحان کرده بودیم.

- مادر یک نارکولپتیک هجده ساله

بازگشت به مورد دانشجوی سال اول پزشکی

نگرانی های دانشجوی پزشکی دچار نارکولپسی درباره تأثیر این اختلال بر زندگی او و توانایی او در به پایان رساندن تحصیلات پزشکی خود، موجه بودند. اگر چه سال ها بود که خواب او مشکل داشت، اما حالا فهمیده بود که آن یک مشکل طبی قابل درمان اما بدون معالجه قطعی است. من او را تشویق کردم که نزد پزشک برود تا مورد تشخیص و درمان قرار بگیرد. من درباره دانشجوی پزشکی دیگری که چند سال قبل برای او تشخیص نارکولپسی گذاشته بودم نیز با او صحبت کردم. این دانشجو در آخرین سال تحصیلات پزشکی خود به من ارجاع شده بود. او در راندهای بخش ها خوابش می برد و سطح عملکردی پائینی داشت. اساتید او فکر می کردند که تنبل است. آنها از من خواستند که قبل از اخراج کردن او از دانشکده پزشکی تأیید کنم که هیچ مشکلی از نظر پزشکی ندارد. وقتی کسی بیش از سه سال در دانشکده پزشکی تحصیل کرده باشد چنین تصمیماتی آسان گرفته نمی شوند و فقط هنگامی مطرح خواهند شد که مشکلات عملکردی شدید وجود داشته باشد. من متوجه شدم که این دانشجو به جای این که تنبل باشد یک مورد کلاسیک نارکولپسی دارد که توسط اساتید و پزشکانش کاملاً نادیده گرفته شده بود. اگر آنها چند سؤال ساده از او پرسیده بودند، می توانستند مشکلش را تشخیص دهند. او تحت درمان قرار گرفت، از دانشکده پزشکی فارغ التحصیل

شد و دوره تخصصی را به پایان رساند و در حال حاضر پزشک کاملاً موفق است. بعد از شنیدن این مطالب، دانشجوی پزشکی دلگرم شد که برای او جای امیدواری وجود دارد. او در یک سخنرانی شرکت کرده بود که احتمالاً باعث نجات آینده شغلی او شد.

درسی که در این جا یاد می‌گیریم این است که حتی اساتید پزشکی همه چیز را درباره علم پزشکی نمی‌دانند، بنابراین چرا باید یک پزشک معمولی پر مشغله این چیزها را بداند؟ در فصل بعد من اختلالات خواب غیرعادی متعددی را بررسی خواهم کرد که از بی‌خطر تا خطرناک دامنه دارند. تشخیص این اختلالات گاهی اوقات سال‌ها طول می‌کشد چون بیمارانی که دچار آنها هستند گاهی مایل نیستند که درباره علائم‌شان با کسی صحبت کنند، چون می‌ترسند به آنها برچسب تنبل زده شود. در نتیجه آنها ممکن است سال‌ها درمان نشده باقی بمانند.

فصل ۱۴

ترس از خوابیدن و سایر امراض غیرعادی

زنی که می‌ترسید در رویایش کشته شود

در رشته تخصصی طب خواب، بهترین راه برای فهمیدن این که در خواب آشفته یک بیمار واقعاً چه می‌گذرد، این است که با هر دو بیمار و هم تختی‌اش مصاحبه شود. زن چهل‌وشش ساله‌ای که به مطب من آمد یک مثال کامل از این رویکرد بود. او همراه شوهرش آمده بود که اطلاعات مفیدی درباره الگوهای خواب بیمار در اختیار من گذاشت. او چون از خوابیدن می‌ترسید به درمانگاه خواب ارجاع شده بود. هنگامی که زن شروع به توصیف مشکلش کرد، تقریباً متبسم بود، انگار از این که وقت مرا برای گفتن چنین داستان مسخره‌ای تلف می‌کند، خجالت‌زده شده بود. شوهرش به او نگاه می‌کرد و فوق‌العاده ناراحت و نگران به نظر می‌رسید. مشکل بیمار این بود که «خواب‌های خیلی زیاد و بدی» می‌دید و از وقتی که یادش می‌آمد، آنها وجود داشتند. حتی وقتی یک بچه کوچک بود والدینش باید به اطاق او می‌آمدند تا بعد از یکی از این رویاها او را آرام کنند.

حالا که بزرگسال شده بود هر شب از خوابیدن می‌ترسید چون می‌دانست یک خواب بد خواهد دید. در اکثر رویاهایش، تلاش می‌کرد از خودش در مقابل حمله یک مرد ماسک‌دار که سعی می‌کرد او را با چاقو بکشد، دفاع کند. شوهرش از رویاهای او بیدار می‌شد و می‌توانست واکنش‌های او را مشاهده کند. او فریاد می‌زد، دستهایش را مشت می‌کرد و بارها سعی می‌کرد حمله کند. این وقایع معمولاً در حدود ساعت ۱ نیمه شب شروع می‌شدند. او علاوه بر مشت کردن دست‌هایش، سر خود را از این طرف و آن طرف حرکت می‌داد درست مانند آن که ترسیده و مورد حمله قرار گرفته باشد. گاهی در حین رخدادهای شدیدتر، شوهرش او را از خواب بیدار می‌کرد. او وحشت‌زده از خواب بیدار می‌شد و شوهرش را آنقدر در آغوش می‌گرفت تا آرام شود. بعد خوابش می‌برد. به خاطر همه این‌ها، مسافرت رفتن و ماندن در خانه دیگران برای آنها امری محال بود.

متأسفانه این بیمار و شوهرش در اکثر بیست و هشت سال زندگی مشترکشان این ضربه روحی را تجربه کرده بودند.

غالباً بیمار در حین رویابینی، شوهرش را «حسابی» کتک می‌زد که جای کبودی‌های بدن شوهر این را نشان می‌داد. وقتی او شب از خواب بیدار می‌شد، از ترس این که مبادا رویای او تکرار شود

می ترسید دوباره بخوابد. اگر چه او تلاش سعی می کرد به چیزهای خوشایند فکر کند و گاهی اوقات می توانست به یک خواب بدون رویا فرو رود، اما اغلب مستقیماً به رویایش برمی گشت. او با درماندگی در جستجوی آرامش بود- هم برای خودش و هم برای همسرش.

هنگامی که بیمار داستانش را به پایان رساند، من درباره داروهایی که مصرف می کند، سابقه ضربه مغزی، عفونت یا از دست دادن هوشیاری، از او سؤالاتی پرسیدم. پاسخ به همه این سؤالات منفی بود. او مطلقاً هیچ سابقه یا نشانه‌ای از اختلالات روان پزشکی نداشت. چهل سال می شد که خوابیدن برای این زن یک تجربه دردناک شده بود که هیچ خاصیت نشاطبخشی که اکثر مردم با یک شب خواب خوب کسب می کنند، نداشت. به جای آن، تصور هر شب خوابیدن برای او وحشت‌انگیز بود. خبر خوب این بود که من توانستم سریعاً مشکل او را تشخیص بدهم و درمانی را می شناختم که می توانست مشکل او را تقریباً در تمام شب حل کند.

چهره های متعدد خواب

اگرچه خواب به طور طبیعی یک زمان آرامش بخش تلقی شده است، رویدادها و رفتارهای ناراحت کننده ای ممکن است در حین خواب اتفاق بیفتند. این نابهنجاری‌ها که پاراسومنیا¹ نامیده شده‌اند هنگامی اتفاق می افتند که مکانیزم‌هایی که رفتارهایی مانند فریادزدن، داد و بیداد، قدم زدن، صحبت کردن، ادرار کردن و غیره را کنترل می کنند در طول خواب به طور طبیعی عمل نمی کنند. این مکانیزم‌ها در بعضی افراد خراب می شوند و نتایج ناگواری به بار می آورند.

در فصل ۱ سه حالت از مغزهای ما توصیف شدند. یک حالت آن بیدار بودن است، حالت دوم خواب غیر REM و سومین حالت، خواب REM است که هنگامی اتفاق می افتد که ما رویا می بینیم. حالات متعدد دیگری ممکن است وجود داشته باشند که هنوز کشف نشده‌اند، اما ما متوجه شده ایم که در بعضی افراد مرزهای بین این سه حالت اصلی ممکن است فرو بریزند.

هنگامی که شما بیدارید هم مغز و هم عضلات شما فعال هستند، بنابراین شما فکر می کنید و

¹ - Parasomnias

حواس شما فعالانه اطلاعاتی درباره محیط به شما می‌دهند. بدن شما به طور خودکار تعادل عضلانی را حفظ می‌کند و تعداد تنفس، ضربان قلب، فشارخون و نیازهایی چون ادرار کردن، خوردن و نوشیدن را کنترل می‌نماید.

در مدت خواب غیر REM شما از محیط خود کماکان اطلاعات حسی دریافت می‌کنید، اما بدن و مغز شما اطلاعات محیطی نامربوط را غربال می‌کنند. برای مثال، بعد از چند شب، شما دیگر به هواپیمایی که در ساعت چهار نیمه شب از بالای سرتان پرواز می‌کند پاسخ نمی‌دهید بلکه تمام حواستان به صداهای اطاق فرزندتان است که در پایین راهرو قرار دارد. مغز شما هنوز همه اعمال خودکار مانند نفس کشیدن، ضربان قلب و فشارخون را کنترل می‌کند. اسفنگترهای بدن شما کار می‌کنند تا مایعات مختلف را در جاهایی که به آن تعلق دارند، حفظ نمایند. در طی این مرحله از خواب، شما چیزی نمی‌خورید یا نمی‌نوشید. بعضی فعالیت‌های ذهنی و رویابینی ممکن است در این مرحله اتفاق بیفتند. وضعیت عضلانی در حین خواب غیر REM کماکان حفظ شده است.

در حین خواب REM شما رویا می‌بینید و بدن شما تقریباً کاملاً فلج است. عضلات بازوان و پاها نمی‌توانند حرکت کنند. عضله اصلی تنفس که دیافراگم است مانند اسفنگترهایی که در ناحیه روده هستند کماکان کار می‌کنند. کنترل بعضی از اعمال خودکار مانند فشارخون و ضربان قلب ممکن است به هم بخورد.

فرض شده که فروریختن مرزهای بین این حالات (بیداری، REM و غیر REM) علت اختلالات متعددی هم‌چون خواب‌گردی، وحشت‌های شبانه، و واکنش به محتوای رویاهای خوشونت‌آمیز باشد که همه این اختلالات در این فصل مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

خواب‌گردی

خواب‌گردی در مردان و زنان به یک اندازه شایع است. شاید در حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از افراد خصوصاً در زمان کودکی، خواب‌گردی را تجربه کرده باشند. وقوع خواب‌گردی با پشت سر گذاشتن سال‌های نوجوانی بسیار کم‌تر می‌شود، اما من بارها بیماران بزرگسالی را دیده‌ام که خواب‌گردی داشته‌اند.

هنگام خواب‌گردی، فرد از خواب بلند می‌شود و شروع به راه‌رفتن می‌کند یا ممکن است رفتار یک آدم ماشینی را از خود نشان بدهد. این رفتار ممکن است هدف‌مند به نظر برسد- برای مثال خواب‌گرد ممکن است به آشپزخانه برود- اما معمولاً این طور نیست. یکی از بیماران خواب‌گرد من که یک کودک بود وارد اتاق رختشویی می‌شد و داخل سبد رختشویی ادرار می‌کرد.

در اکثر مواقع، خواب‌گردی خطرناک نیست مگر این که خواب‌گرد از خانه خارج شود یا وسایلی (مانند یک اجاق گاز) را بازکند. در نهایت او به تختش بازمی‌گردد و به خواب‌گردی خود پایان می‌دهد. برای من یک معما (و جای کمال خوشبختی است) که وقتی مردم در این حالت هستند خیلی اوقات به خودشان صدمه نمی‌زنند.

خواب‌گردی هنگامی اتفاق می‌افتد که بخش‌هایی از مغز خواب هستند و سایر بخش‌های مغز که راه‌رفتن و سایر فعالیت‌های بدنی را کنترل می‌کنند یک جوری بیدارند. آن بخشی از مغز که با تفکر و هوشیاری سروکار دارد در خواب است و روز بعد، خواب‌گردها معمولاً هیچ چیزی از خواب‌گردی شان به یاد نمی‌آورند. بیداری و خواب هم‌زمان مغز آن‌طور که به نظر می‌رسد، بعید نیست. بعضی از پستانداران دریایی - برای مثال دلفین‌ها- ممکن است در حالی که یک طرف از مغزشان خواب و در حال استراحت است و طرف دیگر مغزشان کاملاً بیدار است و بسیاری از عملکردها را کنترل می‌کند، این طرف و آن طرف شنا کنند. این ممکن است آن عاملی باشد که موجب می‌شود پستانداران دریایی همه عمرشان را در آب بگذرانند.

چه عاملی موجب خواب‌گردی می‌شود؟

به نظر می‌رسد که خواب‌گردی اکثر اوقات در حین خواب بسیار عمیق اتفاق می‌افتد. کودکان نسبت به بزرگسالان، مدت بیشتری از شب را در خواب عمیق می‌گذرانند، بنابراین بیشتر از بزرگسالان خواب‌گردی می‌کنند. خواب عمیق در اولین ثلث خواب شایع‌تر است، بنابراین هنگامی است که خواب‌گردی با احتمال بیشتری رخ می‌دهد. بزرگسالان و کودکانی که از خواب محروم

شده‌اند نیز سریع‌تر به یک خواب عمیق فرو می‌روند و غالب مواقع خواب‌گردی می‌کنند. به نظر می‌رسد که خواب‌گردی در بعضی خانواده‌ها ارثی باشد و همین‌طور در افرادی که تحت استرس هستند یا الکل نوشیده‌اند بیشتر دیده شده است. جنایات خشونت‌آمیز هنگامی اتفاق افتاده که متهم ادعا کرده در حال خواب‌گردی بوده است. متهم گاهی اوقات حتی با استفاده از این دفاع تبرئه شده، با وجودی که اثبات این که او در زمان وقوع جنایت واقعاً در چه وضعیتی بوده، دشوار است.

طرز برخورد با خواب‌گردی

اگر خواب‌گردی با خطری همراه نباشد، واقعاً به هیچ اقدامی نیاز نیست. اگر یکی از اعضای خانواده شما خواب‌گردی دارد، بهترین کار این است که از خواب بیدارش نکنید بلکه فقط او را به تختش برگردانید. خواب‌گردهایی که خیلی ناگهانی از خواب بیدار می‌شوند ممکن است آشفته شوند و به‌سختی خوابشان ببرد. آنها همچنین ممکن است درباره اهمیت خواب‌گردی خود شدیداً نگران شوند. اگر خواب‌گرد در یک شرایط خطرناک دیده شده باشد، باید احتمال آسیب را کاهش داد. مثلاً برای خواب‌گردی که از پله‌ها سکنندری خورده، باید زنگ خطر کار گذاشته شود.

خواب‌گردی را می‌توان در ترکیب با محرومیت خواب، فشار روانی یا سوء مصرف الکل حل‌و-فصل کرد. اگر محرومیت خواب مقصر باشد، در آن صورت مشکل خواب‌گردی با خواب کافی حل می‌شود. در موارد شدید خواب‌گردی، می‌توان با آموزش چگونگی تأمین خواب کافی به خواب‌گرد، مشکل را حل کرد. اگر خواب‌گردی در شب‌هایی اتفاق بیفتد که فرد مشروب نوشیده، با قطع مصرف الکل می‌توان این مشکل را حل کرد. در نهایت هنگامی که خواب‌گردی ناشی از فشار روانی باشد، یافتن و برطرف کردن علت فشار روانی کمک‌کننده خواهد بود. گاهی اوقات این کار ممکن است مستلزم ارجاع بیمار به یک روان‌شناس باشد تا او یاد بگیرد که چگونه با فشار روانی مقابله کند. چون این درمان‌ها معمولاً مؤثر هستند، من به‌ندرت برای خواب‌گردی دارو تجویز می‌کنم مگر اینکه این داروها در شرایطی که فرد به خطر افتاده باشد از خواب‌گردی جلوگیری کنند. برای مثال

من بیماری داشتم که خودش را در حال قدم زدن در قبرستانی که چندین خیابان از خانه‌اش دورتر بود با لباس خواب و بدون کفش، پیدا کرد. هوا چندین درجه زیر صفر و زمین پوشیده از برف بود. من گاهی اوقات هنگامی که بیمار به مسافرت می‌رود هم دارو تجویز می‌کنم. خواب‌گردی در یک محیط ناآشنا می‌تواند خطرناک باشد. دارویی که من اکثر اوقات تجویز می‌کنم کلونازپام است. اما شما باید درباره این دارو با پزشک خود مشورت کنید تا مشخص شود که آیا این دارو برای شما مناسب است یا نه.

حرف زدن در خواب

حرف زدن در خواب در بین بزرگسالان و کودکان بسیار شایع است. اکثر صداهایی که از دهان خارج می‌شوند در واقع نامفهوم هستند، اما شنونده ممکن است بتواند کلمات جداگانه‌ای را به‌زحمت تشخیص دهد. من شنیده‌ام که افراد در حین حرف زدن در خواب اسراری را فاش کنند. حرف زدن در خواب می‌تواند یک شرایط خجالت‌آور باشد، اما چیزی نیست که درمان را ایجاب کند.

وحشت در خواب

این اختلال که ممکن است در کودکان و بزرگسالان رخ بدهد، «وحشت‌های شبانه» نیز خوانده شده است. مبتلایان، ناگهان از تخت بلند می‌شوند و گاهی اوقات در حالی که چشم‌هایشان کاملاً باز است فریاد می‌کشند یا عرق می‌ریزند. آنها وحشت‌زده به نظر می‌رسند. گاهی اوقات این طور به نظر می‌رسد که آنها می‌خواهند به یک عمل خشونت‌آمیز دست بزنند. فرد ممکن است یک فریاد ترسناک بکشد و سایر رفتارهای عجیب و غریب را از خود نشان بدهد.

اگرچه ممکن است به نظر برسد که فرد به خوابی که دیده واکنش نشان می‌دهد، اما معمولاً این طور نیست. وحشت‌های شبانه نوعی خواب‌گردی هستند و همان‌طور هم درمان می‌شوند. افرادی که

این مشکل را دارند نباید از خواب بیدار کرد. بهترین کار این است که آنها را به آرامی به تختشان برگرداند. صبح روز بعد آنها از مزاحمتی که برای سایر افراد خانه ایجاد کرده‌اند یا از رویداد شب قبل هیچ چیزی یادشان نمی‌آید. وحشت‌های شبانه ممکن است عجیب و غریب باشند، اما معمولاً آن‌قدر خطرناک نیستند که درمان بیشتر را ایجاب کنند.

فلج خواب

در این اختلال که معمولاً بزرگسالان را مبتلا می‌کند، فرد خوابیده معمولاً از یک رویا بیدار می‌شود و متوجه می‌شود که نمی‌تواند حرکت کند. این حالت می‌تواند کاملاً ترسناک باشد، مخصوصاً یکی دو بار اولی که اتفاق می‌افتد. گاهی اوقات احساس فلجی هنگامی رخ می‌دهد که رویای فعال ادامه دارد و محتوای آن ممکن است شدیداً ترسناک باشد. فرد ممکن است خواب ببیند که کسی در اطاق است یا یک اتفاق ناخوشایند مانند دزدی در خانه رخ می‌دهد. زنان ممکن است خواب ببینند که یک موجود شیطان‌نما قصد دارد آنها را مورد تجاوز جنسی قرار دهد. مردان ممکن است خواب ببینند که موجودی شبیه به یک زن پیر می‌خواهد به آنها تجاوز کند. این تصورات ناخوشایند جنسی در کشورهای متعدد سراسر جهان توصیف شده‌اند. دوره‌های فلج خواب ممکن است فقط چند ثانیه کوتاه یا چند دقیقه طول بکشند. کاری که گاهی اوقات فرد را از حالت فلجی بیرون می‌آورد دست زدن به اوست. فرد نمی‌تواند هیچ کاری انجام دهد که از فلجی جلوگیری کند. آن خود به خود از بین می‌رود. علتی که مردم فلج خواب دارند این است که مرز بین بیداری و خواب REM از بین رفته است. مغز فرد بیدار است اما یکی از نشانه‌های رویابینی که فلج است هنوز باقی است.

فلج خواب یک خصیصه نارکولپسی است که این اختلال در فصل ۱۳ توصیف شد. فلج خواب ممکن است در افرادی که نارکولپسی ندارند، برای مثال در محرومیت خواب شدید هم رخ بدهد. ما بعضی موارد فلج خواب را دیده‌ایم که در خانواده‌ها ارثی بوده است. گاهی که فلج خواب برای فرد مبتلا کاملاً ناراحت کننده باشد، به همان روش خواب‌گردی درمان می‌شود. به بیمار اطمینان خاطر

داده می شود که شرایط او خطرناک نیستند. در موارد شدیدتر ممکن است یک دارو مانند کلونازپام یا یکی از ضد افسردگی هایی که خواب REM را مهار می کنند، تجویز شود.. اگر شما فلج خواب را تجربه می کنید، آن را با پزشک خود در میان بگذارید.

کابوس های ترسناک

کابوس ها، رویاهایی هستند که ترسناک و واضح هستند. زنان بیش از مردان، کابوس را گزارش می دهند. تعجب آور است که باوجودی که اکثریت مردم در یک شب، سه تا پنج بار رویا می بینند، اما غالباً این علامت را ندارند. اکثر اوقات کابوس ها هیچ پیامدی به دنبال ندارند. بعضی از افراد هیچ یک از رویاهایشان را به یاد نمی آورند. سایرین ظاهراً در هر شب یک یا بیش از یک رویا را به خاطر می آورند. اکثر مردم نهایتاً یاد می گیرند که این رویاها را نادیده بگیرند و درباره آنها کمتر نگران می شوند. با وجود این، کابوس ها می توانند برای بعضی کودکان آنقدر ناراحت کننده باشند که آنها از خوابیدن بترسند. بهترین رویکرد این است که پدر یا مادر پس از این که به کودک ثابت کرد که ترس او پایه و اساسی ندارد به او اطمینان خاطر بدهد. این کار مستلزم آن است که والد باتفاق کودک تمام اطاق خواب را بگردند و به کودک نشان داده شود که چیزی در زیر تخت یا کمد پنهان نشده است. در موارد نادر شاید لازم باشد که از یک پزشک یا روان شناس کمک گرفته شود.

رویابینی در حالت نیمه خواب

افرادی که شدیداً دچار محرومیت خواب هستند یا نارکولپسی دارند گاهی اوقات حتی قبل از این که خوابیده باشند، رویا می بینند. این وضعیت طبیعی نیست. مردم معمولاً تا وقتی که به مدت تقریباً نود دقیقه نخوابیده باشند، رویا نمی بینند.

رویاهائی که مردم هنگام خوابیدن یا در زمان بیداری دارند، توهمات هیپنوگوجیک نامیده شده اند. گاهی اوقات این توهمات پیش پا افتاده و زودگذر هستند. معهداً گاهی اوقات آنها ممکن است کاملاً

زنده و گاهی حتی ترسناک باشند. افرادی که این توهمات را دارند معمولاً می‌دانند که آنها «واقعی» نیستند، معه‌ذا ممکن است هم ندانند که آنها رویا هستند. عجیب‌ترین موردی که من تابحال از توهمات هیپنوگوجیک دیده‌ام، زن جوانی بود که در ICU بستری بود. او نوعی آپنه خواب شدید همراه با یک اختلال نورولوژیک داشت. او در طی روز شدیداً خواب‌آلود بود و هنگامی که من به او نزدیک شدم متوجه شدم که با یک شیئی نامرئی که به نظر می‌رسید در حدود پانزده یارد از او فاصله دارد، صحبت می‌کند. او به من گفت که در آن جا با یک گربه غول‌پیکر صحبت می‌کرده. بعد به طرف من برگشت و لبخند زد و گفت «مسلم است که من می‌دانم هیچ گربه‌ای در آن جا نیست، این فقط نوعی رویا است».

این در مورد بیمار اسکیزوفرنیایی که توهمات دارد، کاملاً فرق می‌کند. بیمار اسکیزوفرنیک معتقد است که توهمات واقعی هستند. ناتوانی در تمایز واقعیت از توهم یکی از نشانه‌های اسکیزوفرنیا است (فصل ۱۶ را ببینید).

توهمات شبه‌رویا ممکن است هنگامی که افراد از خواب بیدار می‌شوند، در طول روز یا حتی هنگامی که در یک فعالیت شرکت می‌کنند نیز رخ بدهد. من حتی بیمارانی داشته‌ام که وقتی رانندگی می‌کردند توهمات هیپنوگوجیک داشتند و می‌دانستند تصاویری که می‌بینند واقعی نیستند.

ما معمولاً توهمات هیپنوگوجیک را درمان نمی‌کنیم، بلکه به شرایطی می‌پردازیم که موجب آنها می‌شوند. توهمات بخودی‌خود برای بزرگسالان ناراحت‌کننده نیستند، اما می‌توانند برای کودکان ناراحت‌کننده باشند. اگر شما این نوع توهم را دارید، محتمل‌ترین علت آن محرومیت خواب است که در نتیجه شیوه خواب شما ایجاد شده و شما باید اقداماتی برای مداوای این شرایط انجام بدهید. اگر محرومیت خواب علت مشکل نباشد و خواب آلودگی روزهنگام هم وجود نداشته باشد آن وقت دل‌گرمی دادن معمولاً کفایت می‌کند. اگر توهمات هیپنوگوجیک بیماران دچار نارکولپسی مداوم (بیش از یک بار در هفته) و ناراحت‌کننده باشند ممکن است داروهای مهارکننده REM (معمولاً ضدافسردگی‌ها) را توصیه کنم.

واکنش به رویاها

زنی که من در آغاز این فصل توصیف کردم به رویاهای خود واکنش نشان می‌داد. مرز بین بیداری و رویابینی، از بین رفته بود. هنگامی که او فعالانه خواب می‌دید، قادر بود بعضی عضلاتش را حرکت بدهد. او فلج نشده بود که در حین خواب REM امری عادی است. این حالت، اختلال رفتار (RBD) REM¹ نامیده شده است. مشاهده شده که افرادی با این مشکل، صدمات شدیدی به هم‌تختی خود وارد کرده‌اند. این اختلال در مردان شایع‌تر است. هم‌تختی‌ها در صورت مشاهده چنین رفتاری باید فرد را تشویق کنند که نزد پزشک برود. در اکثر مواقع، عمل خشونت‌آمیز ناشی از رویایی است که شامل مورد حمله واقع شدن توسط یک فرد یا حیوان ناشناخته اما وحشتناک می‌باشد. بیماری که من در آغاز فصل معرفی کردم اکثراً خواب می‌دید که توسط یک شخص نقاب‌دار مورد حمله قرار می‌گیرد. سایر بیماران خواب می‌بینند که توسط یک یا چند حیوان مورد حمله قرار گرفته‌اند. یکی از بیماران من خواب می‌دید که در جنگ جهانی دوم در سواحل نورماندی، مورد حمله قرار گرفته است.

واکنش فیزیکی رویا بیننده به رویای خود چیزی است که به هم‌تختی او آسیب می‌رساند. برای مثال بیماری که در خواب می‌بیند که توسط یک گوزن و یک خرس (نمایه فرار) تعقیب می‌شود برای فرار از دست این حیوانات به طرف یک ساختمان می‌رود. او وارد ساختمان می‌شود اما حیوانات به او نزدیک‌تر و نزدیک‌تر می‌شوند. در ساختمان بسته است و او شروع به مشت‌زدن به ساختمان می‌کند که در اثر فریادهای همسرش از خواب بیدار می‌شود و به تدریج متوجه می‌شود که به همسرش مشت می‌کوبیده. افرادی که به رویاهایشان شدیداً واکنش نشان می‌دهند هم به خودشان و هم به خانه‌هایشان آسیب می‌رسانند. من بیمارانی داشته‌ام که گزارش داده‌اند با مشت به شیشه کوبیده‌اند، چراغ‌ها را شکسته‌اند و به وسایل خانه خسارت زده‌اند.

در یک مورد، بیماری از تخت بیرون جهید، روی زمین افتاد، گردنش شکست و مرد.

¹ - REM Behavior Disorder

اگرچه ۹۰ درصد از کسانی که RBD دارند مرد هستند، مهم است که زنان این اختلال را بشناسند چون دوسوم از مردانی که دچار آن هستند همسران خود را مورد ضرب و شتم قرار داده و اغلب آنها را زخمی کرده‌اند. علت این که این اختلال در مردان بسیار شایع‌تر از زنان است، مشخص نشده است. این اختلال در افرادی که مدت‌ها پیش دچار ضربه مغزی یا یک عفونت مغزی شده‌اند شایع است و در الکلیک‌ها شایع‌تر است. آن به‌عنوان یک عارضه نادر ضد افسردگی‌های خاص نیز گزارش شده است. بعضی افرادی که این اختلال را دارند ممکن است سال‌ها یا ده‌ها سال بعد از آن دچار بیماری پارکینسون یا سایر اختلالات نورولوژیکی بشوند.

این اختلال به‌تازگی شناخته شده است چون از کشف آن فقط پانزده سال می‌گذرد. کسانی که RBD دارند غالباً از صحبت درباره آن خجالت می‌کشند یا می‌ترسند که یک تشخیص روان‌پزشکی دریافت کنند. اگرچه RBD با اختلال استرس پس از سانحه شباهت‌هایی دارد، اما این دو در واقع با یکدیگر کاملاً متفاوت هستند. بیماران PTSD کابوس‌های تکراری وحشتناکی دارند اما هنگامی که خواب هستند به رویایشان واکنش فیزیکی نشان نمی‌دهند. تراژدی شناخته‌نشده RBD - بعضی از بیماران برای چهل یا پنجاه سال به آن مبتلا بوده‌اند - این است که می‌توان آن را بطور کامل با کلونازپام درمان می‌کرد. هیچ کس نمی‌داند که چرا این دارو برای این اختلال مؤثر است. افرادی که به رویاهای خشونت‌آمیز واکنش فیزیکی نشان می‌دهند به‌خصوص اگر به خودشان یا دیگران صدمه زده باشند، باید از پزشک کمک بگیرند.

ادراار کردن در تخت خواب

شب‌ادرااری یا ادراار کردن در تخت‌خواب به این علت اتفاق می‌افتد که مکانیزم‌هایی که به‌طور طبیعی موجب ادامه کار اسفنگترهای سیستم ادرااری می‌شوند، خوب عمل نمی‌کنند. این مشکل در کودکان و سالمندان وجود دارد. در کودکان، مشکل به علت رشد آهسته کنترل مثانه است. در سالمندی، این مشکل معمولاً به تغییراتی در آناتومی مربوط می‌شود که در اثر فرآیند پیری حاصل

شده است.

شب‌ادرازی در کودکی می‌تواند برای هر دو کودک و والدین بسیار مشکل‌ساز باشد. شیوع این مشکل در پسرها دو برابر دخترها است. کودکان ممکن است دچار ترس از خوابیدن بشوند، چون می‌ترسند که تخت را خیس کنند. آنها همین‌طور می‌ترسند که شب را در خانه یک دوست بگذرانند. برای اطمینان پیدا کردن از این که هیچ دلیل پزشکی برای این علامت وجود ندارد، کودکانی که این مشکل را دارند باید توسط پزشک اطفال ارزیابی شوند. پزشک اطفال بعداً می‌تواند درباره انتظارات و طرز برخورد خانواده با مسأله به آنها راهنمایی‌هایی بکند. در بسیاری از شهرها، درمانگاه‌های تخصصی وجود دارند که به این شرایط می‌پردازند.

سیستم‌های زنگ خطر هم موجود هستند که وقتی تخت مرطوب می‌شود، به کار می‌افتند. چنین زنگ خطرهایی کودک را بیدار می‌کند که نهایتاً در حین خواب کنترل مثانه را بدست می‌آورد. اگر این درمان مؤثر واقع نشود، پزشک می‌تواند یکی از چندین داروی موجود را، تجویز کند. دزموپریسین استات^۱ (DDAVP) دارویی است که اثر آن مشابه یک ماده شیمیایی است که توسط غده هیپوفیز تولید می‌شود و مقدار ادرار را کاهش می‌دهد. این دارو که بلافاصله اثربخش است می‌تواند درست قبل از زمان خواب، یا به صورت اسپری بینی و یا به شکل قرص مصرف شود. یک دوز پایین ضدافسردگی ای‌می‌پرامین که یک تا دو ساعت قبل از وقت خواب مصرف می‌شود سال‌ها است که برای درمان کودکانی که تخت‌خوابشان را خیس می‌کنند مورد استفاده قرار گرفته است. این دارو در کمتر از نصف مواقع موفقیت‌آمیز بوده است. معهدنا این درمان‌ها مشکل را برطرف نمی‌کنند. خوشبختانه تقریباً همه کودکان نهایتاً کنترل مثانه را بدست می‌آورند.

بی‌اختیاری ادرار در زنان مسن می‌تواند به یک مشکل اساسی تبدیل شود. در حدود یک نفر از هر بیست زن مسن، شب‌ها تخت‌شان را خیس می‌کنند. اگر مشکل پزشکی که موجب بی‌اختیاری می‌شود نتوان برطرف کرد، بنابراین تنها راه حل ممکن استفاده از پوشک است. با پزشک خود

^۱ - Desmopressin acetate

مشورت کنید تا ببینند که چه منابع یا خدمات اجتماعی برای کمک موجود هستند. بعضی افراد پیرتر ممکن است مشمول خدمات مراقبت در خانه یا دریافت پوشک‌های اهدایی بشوند.

ساییدن دندان‌ها یا دندان قروچه^۱

دندان قروچه، افزایش فعالیت عضلات آرواره در حال خواب است. این وضعیت در کودکان و بزرگسالان رخ می‌دهد و شیوع آن در زنان و مردان یکسان است. ما چیز زیادی درباره آن نمی‌دانیم به جز این که در افرادی که تحت فشار هستند شایع‌تر است و می‌تواند به عنوان یک واکنش به داروهای خاص رخ دهد. ساییدن دندان‌ها ممکن است شدیداً مخرب باشد و بی‌اغراق، دندان‌های یک نفر را از بین ببرد.

در بعضی افراد، کاهش فشار روانی به تنهایی می‌تواند یک درمان مؤثر برای دندان قروچه باشد. اگر دندان‌ها در حال تحلیل‌رفتگی باشند یا آرواره‌ها درد داشته باشند، این موضوع باید توسط یک دندان‌پزشک بررسی شود که ممکن است برای فرد یک محافظ دهانی توصیه کند که شب‌ها در دهانش بگذارد.

سرکوبیدن و چرخاندن بدن

یکی از غیرعادی‌ترین مشکلاتی که ما در درمانگاه خواب می‌بینیم اختلالی است که در آن یک فرد مکرراً سرش را به تشک، تخت‌خواب یا دیوار می‌کوبد. بعضی افراد تمام شب بدن‌شان را تکان می‌دهند و مرتباً این طرف و آن طرف می‌چرخند. آنقدر که تماشای این بیماران ناراحت‌کننده است، مشکل آنها جدی نیست. آنها هنگام روز کاملاً عادی هستند. اگرچه این مشکل برای والدین کودکان مبتلا ترسناک است، اما اکثر این کودکان وقتی بزرگ‌تر می‌شوند، مشکل‌شان هم حل می‌شود. باوجود این، گاهی اوقات این مشکل تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. این اختلال در تقریباً ۸ درصد از چهارساله‌ها مشاهده شده است و این تعداد در بچه‌های بزرگ‌تر حتی بیشتر کاهش می‌یابد. به دلایلی که شناخته

^۱- Bruxism

نشده، این اختلال در مردان چهار برابر شایع‌تر از زنان است. بعضی افرادی که مشکلات نورولوژیکی دارند ممکن است حرکات مشابهی از خود نشان دهند. ما معمولاً این اختلال را درمان نمی‌کنیم مگر این که فرد به خودش صدمه بزند.

بازگشت به زنی که که رویاهایی درباره یک قاتل می‌دید

زنی که برای چهل سال تقریباً هرشب این رویا را می‌دید که یک مرد نقاب‌دار قصد دارد به او چاقو بزند و او می‌بایست در مقابل قاتل از خودش دفاع کند، RBD داشت. من نتوانستم علت مشکل او را پیدا کنم، چون او هیچ سابقه یا شواهدی از آسیب مغزی نداشت و تا جایی که می‌دانست هرگز در یک حالت کوما یا از دست دادن هوشیاری هم نبوده است. او الکلیک نبود و تحت درمان هیچ دارویی که ممکن است به این مشکل منجر بشود هم قرار نداشت. من به پزشک خانوادگی او توصیه کردم که برای او کلونازپام شروع کند. این دارو برای درمان بعضی انواع صرع و اختلال هراس نیز مورد استفاده قرار گرفته و گاهی اوقات برای کمک به خوابیدن یک فرد تجویز شده است. به نظر می‌رسد که این دارو موجب می‌شود که مغز به محرک‌هایی که شامل محرک‌های رویاها می‌شوند کم‌تر پاسخ بدهد. این دارو برای اکثر کسانی که این اختلال را دارند مؤثر واقع می‌شود، اما ما علت آنرا نمی‌دانیم. چندین ماه بعد از این که بیمار RBD من دارو خوردن را شروع کرد، وقتی با او صحبت کردم، به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود یافته بود. او دیگر چیزی از خواب‌های خود درباره قاتل یادش نمی‌آمد. شوهرش به من گفت که او هنوز گاهی اوقات در حین خواب زیاد تکان می‌خورد اما دیگر او را کتک نمی‌زند.

اختلالاتی که در این فصل عنوان شدند معمولاً برای خواب‌رونده خطرناک نیستند. اختلال رفتار خواب REM در مردان شایع‌تر است و زنان اکثر اوقات قربانیان ضرب و شتم و خشونت هم تختی‌ای هستند که این مشکل را دارد. این بیماران غالباً چندین سال بدون تشخیص باقی مانده‌اند. کسانی که مشکلات طبی دارند اغلب مشکلات خواب هم دارند که تشخیص داده نشده، چون پزشکان به ندرت درباره خواب بیماران سؤال می‌کنند.

فصل بعدی به مشکلات خوابی می پردازد که توسط بیماری های طبی ایجاد شده است.

فصل ۱۵

بیماری‌های طبی

مورد زنی با یک پرده سیاه

زنی که روبروی من نشسته بود در حدود هفتاد و چند سال داشت، بسیار فصیح صحبت می‌کرد و به‌وضوح پریشان بود. او از اطاق انتظار مطب تا اطاق من شاید فقط یک متر راه آمده بود اما با این وجود هن و هن می‌کرد و تقریباً نفسش بند آمده بود. من به او فرصت دادم که نفسش جا بیاید و هنگامی که آرام شد، با او شروع به مصاحبه کردم و انتظار داشتم درباره مشکل تنفسی یا خواب خود صحبت کند. هر چه باشد او در یک درمانگاه اختلال‌های خواب بود! به‌جای آن، او از پرده سیاهی صحبت کرد که جلوی ذهنش را گرفته بود و به‌خاطر آن دیگر نمی‌توانست کار خود را به‌عنوان یک نقاش معروف ادامه بدهد. در نتیجه او نمی‌توانست خودش را برای یک نمایشگاه هنری که در تدارک آن بود، آماده کند. او اصرار داشت که مشکل اصلی‌اش این است که پرده سیاه کاملاً جلوی خلاقیت او را گرفته است.

پزشک خانوادگی او از طرف دیگر معتقد بود که مشکل اصلی بیمار بی‌خوابی است و او را به درمانگاه خواب ارجاع داده بود. من زن را معاینه کردم و متوجه شدم که میچ‌هایش ورم دارند و صداهایی در ریه‌هایش شنیده می‌شدند که نشان می‌داد مقدار زیادی مایع در آنها وجود دارد. من فوراً فهمیدم که یک سیستم عضوی کاملاً متفاوت موجب بی‌خوابی او شده و می‌دانستم قادر خواهم بود به او کمک کنم و خوشبختانه پرده سیاه را از جلوی چشم او کنار زدم.

مشکلات جسمی مزمن می‌توانند به مشکلات خواب منجر شوند

بی‌خوابی که یک مشکل در به خواب‌رفتن و در خواب باقی ماندن است یک علامت محسوب می‌شود و بیماری نیست. هنگامی که کسی یک علامت مشکل‌ساز مانند بی‌خوابی دارد، به میل او بستگی دارد که نزد پزشک برود یا نرود. این وظیفه پزشک است که علت علامت را مشخص و سپس آنرا درمان کند. علامت بی‌خوابی ممکن است توسط مشکلات طبی مختلف ایجاد شده باشد - هر اختلالی در خواب غالباً نشان‌دهنده آن است که اشکال دیگری در بدن وجود دارد که می‌تواند

جدی باشد. با وجودی که اختلالاتی که تقریباً هر سیستم عضوی واحد را مبتلا می‌کنند، می‌توانند مشکلات خواب ایجاد نمایند، اما تعجب‌آور این است که پزشکان فقط درباره کیفیت خواب بیماران-شان در طی چند سال گذشته سؤال می‌کنند.

شما هر بیماری مزمنی را که نام ببرید احتمالاً با یک اختلال خواب همراه است. دیابت، نارسائی کلیه، آرتریت، بیماری پارکینسون، عارضه قلبی و سرطان بعضی از بیماری‌های جسمی شایعی هستند که می‌توانند روی خواب اثر بگذارند و به شکایات خواب منجر شوند.

سیستم عصبی

سیستم عصبی از مغز، نخاع و رشته‌های عصبی تشکیل شده که به همه قسمت‌های بدن منجمله اندام‌ها، عضلات و پوست می‌روند. تعجبی ندارد که اختلالات متعدد سیستم عصبی به خواب آشفته منتهی شوند، چون سیستمی که خواب را کنترل می‌کند در مغز قرار دارد.

بیماری آلزهایمر

مشکلات خواب و پرسه زدن شبانه در بیماری آلزهایمر که یک اختلال نورولوژیکی مزمن است که مغز را مبتلا می‌کند و منجر به زوال پیشرونده عملکردهای ذهنی می‌شود، به شدت شایع هستند. این بیماری که یک منبع فشار روانی شدید برای خانواده است، در فصل ۷، گنجانده شده است.

سردردها

سردردها ممکن است با اختلالات خواب و سایر اختلالات طبی همراه باشند. بعضی افرادی که مشکلات تنفسی خواب دارند با سردرد از خواب بیدار می‌شوند. برای مثال در افرادی که آپنه خواب دارند، سردرد شایع است (فصل ۱۲ را ببینید). علت این علامت آن است که وقتی شما به قدر کافی نفس نمی‌کشید، سطح کربن دیوکسید در خون بالا می‌رود که منجر به افزایش جریان خون به طرف

مغز می‌گردد که سپس فشار مغز را بالا می‌برد. این مشکل در کسانی که اختلالات ربوی مزمن دارند نیز رخ می‌دهد.

سردردها در زنها بسیار شایع‌تر از مردها است. تنها استثنا سردرد خوشه‌ای است که نوعی سردرد غیرشایع است که در مردان بیشتر تشخیص داده شده است. افرادی که دچار سردردهای شدید به هر علتی هستند ممکن است مشکلاتی در به خواب رفتن و در خواب باقی ماندن داشته باشند. دو نوع سردرد شدید که نوعاً روی خواب تأثیر می‌گذارند، میگرن و سردرد خوشه‌ای هستند.

سردردهای میگرن

سردردهای میگرن در زنان سه برابر شایع‌تر از مردان هستند. در بسیاری از موارد، آنها ممکن است فرد مبتلا را از پا دریاورند. این سردردها ضربانی هستند و غالباً یک طرف سر را می‌گیرند. آنها گاهی اوقات با تهوع و استفراغ همراه هستند. به‌علاوه، فرد دچار سردرد ممکن است به نور، صداها و بوها حساسیت زیادی داشته باشد. در بسیاری از افراد، حملات میگرن عودکننده هستند اما با بالا رفتن سن، شدت آنها نیز کمتر می‌شود. بسیاری از افراد در حدود ده تا سی دقیقه قبل از شروع یک میگرن نورهای لرزان، خطوط زیگزاگ و تصاویر موج‌دار می‌بینند. بعضی افراد توهمات را تجربه می‌کنند یا حتی به‌طور موقت دید خود را از دست می‌دهند. این سردردها نه‌تنها خواب را مختل می‌کنند بلکه بی‌خوابی که به دنبال آنها می‌آید هم ممکن است فراوانی میگرن را افزایش دهد.

سردردهای خوشه‌ای

سردرد خوشه‌ای مسلماً شدیدترین شکل سردرد است. شیوع این نوع سردرد در مردان تقریباً دوبرابر زنان است. چون بعضی از پزشکان سردرد خوشه‌ای را یک پدیده مردانه می‌دانند، آن را در زنان نادیده می‌گیرند. نتیجتاً تشخیص آن در زنان ممکن است به تأخیر بیفتد. لغت «خوشه» به این علت برای توصیف اختلال مورد استفاده قرار گرفته که رخدادهای سردرد به‌صورت خوشه‌ای یا یکی

بعد از دیگری در خلال یک مدت زمان کوتاه که اغلب دو یا چهار ماه طول می‌کشد، رخ می‌دهند. در طی یکی از این خوشه‌ها، شخص ممکن است هرروز دو تا ده سردرد داشته باشد. سردردها غالباً مثل ساعت هر روز در همان زمان اتفاق می‌افتند. سپس ممکن است چندین ماه یا حتی سال‌ها هیچ سردردی نباشد. سردرد در یک طرف سر و صورت است و غالباً با افتادگی پلک، ریزش اشک و گشادشدن مردمک چشم در طرفی که دچار شده، شروع می‌شود. بعد از پنج تا ده دقیقه، درد غیرقابل تحمل می‌شود. سردرد معمولاً سی تا چهل و پنج دقیقه طول می‌کشد (اگرچه بعضی سردردها بیش از دو ساعت طول می‌کشند). به محض این که سردرد فروکش می‌کند، ممکن است در ظرف پنج تا ده دقیقه، درد از بین برود. سردردها آنقدر شدید هستند که مردم از درد راه می‌روند، بدنشان را تکان می‌دهند و گاهی اوقات سرشان را به یک دیوار می‌کوبند تا درد را متوقف کنند. این سردردها معمولاً در حین خواب خصوصاً خواب REM شروع می‌شوند و اغلب فرد از درد بیدار می‌شود. افرادی که این مشکل را دارند باید نزد پزشک بروند.

بیماری پارکینسون

بیماری پارکینسون یک مشکل نورولوژیکی شایع است که بخش‌هایی از مغز را که ماده شیمیایی دوپامین تولید می‌کنند، مبتلا می‌کند. بیماری موجب حرکات غیرارادی منجمله لرزش و حالت چهره‌ای ماسک مانند می‌شود و راه رفتن بیمار نیز غیرعادی می‌گردد. بیماری پارکینسون در افراد پیرتر شایع‌تر است. آن در مردان نیز شایع‌تر از زنان است.

در حدود ۷۰ درصد از افراد دچار پارکینسون مشکل خوابیدن و در خواب باقی ماندن دارند. آنها ممکن است در طول شب بیدار شوند و دیگر خوابشان نبرد. این وضعیت ممکن است به علت از بین رفتن اثر دارو و خارج شدن آن از بدن اتفاق بیفتد. گاهی اوقات روز و شب برعکس می‌شوند. در حدود ۲۵ درصد از بیماران، اختلال رفتار REM (RBD) دارند که در آن فرد به محتوای خواب‌های خود واکنش فیزیکی نشان می‌دهد (فصل ۱۴ را ببینید). افرادی که این بیماری را دارند ممکن است به

خودشان یا هم‌تختی‌های شان آسیب برسانند. بسیاری از بیماران ممکن است در حالت بیداری توهمات بسیار ترسناکی نیز داشته باشند. در اتر RBD، آپنه خواب (فصل ۱۲)، یک اختلال حرکتی (فصل ۱۱) یا دارو،. بیماران ممکن است در ساعات روز، خواب آلودگی شدیدی را تجربه کنند. تازگی‌ها بعضی از پزشکان خواب‌آلودگی روز هنگام شدید را با مودافینیل که یک داروی مشوق بیداری است، درمان می‌کنند. هنگامی که این دارو صبح‌ها مصرف شود، در خواب شب بیمار اختلالی ایجاد نمی‌کند (فصل ۲۰ را ببینید)

مشکلات ریوی

هر مشکل ریوی، خصوصاً آسم و بیماری ریوی انسدادی مزمن (COPD)^۱ که موجب سرفه شدید، خس خس یا تنگی نفس در شب می‌شود، می‌تواند به بی‌خوابی منجر شود.

آسم

بیماری آسم که تنگ شدن لوله‌های نایژه است و موجب سرفه شدید و تنگی نفس می‌شود، تقریباً ۵ درصد از جمعیت را مبتلا می‌کند. تا حدود سی سالگی، آسم در مردان شایع‌تر از زنان است. بعد از سی سالگی، شیوع این اختلال در زنان حدوداً دو برابر مردان می‌شود. این نکته مهم است، چون هنگامی که بیماری در یک سن پایین‌تر شروع می‌شود معمولاً بهبود پیدا می‌کند، در حالی که در گروه‌های سنی بالاتر که تعداد زنان بیشتر است، احتمال تخفیف یا بهبود بیماری بسیار کمتر است. احتمال بستری شدن زنان آسمی در بیمارستان، ۷۰ درصد بیشتر از هم‌تاهای مرد آنها است.

داروها معمولاً علائم را تخفیف می‌دهند. معهدا، در بعضی افراد اولین علامتی که نشان می‌دهد، آسم آنها تحت کنترل نیست وجود خس خس سینه است که شب‌ها آنها را از خواب بیدار می‌کند. گاهی اوقات وقتی کسی از سرفه بیدار می‌شود، نمی‌داند چه اتفاقی افتاده است. بعضی بیماران که

^۱ - Chronic Obstructive Pulmonary Disease

به خاطر بی خوابی به من ارجاع شده‌اند فقط می‌توانند به وسیله بررسی‌های خواب از درجه‌ای که سرفه خواب‌شان را مختل کرده، آگاه شوند.

بیماری ریوی مزمن ناشی از مصرف سیگار

بیماری ریوی انسدادی مزمن در افرادی که برای مدت طولانی سیگاری بوده‌اند، رخ می‌دهد. این بیماری غالباً درمان ناپذیر است و می‌تواند کشنده هم باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اثر نامطلوب تنباکو بر عملکرد ریه زنان خیلی بیش‌تر از مردان است و زنان بیش‌تر از مردان برای COPD بستری شده‌اند، سرفه و تنگی نفس علائم شایع COPD هستند. به‌علاوه چون بسیاری از مبتلایان به COPD سیگاری هستند، به علت میل شدید به نیکوتین غالباً در طول شب بیدار می‌شوند. بعضی افراد صبح‌ها با ریه‌های پر از خلط از خواب بیدار می‌شوند و باید سرفه کنند تا بتوانند به‌طور طبیعی نفس بکشند. ترکیب سرفه و تنگی نفس، خواب آرام را از این افراد می‌گیرد.

بیماری سینوسی

در طی سال‌ها من افراد زیادی را دیده‌ام که فقط وقتی دراز می‌کشند، سرفه‌شان می‌گیرد. اکثر اوقات آنها ممکن است قبل از شروع سرفه یک سرما خوردگی یا یک عفونت سینوسی داشته باشند. سرفه ممکن است در طی روز رخ ندهد اما به محض این که آنها دراز می‌کشند، شروع به سرفه می‌کنند. به احتمال زیاد، دراز کشیدن باعث می‌شود که سینوس‌های آنها خالی شود و مقداری از ترشحات با تارهای صوتی تماس پیدا کنند که منجر به سرفه می‌شود. در بعضی افراد، این مشکل ممکن است ماه‌ها قبل از اینکه کشف شود، ادامه داشته باشد. در این اثنا، سرفه باعث می‌شود که آنها شب از خواب بیدار شوند که روی کیفیت و کمیت خواب آنها تأثیر می‌گذارد.

بیماری‌های قلبی عروقی

اگرچه یک باور گسترده وجود دارد که بیماری‌های قلبی و عروق خونی عمدتاً مشکلات مردان هستند، این باور مطلقاً درست نیست. در واقع، تعداد زنانی که همه ساله از بیماری قلبی عروقی در ایالت متحده می‌میرند، تقریباً شصت هزار نفر بیش‌تر از مردان است. برآورد شده که در حدود شصت میلیون آمریکایی دچار بیماری قلبی عروقی هستند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که بیماری‌های قلبی عروقی می‌توانند مشکلات خواب ایجاد کنند. پژوهش‌ها همین‌طور نشان می‌دهند که اختلالات خواب می‌توانند باعث بیماری قلبی عروقی شوند.

حمله قلبی

زنانی که دچار حمله قلبی می‌شوند ممکن است علائم متفاوتی با مردان داشته باشند. اگرچه درد قفسه سینه به‌عنوان علامت کلاسیک یک حمله قلبی تلقی شده است، پژوهش‌های گزارش شده در اواخر سال ۲۰۰۳، نشان داده‌اند که ۴۳ درصد از زنانی که یک حمله قلبی داشته‌اند، درد قفسه سینه نداشتند. در هفته‌های قبل از وقوع حمله قلبی، هفتاد درصد از زنان خستگی و در حدود نیمی از آنها، مشکلات خواب داشتند. خستگی شایع‌ترین علامت بود.

عارضه قلبی

در حدود پنج میلیون آمریکایی عارضه قلبی دارند. آمارها نشان می‌دهند که عارضه قلبی در زنان جدی‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌شد. برای مثال مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۰ گزارش داده که تعداد زنانی که به‌خاطر عارضه قلبی توسط پزشک خانواده‌گی‌شان درمان شده‌اند، تقریباً دو برابر مردان است. تعداد زنانی که از عارضه قلبی می‌میرند نیز دو برابر مردان است. به‌خاطر این باور که مشکلات قلبی در زنان شیوع کم‌تری دارد، هنگامی که زنان به علت حمله قلبی در بیمارستان پذیرش شده‌اند، معمولاً دیرتر و سطحی‌تر از مردان مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در یک مطالعه، ۲۱ درصد زنانی که به‌خاطر حمله قلبی در بیمارستان پذیرش شده بودند در مقایسه با ۱۱ درصد از مردان، فوت کردند.

بعضی افرادی که دچار عارضه قلبی هستند در خواب یک الگوی تنفسی را ظاهر می‌کنند که گاهی به‌طور پیش‌رونده عمیق‌تر، و سپس به‌طور پیش‌رونده سطحی‌تر می‌شود. گاهی اوقات تنفس برای مدت کوتاهی کاملاً قطع می‌شود. برای برقراری مجدد تنفس، مغز باید از یک مرحله بیداری بسیار کوچک بگذرد. الگوی تنفسی بسیار زیاد و به‌دنبال آن تنفس بسیار کم در حدود یک بار در دقیقه تکرار می‌شود. این شکلی از آپنه خواب است (فصل ۱۲ را ببینید) که به بی‌خوابی منجر می‌شود. افراد مبتلا به عارضه قلبی غالباً مشکل خوابیدن دارند و هنگامی که در طول شب بیدار می‌شوند اغلب تنگی نفس شدید دارند و احساس می‌کنند که باید صاف بنشینند. بعضی از داروهایی که برای درمان عارضه قلبی مورد استفاده قرار گرفته‌اند مانند قرص‌های آب^۱ یا دیورتیک‌ها^۲ ممکن است موجب شوند که افراد در طول شب مکرراً به دستشویی بروند.

افراد دچار عارضه قلبی ممکن است با ترکیب ناخوشایند خواب‌آلودگی شدید (چون خواب آنها بسیار آشفته است) و ناتوانی در خوابیدن، روبرو شوند. پژوهش‌های اخیر نشان داده که درمان ناهنجاری تنفسی در خواب، برای مثال با اکسیژن یا یک ماشین CPAP (که در آپنه مورد استفاده قرار گرفته، فصل ۱۲ را ببینید) ممکن است به بهبود قابل ملاحظه خواب منجر شود.

تپش قلب

بعضی افراد در طول شب از خواب می‌پرند و ملتفت می‌شوند که یک ریتم قلبی غیرعادی دارند. آنها ممکن است متوجه شوند که ریتم بسیار تند یا بسیار کند است یا ممکن است یک بی‌نظمی مانند یک ضربان اضافی یا کم را احساس کنند. در بعضی افراد، این بیدار شدن‌ها ممکن است از خواب‌های وحشتناک نشئت بگیرد. در این موارد تپش قلب یک مشکل پزشکی تلقی نمی‌شود. معه‌ذا در سایر موارد، این علامت ممکن است یک مشکل ریتم قلبی جدی را نشان دهد که باید توسط پزشک ارزیابی شود. بعضی افراد با یک تپش قلب، تعریق و احساسی که نزدیک است بمیرند، از

^۱ - Water pills

^۲ - Diuretics

خواب بیدار می‌شوند. این احساس مرگ قریب الوقوع در بعضی افرادی که اختلال هراس دارند و حملات آنها اکثراً در شب اتفاق می‌افتد، دیده شده است (فصل ۱۶ را ببینید). این نوع واکنش می‌تواند یک نشانه اختلال استرس پس از سانحه نیز باشد. (فصل ۱۶ را ببینید). این حالات ممکن است آنقدر هراس‌انگیز باشند که فرد از خوابیدن بترسد.

درد قفسه سینه که به علت مقدار ناکافی اکسیژنی باشد که شب به قلب می‌رود، نیز می‌تواند موجب بیدار شدن از خواب شود.

فشار خون بالا

به‌تازگی معلوم شده که آپنه خواب (فصل ۱۲ را ببینید) می‌تواند فشارخون را بالا ببرد یا ممکن است کنترل فشارخون با داروها را دشوارتر کند.

بیماری‌های گوارشی

انواع بیماری‌های شایع دستگاه گوارش می‌توانند معمولاً خواب را مختل کنند.

ریفلاکس معده- مری^۱ (GER)

در پایین مری، یعنی لوله‌ای که غذا را از دهان به داخل معده حمل می‌کند، یک اسفنگتر است که مانع از ورود اسید معده به مری می‌شود. در بعضی افراد این اسفنگتر درست عمل نمی‌کند و اسید به طرف بالای مری برمی‌گردد (ریفلاکس) و باعث سوزش معده می‌شود. در شدیدترین حالت، بیماری ریفلاکس معده- مری (GERD) می‌تواند واقعاً مری را زخم کند. این بیماری بسیار شایع، زنان و مردان را به‌طور یکسان مبتلا می‌کند. برآورد شده که در حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از جمعیت بزرگسال دچار یک اختلال ریفلاکس هستند. زنان چاق و زنان حامله در خطر بیشتری قرار دارند.

^۱ - Gastroesophageal Reflux

هنگامی که ریفلاکس معده- مری در شب رخ می دهد می تواند مانع از به خواب رفتن یا در خواب باقی ماندن شخص شود. اولاً اسید معده ممکن است به طرف بالا و دهان پیش برود و داخل دهان شود و فرد خوابیده را با یک طعم تلخ یا سرفه شدید و خفگی از خواب بیدار کند. اگر اسید با تارهای صوتی تماس پیدا کند ممکن است آنها دچار انقباض شوند و فرد احساس خواهد کرد که قادر به نفس کشیدن نیست و نزدیک است بمیرد. ثانیاً، ریفلاکس اسید ممکن است سوزش معده ایجاد کند که فرد خوابیده را بیدار می کند. پژوهش‌ها نشان داده اند که اسید می تواند گاهی بدون ایجاد هیچ دردی وارد مری شود اما کماکان فرد خوابیده را بیدار کند.

بیست سال پیش، هیچ داروی مؤثری برای ریفلاکس معده- مری نبود. امروزه، پزشکان می توانند داروهای بسیار مؤثری تجویز کنند که تولید اسید معده را متوقف می کنند.

بیماری زخم معده

هنگامی که معده یک فرد اسید خیلی زیادی تولید می کند یا نمی تواند اسیدهای طبیعی ای که تولید می کند درست توزیع نماید، ممکن است در معده یا لوله ای که اثنی عشر نامیده شده، یک زخم بوجود بیاید. در بسیاری از افراد، بیماری توسط یک عفونت باکتریائی که هلیکوباکتریلوری¹ نامیده شده، ایجاد شده است.

بعضی از داروها مانند آسپرین یا داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی خاص، حتی زمانی که طبق تجویز پزشک استفاده شده باشند، می توانند زخم تولید کنند. افرادی که زخم معده دارند غالباً یک یا دو ساعت بعد از خوابیدن، با درد یا با احساس گرسنگی از خواب بیدار می شوند. خوردن غذا یا ضد اسیدها اغلب به طور موقت درد را برطرف می کند. زخم می تواند عوارض شدیدی چون خونریزی جهاز هاضمه ایجاد کند. افرادی که دچار این علامت هستند باید نزد پزشک بروند. درمان بسیار مؤثری برای زخم معده وجود دارد که می تواند الگوی خواب فرد مبتلا را نیز به حالت عادی برگرداند.

¹ - Helicobacter Pylori

بیماری‌هایی که موجب اسهال می‌شوند

بیماری کروهن^۱، زخم روده^۲ و هر بیماری دیگری که موجب اسهال می‌شود، خواب را مختل خواهد کرد.

بیماری‌های شایع تولید هورمون

اکثر بیماری‌هایی که تولید هورمون را مختل می‌کنند، می‌توانند موجب آشفتگی خواب هم شوند. بعضی از این بیماری‌ها بسیار شایع هستند و بعضی از آنها در زنان بسیار شایع‌تر از مردان هستند.

دیابت

در دیابت که یک بیماری طبی بسیار شایع است، بدن به‌قدر کافی هورمون انسولین تولید نمی‌کند یا یک مقاومت در برابر اثر انسولین بر سلول‌های بدن وجود دارد که منجر به بالارفتن سطوح قندخون می‌شود. در سال ۲۰۰۰، ۵/۹ میلیون نفر مرد و ۶/۲ میلیون نفر زن در ایالت متحده مبتلا به دیابت بودند. نرخ دیابت در مردان و زنان سفیدپوست غیر اسپانیایی تبار مشابه است، اما در زنان آفریقایی - آمریکایی و اسپانیایی تبار بسیار بالاتر از مردان آنها است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در حدود ۵۰ درصد از افراد دچار دیابت مشکلات خواب را تجربه می‌کنند. دلایل زیادی برای این که چرا افراد دیابتی این علائم را ظاهر می‌کنند، وجود دارند. اولاً هنگامی که قندخون بسیار بالا باشد، کلیه، قند را در داخل ادرار تصفیه می‌کند که موجب تولید بیش از حد ادرار می‌شود و نیاز شدید برای رفتن به دستشویی را ایجاد می‌کند.

ثانیاً، قند خون دیابتی‌ها در طول شب ممکن است آن‌قدر پایین بیفتد که آنها با تعریق و تپش قلب از خواب بیدار بشوند. این علامت معمولاً هنگامی اتفاق می‌افتد که آنها قبل از خواب انسولین زیادی گرفته‌باشند یا غذای بسیار کمی خورده‌باشند.

¹ - Crohn's Disease

² - Ulcerative colities

بیمارانی که شدیدترین شکل های دیابت را دارند، دچار یک آسیب عصبی می شوند که نوروپاتی^۱ نامیده شده است. این آسیب ممکن است حرکات شدید و احساس های ناخوشایندی در پاها مانند سندرم پایهای بی قرار تولید کند (فصل ۱۱ را ببینید) که مانع از خوابیدن افراد می شود. به علاوه، نوروپاتی ممکن است اعصاب دستگاه گوارش را نیز درگیر کند و بعضی بیماران دیابتی عاقبت شبها دچار اسهال می شوند.

بیماری های غده تیروئید

غده تیروئید در گردن، در جلوی نای (راه تنفسی)، درست زیر سیب آدم قرار گرفته است. این غده حیاتی و حساس، هورمون تیروئید تولید می کند که در تنظیم متابولیسم اکثر سلول های بدن دخیل است. همه بیماری های تیروئید در زنان پنج برابر بیش تر از مردان است.

گواتر^۲

در بعضی افراد، غده تیروئید آنقدر بزرگ می شود که به تدریج راه تنفسی پشت آنرا می بندد. این وضعیت در اکثر مواقع ناشی از بزرگ شدن سلول ها است که گاهی اوقات به علت کمبود ید ایجاد شده است. این وضعیت، گواتر نامیده شده است. هنگامی که غده تیروئید کاملاً بزرگ می شود و راه تنفسی بسیار کوچک می شود، فرد ممکن است دچار آپنه خواب شود که به طور مفصل تر در فصل ۱۲ توضیح داده شده است.

کم کاری تیروئید^۳

دومین مشکلی که به علت بیماری تیروئید ایجاد می شود هنگامی است که غده به قدر کافی هورمون تولید نمی کند. این اختلال که کم کاری تیروئید نامیده شده است در زنان حداقل دو برابر

¹ - Neuropathy

² - Goiter

³ - Hypothyroidism

شایع تر از مردان است. علائم کم کاری تیروئید در طول چندین ماه یا گاهی حتی سالها ظاهر می شوند. پوست زن زبر و خشک می شود و ممکن است موی سرش بریزد. وزن او ممکن است در واقع به درجه چاقی برسد. اضافه وزن به علت افت میزان متابولیسم است که ناشی از فقدان هورمون تیروئید می باشد. زنی که این اختلال را دارد همان مقدار غذایی که معمولاً می خورد مصرف می کند اما چون کالری های کمتری می سوزاند، وزن او افزایش می یابد.

علائم اصلی کمبود تیروئید شامل احساس خستگی (ضعف عضلانی) و خواب آلودگی می شوند که می توانند فرد را از پا بیندازند. هنگامی که بیماری بسیار شدید می شود، بیماران ممکن است عملاً هوشیاری خود را از دست بدهند و به عارضه تنفسی دچار شوند که درمان فوری را ایجاب می کند. یکی از دلایلی که بیماران دچار کمبود هورمون تیروئید دچار بی خوابی می شوند می تواند آپنه خواب باشد. این شکل از آپنه معمولاً به این علت بروز می کند که زبان بیماران تیروئیدی آنقدر بزرگ می شود که در مدت خواب، راه تنفسی را می بندد.

درمان ایده آل برای این بیماران دریافت هورمون تیروئید است تا جانشین هورمونی بشود که بدن های آنها قادر به تولیدشان نیست. این درمان جایگزینی هورمون معمولاً بسیار مؤثر است. برای اکثر زنان در شروع درمان یک دوز بسیار کم هورمون تجویز می شود چون میزان متابولیسم آنها آنقدر پایین است که یک دوز معمولی تیروئید ممکن است علائم پرکاری تیروئید را به دنبال داشته باشد. دوزاژ دارو اغلب در طول هفته ها یا ماه ها، به تدریج افزایش می یابد. برای بیمار تیروئیدی، ویزیت منظم پزشک برای تنظیم دوزاژ دارو، حیاتی است. من در درمانگاه خواب زنان زیادی را دیده ام که چون نگذاشته اند دوزهای داروی آنها افزایش پیدا کند، سطوح تیروئید پایین یا ناکافی داشته اند. بدون دوزاژ صحیح، آنها علائم کم کاری تیروئید را همچنان خواهند داشت.

پرکاری تیروئید^۱

^۱ - Hyperthyroidism

پرکاری تیروئید سومین اختلال اساسی غده تیروئید است. این اختلال مانند سایر بیماری‌های تیروئید در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است (پنج تا ده برابر). در این اختلال، هورمون بسیار زیادی تولید شده است و شخص هیپرمتابولیک^۱ می‌شود - یعنی بیمار در واقع کالری که می‌سوزاند بیش از مقداری است که دریافت می‌کند. این افراد عرق می‌کنند، می‌لرزند و در یک زمان کوتاه وزن خیلی زیادی را از دست می‌دهند. گاهی اوقات این بیماری موجب می‌شود که چشم آنها از حدقه بیرون زده شود. این وضعیت آخری، بیماری گریوز^۲ نامیده شده است. برای بیمارانی که پرکاری هورمون تیروئید دارند، به خواب رفتن و در خواب باقی ماندن می‌تواند بسیار سخت باشد. آنها غالباً در شب عرق می‌کنند و کابوس‌هایی می‌بینند که آنها را بیدار می‌کند. این بیماران در طی روز خواب‌آلود و از نظر جسمی بسیار خسته هستند، چون مقدار زیاد هورمون تیروئید می‌تواند قدرت عضلانی را کاهش دهد. به‌علاوه پرکاری تیروئید می‌تواند موجب یک ضربان قلب شدیداً تند شود که ممکن است علائمی همچون گیجی و غش ایجاد کند. ضربان قلب تند ممکن است فرد را در حین خواب بیدار کند. پرکاری تیروئید یک بیماری طبی شدید است که باید توسط یک پزشک متخصص درمان و کنترل شود.

بیماری‌های غده هیپوفیز

غده هیپوفیز یک غده به اندازه نخود است که در مغز قرار دارد. این غده بعضی هورمون‌ها را تولید می‌کند و سایر هورمون‌هایی که توسط غدد واقع در سایر قسمت‌های بدن تولید شده‌اند را تنظیم می‌نماید. دو نابهنجاری غده هیپوفیز می‌توانند روی خواب اثر بگذارند.

آکرومگالی

در این بیماری غده هیپوفیز هورمون رشد بسیار زیادی تولید می‌کند. نتیجه این تولید بیش از

^۱ - Hypermetabolic

^۲ - Graves disease

اندازه برحسب این که آیا بیمار قبلاً رشدش متوقف شده باشد یا نه، تفاوت می کند. برای مثال، تولید بیش از اندازه هورمون رشد ممکن است یک کودک را به یک غول تبدیل کند. بیمار آکرومگالی یک ظاهر کاملاً مشخص دارد. علاوه بر قد بسیار بلند، زیادی هورمون رشد موجب رشد بیش از اندازه آرواره و پیشانی او می شود. از طرف دیگر، وقتی کسی که رشدش کامل شده هورمون رشد اضافی تولید کند بعضی از بخش های بدنش ممکن است مجدداً شروع به رشد کنند- برای مثال آرواره و سایر قسمت های صورت و حتی دستها و پاها. اگر بیماری کنترل نشود، می تواند نتایج ویرانگری روی بدن داشته باشد. قلب ممکن است بسیار بزرگ شود و از کار بیفتد. آرتروز شدید ممکن است به دنبال آن بیاید. مشکلات خواب نیز بروز می کنند. بیماران آکرومگالی زبان های بزرگی دارند که موقعی که می خوابند می تواند راه تنفسی آنها را مسدود کند و منجر به آپنه خواب شدید شود. اخیراً بیماری داشتیم که پس از جراحی بخشی از غده هیپوفیزش که هورمون رشد تولید می کند، آکرومگالی او به نحو موفقیت آمیزی بهبود یافت. او سال ها قبل از این که پزشکش متوجه شود که آکرومگالی موجب آپنه خواب او شده و نیاز به درمان دارد، شدیداً خواب آلود بود. این بیماری می تواند به دیابت هم منجر شود و ممکن است سایر مشکلات هورمونی را نیز ایجاد کند، خصوصاً اگر علت تولید زیادی هورمون یک تومور باشد.

تومورهای غده هیپوفیز

هنگامی که تومورهای هیپوفیز خیلی بزرگ می شوند، ممکن است به بخش های سالم غده و یک منطقه مهم دیگر مغز که هیپوتالاموس نامیده شده، فشار بیاورند. هنگامی که این اتفاق رخ می دهد سیستمی که مسئول تنظیم خواب و بیداری است ممکن است خوب کار نکند و شخص دچار خواب آلودگی شدید شود یا یک الگوی خواب نامنظم پیدا کند و در زمان های نامناسب بخوابد. با وجود این، اگر تومور هنوز در حال رشد باشد، تشخیص مشکل غالباً دشوار است. آن ممکن است آن قدر بزرگ شود که به بعضی از اعصاب بینایی فشار بیاورد. بینایی محیطی فرد ممکن است مختل

شده و موجب شود که او با اشیاء تصادم کند. تومورهای هیپوفیز می توانند به بافت سالم این غده فشار بیاورند که به نوبه خود می تواند ترشح سایر هورمون‌ها از جمله هورمون‌های جنسی را کاهش دهد. علامت دیگری که پزشکان برای تشخیص و درمان بیماری‌های غده هیپوفیز به دنبال آن می گردند، کاهش مقدار موهای ناحیه زهار و زیر بغل است. توموری که در هیپوفیز رشد می کند می تواند به طور مستقیم روی خواب تأثیر بگذارد یا موجب سایر مشکلات طبی شود که روی خواب تأثیر می گذارند.

بیماری‌های سیستم ادراری

هنگامی که شما مصرف مایعات را کاهش می دهید، کلیه‌ها تلاش می کنند آب را در بدن نگه دارند و ادرار ذخیره می شود. در افرادی که بعضی بیماری های کلیوی را دارند، ادرار ذخیره نمی شود. در نتیجه، این افراد ادرار زیادی تولید می کنند و باید هر شب چندین بار به دستشویی بروند. اگر کلیه از کار بیفتند و فرد مجبور به دیالیز شود غالباً حرکات بسیار شدید و سندرم پاهای بی قرار را تجربه خواهد کرد (فصل ۱۱ را ببینید) که از خواب او جلوگیری می کند.

آرتريت و فیبرومیالژیا^۱

بسیاری از انواع آرتريت‌ها در اثر تورم مزمن و دردناک (یا از بین رفتن) مفاصل ایجاد شده‌اند. بعضی از آنها مفاصل بزرگتر (برای مثال باسن و زانوان) را دچار می کنند در حالی که سایرین، مفاصل کوچکتر انگشتان، دست‌ها، انگشتان پا و پاهای را می گیرند. این اختلالات می توانند به بی خوابی شدید منجر شوند. شیوع بیماری‌های مفاصل مانند آرتريت روماتوئید در زنان حدوداً سه برابر مردان است.

زنان غالباً به بیماری که فیبرومیالژیا نامیده شده است مبتلا می شوند که با حساسیت شدید و درد

^۱ - Fibromyalgia

عضلات و نقاط دیگر بدن نیز، همراه است. این بیماری در زنان نه برابر شایع تر از مردان است. افراد دچار فیبرومیالژیا بعد از یک شب خواب بد، درد بیشتری را گزارش می دهند. هر حس دردناکی می تواند به مشکل خوابیدن، خواب آلودگی روزهنگام، خستگی یا فرسودگی منجر شود (فصل ۶ را ببینید).

سرطان

به دلایل بسیار، سرطان می تواند مشکلات خواب تولید کند. اولاً تشخیص سرطان به خودی خود استرس فوق العاده ای ایجاد می کند و استرس می تواند به بی خوابی منجر شود. ثانیاً در هر عضوی که به سرطان مبتلا شده باشد، علائمی ظاهر می شود. بدبختانه بعضی از درمان های سرطان مانند شیمی درمانی ممکن است به علائم شدیدی چون تهوع و استفراغ منجر شوند که آنها نیز ممکن است باعث مشکلات خواب شوند.

یک مطالعه در سال ۲۰۰۲ گزارش داده که شایع ترین مشکلات در بیماری سرطانی، خستگی (۴۴ درصد از بیماران)، بیقراری در پاها (۴۱ درصد)، بی خوابی (۳۱ درصد) و خواب آلودگی مفرط (۲۸ درصد) هستند. در کسانی که سرطان ریه داشتند مشکلات خواب شایع تر از سایر سرطان ها بود. زن ها باید به این نکته توجه کنند که از سال ۱۹۸۷، زنان بیشتری از سرطان ریه تا سرطان پستان، فوت کرده اند. بی خوابی و خستگی در کسانی که سرطان پستان داشتند، شایع تر بودند.

بعضی درمان ها برای سرطان های پستان یا تخمدان ممکن است منجر به شروع ناگهانی یائسگی شود که می تواند خواب را مختل کند. برای مثال، تاموکسیفن^۱ که یک داروی ضد استروژن است که به طور گسترده برای درمان سرطان پستان مورد استفاده قرار می گیرد، ممکن است علائم یائسگی منجمله گرگرفتگی و تعریق شبانه ایجاد کند که می تواند منجر به بی خوابی شود. بعضی از بیماران سرطانی که با شیمی درمانی یا اشعه درمانی تحت درمان قرار گرفته اند ممکن است خواب آلودگی روزهنگام شدید یا خستگی طاقت فرسا را تجربه کنند. بعضی بیماران حتی دچار نوروپاتی (آسیب عصب) و سایر علائم حاکی از سندرم پاهای بی قرار می شوند که به علت داروهای شیمی درمانی

^۱ - Tamoxifen

است.

بسیاری از پزشکان درباره مشکلات خواب بیماران سرطانی چیزی نمی‌پرسند. در مواردی که سرطان معالجه نشده باشد، درمان‌هایی برای تخفیف درد و کمک به بیمارانی که مشکل خواب دارند، وجود دارند. برای مثال معمولاً می‌توان سندرم پاهای بی‌قرار را به‌طور موفقیت‌آمیزی درمان کرد. اگر نتوان علت مشکل خواب را برطرف کرد، آن‌وقت بیمار ممکن است به یک قرص خواب یا یک داروی مشوق بیداری مانند مودافینیل (که در ایالت متحده پروویجیل و در کانادا آلرتک نامیده شده) نیاز داشته باشد که او را در مدت روز هوشیارتر کند.

درد

درد ناشی از هر بیماری می‌تواند به بی‌خوابی منجر شود. در مورد بیماری‌های مفاصل، تا وقتی درد حاصله با یک دارو یا جراحی جایگزینی مفصل تخفیف نیافته باشد، خواب به‌طور مداوم شدیداً مختل خواهد بود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به بیماری‌های مفصلی دردناک یا مشکلات دیسک، ممکن است دچار سندرم پاهای بی‌قرار شوند. خواب یکی از اولین عملکردهایی است که وقتی کم‌افراد آسیب می‌بینند، دچار اختلال می‌شود یا موجب باقی ماندن سایر آسیب‌هایی می‌شود که ناراحتی دائم تولید می‌کنند. اولین روش انتخابی، درمان مشکلی است که باعث درد می‌شود و اگر آن مؤثر واقع نشد، بیمار ممکن است برای تسکین درد به دارو، ماساژ یا حتی ارجاع به یک درمانگاه درد نیاز داشته باشد. چنین درمانگاه‌هایی در بسیاری از مراکز پزشکی بزرگ موجود هستند.

بازگشت به زنی با پرده سیاه

بهتر است به مورد زنی برگردیم که «پرده سیاه» قدرت خلاقیت او را سلب کرده بود و در آغاز این فصل درباره او صحبت کردم. یک آزمایش خواب تمام شب تأیید کرد که الگوی تنفسی او به نارسایی قلبی می‌خورد. هنگامی که او در آزمایشگاه خواب، توسط لوله‌های کوچکی که انتهای آنها

کنار سوراخ‌های بینی‌اش قرار داشتند، اکسیژن تنفس می‌کرد، تحت آزمایش قرار گرفت. این کار موجب بهبود الگوی تنفسی او شد و او در خواب عمیق‌تری فرو رفت. او با اکسیژن به خانه فرستاده شد.

«پرده سیاه» برای بیمار کنار رفت. او توانست انرژی خلاقه کافی برای ترتیب نمایشگاه خود گردآوری کند. اگرچه خواب او به‌طور برجسته‌ای بهبود یافته بود، هنوز یک قلب ناسالم داشت. این زن به پزشک خانواده خود یک درس مهم یاد داد. بی‌خوابی، چهره‌های بسیار، علائم بسیار و علل بسیار دارد. در بعضی موارد، آخرین چیزی که یک زن دچار بی‌خوابی به آن نیاز دارد قرص خواب است. در تقریباً هر موردی، اولین چیزی که او به آن نیاز دارد یک تشخیص است.

بسیاری از مشکلات طبی، اختلالات خواب ایجاد می‌کنند. بعضی از مشکلات طبی در زنان شایع‌تر هستند. سایر مشکلات، به علت اعتقاد پزشک به این‌که اساساً در مردان یافته شده‌اند، عمدتاً در زنان تشخیص داده نمی‌شوند. در فصل بعد شما خواهید دید که مشکلات خواب در بیماری‌های روان‌پزشکی نیز بسیار شایع هستند. افسردگی که شایع‌ترین مشکل روان‌پزشکی است در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است و رابطه تنگاتنگی با مشکلات خواب دارد.

فصل ۱۶

اختلالات روان پزشکی

زنی که در مرخصی استرس بود

هنگامی که من برای اولین بار بیماران خاصی را می‌بینم، متوجه می‌شوم که بعضی از آنها شدیداً غمگین به نظر می‌رسند و می‌دانم که صرف‌نظر از هر آزمایشی که برای آنها انجام بدهم و هر مشکل طبی که در آنها پیدا کنم، در پس نگاه آنها چیزهای خیلی بیشتری از آنچه به چشم می‌آیند نهفته است. متأسفانه، من ممکن است هرگز به ریشه مشکلات آنها پی‌نبرم. چنین چیزی در مورد زن شصت و چند ساله‌ای که به خاطر بی‌خوابی شدید به من ارجاع شده بود صدق می‌کرد. من برای یافتن سرخ‌هایی که می‌توانست علت مشکل او را روشن کند، به ظاهر او دقت کردم. او تقریباً بیست و پنج کیلو اضافه وزن داشت و آرایش نکرده بود. موهایش شانه نزده و لباس‌هایش بدقواره و کهنه بودند، حالت صورت او غمگین و درهم بود.

پزشک او شک کرده بود که ممکن است علت احتمالی خواب‌آلودگی روزهنگام او آپنه خواب باشد و بنابراین طبیعتاً او را برای ارزیابی نزد من فرستاد. این بیمار علائم شایع آپنه خواب را داشت. او خروپف می‌کرد، در حین خواب نفسش قطع می‌شد و اضافه وزن داشت. اما مشکل بیش از این بود. بسیاری از شب‌ها او بی‌قراری شدید و مشکل در خوابیدن را تجربه می‌کرد.

من درباره کارش از او پرسیدم. او توضیح داد که برای از کارافتادگی پزشکی اقدام کرده. هنگامی که من علت را پرسیدم، پاسخ داد که در مرخصی استرس به سر می‌برد. او یک مدیرعامل ارشد بانک و مسؤل یک قسمت وام بود، اما دیگر اصلاً نمی‌توانست کار کند. او آشفتگی روانی را مسؤل مشکلات اخیر خود می‌دانست و به من گفت که پزشکش او را برای افسردگی تحت درمان قرار داده. او همچنین متقاعد شده بود که اگر خواب شبانه و خواب‌آلودگی روزانه اش درمان شوند، همه مشکلاتش حل خواهند شد. معلوم شد که او برای افسردگی شدیدش داروهای متعددی می‌گیرد که می‌توانستند هم خواب شب او را مختل کنند و هم در طی روز او را خواب‌آلود نمایند. همین‌طور امکان داشت که او دچار یک اختلال خواب باشد که می‌توانست افسردگی او را بدتر کند. من می‌دانستم که او یک مورد سخت خواهد بود.

بررسی خواب او نشان داد که در حین خواب خیلی زیاد تکان می خورد و همین طور در هر ساعت حدوداً شش دقیقه نفسش قطع می شد. اگرچه هنگامی که او توسط فشار راه هوای مثبت مداوم بینی (CPAP) درمان می شد، آزمایشات نشان دادند که الگوی تنفسی اش بهبود یافته است، اما خواب او به علت حرکات شدید هنوز نا پایدار بود.

من علت مشکل تنفسی خواب او را می دانستم اما درمان حرکات دشوارتر بودند.

اختلالات روانی و خواب

علائم یک اختلال روان پزشکی و مشکلات خواب غالباً درهم آمیخته هستند. اختلال خواب در بیماری های روانی یک روبداد شایع است و خواب آشفته به نوبه خود می تواند خواب آلودگی روز هنگام و سایر علائم را ایجاد کند که بعداً می تواند موجب بدتر شدن اختلال روانی شود. در واقع، خواب آشفته به خودی خود می تواند یک اختلال روان پزشکی ایجاد کند. به علاوه، بعضی از علائم اختلالات خواب با علائمی که در بیماری های روان پزشکی مشاهده شده اند مشابه هستند و بسیاری از افراد اشتباهاً دچار بیماری روانی تشخیص داده شده اند.

موضوعی که قضایا را حتی پیچیده تر می کند این است که داروهایی که برای درمان اختلالات روان پزشکی مورد استفاده قرار گرفته اند غالباً اختلال خواب ایجاد می کنند. شناختن عامل مسؤل این علائم، اغلب بسیار دشوار است.

مقوله بیماری روان پزشکی یا بیماری روانی، بسیاری از اختلالاتی که در آنها بیماران تغییراتی در خلق، ادراک واقعیت، روندهای فکری یا رفتار خود را تجربه می کنند، در یک جا جمع می کنند. طبق سنت، این موارد به عنوان اختلالات طبی تصور نشده اند بلکه اختلالات ذهن در نظر گرفته شده اند. ما حالا می دانیم که بسیاری از این بیماری ها توسط نابهنجاری های زیستی شیمیایی ایجاد شده اند که مغز را درگیر می کنند و درمان آنها اغلب مستلزم تلاش هایی برای اصلاح نابهنجاری های زیستی شیمیایی است.

در درمانگاه خواب، اختلالات روانی ای که ما اکثراً همراه با مشکلات خواب می بینیم افسردگی،

اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا و اختلالات اضطرابی هستند (که شامل اختلال هراس و اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند).

اختلالات خلقی

اختلالات خلقی به دو نوع کلی تقسیم شده‌اند، افسردگی و اختلال دوقطبی. افراد دچار افسردگی اکثر اوقات احساس غم می‌کنند حتی وقتی هیچ دلیل واضحی برای آن وجود ندارد. در کودکان و نوجوانان، افسردگی گاهی اوقات به صورت تحریک‌پذیری تا غمگینی تظاهر می‌کند. بعضی افراد دچار یک بیماری هستند که افسرده‌خویی^۱ نامیده شده و در آن یک خلق افسرده مزمن وجود دارد اما آنقدر شدید نیست که تحت عنوان افسردگی اساسی طبقه‌بندی شده باشد.

افسردگی

افسردگی در بیماران زنی که به یک درمانگاه خواب می‌آیند، بسیار شایع هستند. در حرفه طب خواب حدود ۲۱ درصد از زنانی که برای آپنه خواب ارجاع شده‌اند در مقایسه با فقط ۷ درصد از مردانی که برای آپنه خواب ارجاع شده‌اند، تحت درمان افسردگی هستند. انتظار می‌رود که در حدود ۸ درصد از بزرگسالان آمریکای شمالی در دورانی از زندگانی خود افسردگی شدید را تجربه کنند. اکثر آن‌هایی که دچار خواهند شد، زنان هستند.

افسردگی در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است. زنان دو برابر مردان این تشخیص را دریافت می‌کنند. برآورد شده که در ایالت متحده، ۱۲/۴ میلیون زن و ۶/۴ میلیون مرد در هر برهه‌ای از زمان دچار افسردگی هستند. تقریباً یک نفر از هر هفت نفری که دچار این اختلال خلقی هستند، مرتکب خودکشی می‌شوند و در حدود دوسوم از همه خودکشی‌ها در افرادی که افسردگی دارند، رخ می‌دهد. زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان احتمال دارد که دست به خودکشی بزنند. اگرچه به‌خاطر

^۱ - Dysthymia

روش‌هایی که برای خودکشی مورد استفاده قرار گرفته (برای مثال، اسلحه‌های گرم) مردان چهار برابر بیشتر از زنان در اثر خودکشی می‌میرند.

خلاصه کلام، افسردگی یک اختلال بسیار شدید است و اکثر افراد افسرده مشکلات خواب دارند.

افسردگی در نوجوانی

من در درمانگاه خود کودکان زیادی را با مشکلات خواب دیده‌ام که برای افسردگی درمان شده بودند. قبل از بلوغ، پسران و دختران به یک میزان افسردگی را تجربه می‌کنند. معهذاً، بین سنین یازده و سیزده سال یک افزایش قابل ملاحظه در میزان افسردگی دختران وجود دارد. در پانزده سالگی، دختران دو برابر پسران افسرده هستند. فشارهای دوره بلوغ که شامل تغییرات بدنی، هیجانی و هورمونی می‌شوند ظاهراً اثر بیشتری روی دختران می‌گذارند. میزان اختلالات افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بالاتر از هم‌تاهای پسر آنها است. دلیل این تفاوت حداقل تا اندازه‌ای هورمون‌ها هستند.

افسردگی در زنان

هورمون‌های جنسی نوساناتی در خلق ایجاد می‌کنند که می‌تواند در بعضی زنان منجر به افسردگی شود. این نوسانات وابسته به هورمون در طول سیکل قاعدگی (فصل ۱۳)، حاملگی و زمان بعد از تولد نوزاد (فصل ۴)، و بلافاصله قبل، در حین، و بعد از یائسگی (فصل ۵) رخ می‌دهد. بعضی زنان خلق شدید و تغییرات بدنی همراه با سیکل قاعدگی را تجربه می‌کنند. علائم شامل تحریک‌پذیری، احساسات افسردگی و تغییرات جسمی مانند پف کردن، سفتی و درد پستان‌ها و قولنج می‌شوند. این سندرم قبل از قاعدگی^۱ (PMS) است. علائم در روزهای قبل از شروع قاعدگی بدتر هستند. هنگامی که تغییرات خلقی شدید باشند، این اختلال، اختلال دیس فوریک قبل از

^۱ - Premenstrual syndrome

قاعدگی (PMDD، فصل ۳ را ببینید) نامیده شده است.

نوسانات خلقی در دوران حاملگی شایع هستند و بعضی از زنان حامله ممکن است افسرده شوند. زنانی که تلاش می‌کنند حامله بشوند یا نابارور هستند ممکن است تحت استرس شدیدی باشند اما هیچ دلیلی وجود ندارد که این عامل به تنهایی منجر به افسردگی بشود. همین‌طور شواهدی وجود ندارد که سقط جنین باعث افسردگی می‌شود.

روزها و هفته‌هایی که به دنبال زایمان می‌آیند یک دوران پرمخاطره برای زنانی هستند که یک بیماری روان‌پزشکی شدید داشته‌اند. بعضی از زنان، افسردگی بعد از زایمان را تجربه می‌کنند که یک اختلال خلقی شدید است که مستلزم مداخله پزشکی (فصل ۴ را ببینید) می‌باشد. چنین زنانی قبل از این‌که حامله بشوند غالباً علائم یا سابقه افسردگی داشته‌اند.

مادر بودن با همه توقعات و استرس‌هایی که دارد می‌تواند خطر افسردگی در بعضی زنان را افزایش دهد (فصل ۴ را ببینید).

نهایتاً، یائسگی در اکثریت زنان منجر به افسردگی نمی‌شود، اگرچه خواب بسیاری از زنان یائسه ممکن است به علت علائمی چون گرگرفتگی بسیار غیرعادی شود (فصل ۵ را ببینید).

در حالی که تفاوت‌های هورمونی می‌تواند تا اندازه‌ای علت شیوع بسیار بیش‌تر افسردگی در زنان را توجیه کند، بعضی از متخصصین معتقد هستند که استرس‌های شدیدتری که بسیاری از زنان با آنها مواجه می‌شوند نیز آنها را بیش‌تر مستعد افسردگی می‌کند. این استرس‌ها شامل داشتن مسئولیت‌های اصلی در خانه و محل کار، تک‌والد بودن، نگره داشتن حساب دخل و خرج خانه و مراقبت از کودکان و یا والدین سالمند یا بیمار، می‌شوند.

بسیاری از بیماران زنی که مشکلات خواب ناشی از افسردگی داشتند در فرآیند طلاق بودند یا با همسر خود روابط سردی داشتند. سایرین فرزندانانی داشتند که دچار مشکلات زناشویی یا سایر مشکلات بودند. افسردگی در بین مردان و زنان جدا شده یا طلاق گرفته بیشترین فراوانی و در افراد ازدواج کرده کم‌ترین فراوانی را دارد. کیفیت و ثبات یک ازدواج می‌تواند در افسردگی نقش بازی

کند. افسردگی در زنان گاهی اوقات به فقدان روابط صمیمی و حاکی از اعتماد و گاهی به اختلافات زناشویی مداوم یا شدید ربط داده شده است. زنان ازدواج کرده‌ای که از زندگی زناشویی خود ناراضی هستند، میزان‌های بسیار بالایی از افسردگی دارند.

افسردگی بخشی از روند طبیعی پیری نیست. اکثر افراد پیر زندگانی رضایت‌بخشی دارند و افسرده نیستند. اگرچه این استنباط وجود دارد که وقتی فرزندان افراد مسن خانه را ترک می‌کنند، آنها دچار سندرم «آشیانه خالی»^۱ می‌شوند، پژوهش‌ها تأیید نکرده‌اند که این شرایط یک شاخص احتمالی افسردگی هستند.

مجرد بودن (چه هرگز ازدواج نکرده، طلاق گرفته یا بیوه) احتمال افسردگی را بالا می‌برد. در حدود یک سوم از زنان و مردان بیوه (هر سال در حدود بیش از ۸۰۰/۰۰۰ نفر در ایالت متحده هستند) در اولین ماه بعد از مرگ همسرشان افسردگی دارند. در نیمی از آن‌هایی که دچار افسردگی هستند، علائم افسردگی در یک سال بعد، کماکان وجود دارد.

سوءاستفاده و آزار جنسی یک علت شناخته شده افسردگی است. در بین کودکان، دختران بسیار بیشتر از پسران مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند. زنان بزرگسالی که در دوران کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند بیشتر از سایر زنان دچار افسردگی می‌شوند. احتمال افسردگی در دختران نوجوان و زنان بزرگسالی که مورد تجاوز قرار گرفته‌اند نیز بیشتر است.

من موارد زیادی را دیده‌ام که به علت استرس در محل کارشان دچار بی‌خوابی شدید شده بودند. یکی از این موارد، یک مأمور کنترل ترافیک هوایی بود که دیگر قادر نبود با استرس شغل خود کنار بیاید. او دچار افسردگی بالینی شد، نمی‌توانست بخوابد و هنگام کار چرت می‌زد. او مجبور شد دنبال از کارافتادگی برود.

مشکلات خواب در افسردگی

^۱ - Empty Nest Syndrome

در حدود یک نفر از هر پنج بزرگسالی که از بی‌خوابی شکایت می‌کنند، افسرده تشخیص داده شده‌اند. در بعضی از افراد، افسردگی به صورت پرخوابی تظاهر می‌کند. در حدود یک سوم از همه کسانی که بی‌خوابی را تجربه می‌کنند و یک چهارم از کسانی که خواب‌آلودگی روزهنگام دارند در دورانی از زندگانی خود دچار افسردگی خواهند شد. نیمی از بیمارانی که هر دو علائم را دارند در مرحله‌ای از زندگانی شان افسردگی را تجربه خواهند کرد. بنابراین یک همبستگی قوی بین افسردگی و خواب ناکافی وجود دارد. در واقع یکی از علائمی که برای تشخیص افسردگی مورد استفاده قرار گرفته بی‌خوابی یا خواب‌آلودگی شدید است.

علائم افسردگی

اگر سه تا پنج یا تعداد بیشتری از علائم زیر برای مدت بیش از دو هفته وجود داشته باشند، احتمال افسردگی وجود دارد.

- احساس مداوم غم، اضطراب یا پوچی
 - از دست دادن علاقه یا لذت نبردن از فعالیت‌های لذت بخش، از جمله علاقه جنسی
 - بی‌قراری، تحریک‌پذیری یا گریه شدید
 - احساس گناه، بی‌ارزشی، درماندگی، ناامیدی، بدبینی
 - پرخوابی یا کم‌خوابی. صبح زود از خواب بیدار شدن
 - از دست دادن اشتها و یا کم کردن وزن یا پرخوری و افزایش وزن
 - انرژی کاهش یافته، خستگی، احساس "بی‌حالی"
 - افکار مرگ یا خودکشی، اقدامات خودکشی
 - مشکلات تمرکز، یادآوری یا تصمیم‌گیری
 - علائم جسمی پایدار که به درمان پاسخ نمی‌دهند، مانند سردرد، اختلالات گوارشی و درد مزمن
- به نقل از انستیتو ملی بهداشت روان

افراد افسرده انواع مختلفی از مشکلات خواب را دارند. در حدود ۹۰ درصد از افراد افسرده دچار

بی‌خوابی هستند. افراد افسرده ممکن است مشکلاتی در به خواب رفتن یا در خواب باقی ماندن داشته باشند یا صبح زود از خواب بیدار شوند و دیگر خوابشان نبرد. آنها ممکن است در اوقات بعدی آن‌روز یک استراحت طولانی بکنند که خواب شب آنها را دشوارتر خواهد کرد. چون آنها ممکن است در طول روز بسیار خواب‌آلود باشند، اغلب مقدار زیادی نوشابه های کافئین‌دار می‌نوشند که مانع از خواب شب آنها خواهد شد.

درمان مشکلات خواب در افسردگی

من یک روان‌پزشک نیستم اما در سال‌ها نفر را می‌بینم که افسرده هستند و اگر احساس کنم که مشکلات خواب آنها به علت افسردگی است، توصیه می‌کنم که آنها یک روان‌پزشک یا روان‌شناس را ببینند. اکثر متخصصین از داروها برای درمان افسردگی استفاده می‌کنند. بیش از بیست و پنج نوع مختلف داروهای ضد افسردگی وجود دارند و بین ۶۰ و ۸۰ درصد از افراد افسرده به یک یا بیش از یکی از این داروها به خوبی پاسخ می‌دهند. ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها طول بکشد تا پیشرفت درمان آشکار شود. گاهی اوقات مشکل خواب قبل از بهبود خلق و گاهی بعد از آن به خودی خود حل می‌شود. پزشکان بیماران افسرده را با ضدافسردگی‌ها درمان می‌کنند اما آنها ممکن است یک داروی خواب‌آور به شکل یک قرص خواب را نیز اضافه کنند (فصل ۲۰ را ببینید). بعضی از ضدافسردگی‌ها عوارض جانبی ایجاد می‌کنند که روی خواب تأثیر می‌گذارد، مانند بی‌خوابی، خواب‌آلودگی مفرط یا مشکل در به خواب رفتن به علت علائم سندرم پاهای بی‌قرار (فصل ۱۱ را ببینید). به بیماری که برای او یک ضد افسردگی تجویز شده که او را بیدار نگه دارد می‌توان توصیه کرد که دارویش را صبح مصرف کند. همین‌طور به کسی که یک ضد افسردگی داده شده که عوارض جانبی آن او را خواب‌آلود می‌کند می‌توان گفت که دارویش را شب مصرف کند. من گاهی اوقات بعد از ارزشیابی بیماری که به خاطر بی‌خوابی به من ارجاع شده، فقط این توصیه را می‌کنم که پزشک خانوادگی او داروی تجویز شده را تجدیدنظر کند یا زمان مصرف دارو را تغییر دهد.

داروهای سنتی

داروهای ضدافسردگی قدیمی‌تر، سه حلقه‌ای‌ها (نمونه‌های آن شامل آمی‌تریپتیلین^۱ و ایمی‌پرامین^۲ می‌شوند) و مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOI) ها که نمونه آن فنیلزین^۳ است) هستند. داروهای جدیدتری که عمدتاً روی سطوح سروتونین مغز تأثیر می‌گذارند، مهارکننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین (SSRI) ها) هستند. این داروها شامل فلوکستین^۴ (پروزاک^۵)، پاروکستین^۶ (پاکسیل^۷، آروپاکس^۸)، سرترالین^۹ (زولافت^{۱۰})، فلووکسامین^{۱۱} (لوواکس^{۱۲}) و سیتالوپرام^{۱۳} (سلیکسا^{۱۴}، سپیرامیل^{۱۵}) می‌شوند. سایر داروهای جدیدتری که روی سطوح مواد شیمیائی مغز تأثیر می‌گذارند، بوپروپیون^{۱۶} (ولبوترین^{۱۷})، ترازادون^{۱۸} (دزریل^{۱۹})، نفازودون^{۲۰} (سرزون^{۲۱})، و ونلافاکسین^{۲۲} (افکسور^{۲۳}) و میترازپین^{۲۴} (رمرون^{۲۵}، آوانزا^{۲۶}) هستند. یک داروی MAOI برگشت‌پذیر به نام مکلوبامید^{۲۷} (منریکس^{۲۸}) در کانادا موجود است اما در ایالت متحده نیست.

-
- 1 - Amitriptyline
 - 2 - Imipramine
 - 3 - Phenelzine
 - 4 - Fluoxetine
 - 5 - Prozac
 - 6 - Paroxetine
 - 7 - Paxil
 - 8 - Aropax
 - 9 - Sertraline
 - 10 - Zoloft
 - 11 - Fluvoxamine
 - 12 - Luvox
 - 13 - Citalopram
 - 14 - Celexa
 - 15 - Cipramil
 - 16 - Bupropion
 - 17 - Wellbutrin
 - 18 - Trazadone
 - 19 - Deseryl
 - 20 - Nefazodone
 - 21 - Serzone
 - 22 - Venlafaxin
 - 23 - Effexor
 - 24 - Mitrazipine
 - 25 - Remeron
 - 26 - Avanza
 - 27 - Meclobamide
 - 28 - Menerix

به‌طور کلی، داروهای جدیدتر عوارض جانبی متفاوت‌تر - اما کمتری - از داروهای قدیمی‌تر دارند. برای مثال، داروهایی که روی سطوح سروتونین اثر می‌گذارند ممکن است اختلال عمل جنسی (کاهش علاقه به رابطه جنسی، کاهش پاسخ بدنی در حین روابط جنسی و کاهش قابلیت ارگاسم) ایجاد کنند.

یاد آوری این نکته مهم است که یکی از عوارض جانبی بسیاری از داروهای ضدافسردگی که در بالا ذکر شدند (به‌ویژه انواع جدیدتر آنها) ممکن است، خواب‌آلودگی باشد. اگر کسی که برای افسردگی تحت درمان قرار گرفته کماکان مشکلات خواب اساسی داشته باشد، باید منافع داروهای را که مصرف می‌کند با پزشک خود واریسی نماید.

محصولات گیاهی

با وجودی که پزشکان معمولاً داروهای گیاهی را تجویز نمی‌کنند اما اخیراً علاقه عمومی شدیدی به درمان هر دو افسردگی و اضطراب با محصولات گیاهی ایجاد شده است. گیاهی که در بعضی از کشورهای اروپایی به‌طور گسترده برای درمان افسردگی مورد استفاده قرار گرفته، سنت جان ورت^۱ (هیپریکوم پرفوراتوم^۲) است. مؤسسه‌های ملی بهداشت در ایالات متحده یک مطالعه وسیع انجام داده‌اند که در آن اثرات این گیاه در درمان افسردگی با داروهای سنتی و یک شبه‌دارو مورد مقایسه قرار گرفته است. اگرچه درمان گیاهی یک اثر مثبت روی افسردگی خفیف داشت اما عملکرد کلی افرادی که داروهای ضدافسردگی سنتی مصرف کرده بودند بهتر از افرادی بود که گیاه و شبه‌دارو مصرف کرده بودند. در سال ۲۰۰۰، FDA به عموم آگاهی داد که ظاهراً سنت جان روی نحوه پاسخگویی بدن به داروهای خاص منجمله‌آنهايي که برای درمان AIDS مورد استفاده قرار گرفته‌اند، تاثیر می‌گذارد. به خاطر داشته باشید که درمان‌های جایگزین همیشه بی‌خطر نیستند. اگر از درمان گیاهی برای افسردگی استفاده می‌کنید به پزشک خود بگویید.

^۱ - St-John wort

^۲ - Hepericum Perforatum

سایر انواع درمان

بسیاری از بیماران مایل نیستند یک روان‌پزشک را ببینند یا یک رویکرد بدون دارو را ترجیح می‌دهند. روان‌درمانی‌های متعددی وجود دارند که برای درمان افسردگی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در این درمان‌ها، صحبت با یک درمان‌گر به افراد کمک می‌کند مشکلاتی که می‌توانند روی افسردگی آنها تأثیر بگذارند بشناسند و حل کنند (یا حداقل با آنها مقابله کنند). درمان‌گران رفتاری که غالباً روان‌شناس هستند به افراد کمک می‌کنند که الگوهای رفتاری و فکری که موجب بروز یا تشدید افسردگی آنها می‌شود، کنار بگذارند. چنین درمانی می‌تواند از مزمن شدن بی‌خوابی نیز جلوگیری کند (فصل ۱۹ را ببینید). با درمان شناختی‌رفتاری، بیماران یاد می‌گیرند که نگرش‌های منفی و رفتارهایی که در ایجاد یا حفظ افسردگی شرکت دارند، تغییر دهند. پزشکان ممکن است روان‌درمانی را با دارودرمانی نیز ترکیب کنند.

در حالی که اکثر افسردگی‌ها به دارو جواب می‌دهند، درمان الکتروشوک هنگامی بسیار مؤثر است که افسردگی بیمار به داروها پاسخ نمی‌دهد.

چون افسردگی در زنان بسیار شایع است و درمان آن غالباً مشکلات خواب ایجاد می‌کند، زنی که به‌خاطر افسردگی تحت درمان قرار گرفته باید اطمینان حاصل کند که پزشک او از مشکلات خوابش آگاه است.

اختلال دو قطبی

افرادی با اختلال دو قطبی که اختلال مانیک دپرسیو هم نامیده شده، خصوصیات هر دو افسردگی و مانیا را دارند. هنگامی که بیمار در یک فاز افسردگی قرار دارد، علائم او مشابه علائم افسردگی است. معهذاً در خلال یک فاز مانیک، بیمار ممکن است به نحو غیرمقتضی احساس شمع کند و به‌نظر برسد که انرژی بی‌حد و حصری دارد. فردی با این اختلال ممکن است کارهای نامناسبی مانند

ولخرجی انجام دهد. بعضی مطالعات گزارش داده‌اند که اختلال دوقطبی در زنان ۵۰ تا ۱۰۰ درصد شایع‌تر از مردان است. تفاوت‌های مهمی بین زنان و مردانی که این تشخیص را دارند، وجود دارد: خلق زنان بیش‌تر بین فازهای مانیک و افسردگی نوسان دارد، اما دوره‌های افسردگی بیش‌تر و دوره های مانیک کم‌تری از مردان دچار اختلال دوقطبی دارند. احتمال افزایش دوره های خلقی پس از تولد نوزاد در زنان دچار اختلال دو قطبی بالا است. شیوع اختلال دوقطبی به مراتب کمتر از افسردگی است. من فقط پنج مورد یا همین حدود را در هر سال می‌بینیم که اختلال دوقطبی در آنها مشکل خواب ایجاد می‌کند.

اختلال دوقطبی می‌تواند مشکلات خواب شدید خصوصاً هنگامی که افراد در فاز مانیک هستید، ایجاد کند. آنها گاهی اوقات مشکل فوق العاده‌ای در خواب شب دارند و روزها و شب‌های‌شان ممکن است جابه‌جا شود. این افراد ممکن است گزارش دهند که به اندازه سابق به خواب نیاز ندارند و می‌گویند که بعد از فقط دو یا سه ساعت خواب احساس می‌کنند که خیلی سر حال هستند. هنگامی که افراد از فاز افسرده به فاز مانیک تغییر خلق می‌دهند و گاهی اوقات قبل از این جابجایی، چندین روز خواب بسیار بدی را تجربه می‌کنند. بعضی بیماران ممکن است ادعا کنند که در طی این مدت اصلاً نخوابیده‌اند. به‌علاوه در شرایطی که یک حالت مختلط اختلال دوقطبی نامیده شده است، بیماران به طور هم زمان مانیا و افسردگی دارند. چنین بیمارانی ممکن است هنگامی که با ضدافسردگی‌ها درمان می‌شوند، حال‌شان بدتر شود. تقریباً همه این افراد یک مشکل خواب دارند، چون احتمال دارد که تغییرات شیمیایی که روی خلق آنها تأثیر می‌گذارد روی بخش‌هایی از مغز که خواب را کنترل می‌کند نیز تأثیر بگذارد.

علائم مانیا

اگر سه تا پنج یا بیش از این تعداد علائم زیر برای مدت بیش از یک هفته وجود داشته باشند، احتمال مانیا مطرح می شود.

- خلقی که به طور غیرعادی بالا است
- تحریک پذیری
- نیاز کاهش یافته به خواب
- عقاید بزرگ منشی
- پرحرفی
- افکار سبقت گیرنده
- فعالیت افزایش یافته که شامل فعالیت جنسی هم می شود
- انرژی که به طور چشمگیری افزایش یافته است
- قضاوت ضعیف که منجر به رفتار خطر جویانه می شود
- رفتار اجتماعی ناشایست

- به نقل از انستیتو ملی بهداشت روان

درمان مشکلات خواب در اختلال دوقطبی

پزشکان غالباً برای درمان افراد مبتلا به اختلالات دوقطبی داروهای تجویز می کنند که تثبیت کنندگان خلقی نامیده شده اند. این داروها ممکن است فرد را بسیار خواب آلود کنند. مورد استفاده ترین دارو، لیتیم کربنات نامیده شده، اگرچه سایر تثبیت کنندگان خلقی نیز در دهه اخیر مورد استفاده قرار گرفته اند. اگر افسردگی هم یک مشکل اساسی باشد، پزشک ممکن است تصمیم بگیرد که یک ضد افسردگی را نیز تجویز کند. درمان با لیتیم دو اثر مهم روی خواب دارد که زنان باید به خاطر بسپارند. اولاً لیتیم می تواند منجر به کم کاری غده تیروئید بشود که خواب آلودگی، افزایش

وزن، و حتی آپنه خواب (فصل ۱۲ را ببینید) ایجاد خواهد کرد. دوم، بعضی مطالعات نشان داده‌اند که لیتیم می‌تواند ساعت بدنی را عقب بیندازد و موجب شود که افراد دیرتر بخوابند و دیرتر هم بیدار شوند.

اسکیزوفرنیا

اسکیزوفرنیا یک بیماری ویران‌گر است که تقریباً ۱ درصد از جمعیت عمومی را مبتلا می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استروژن می‌تواند زنان را از دچار شدن به اسکیزوفرنیا محافظت کند. اگرچه اسکیزوفرنیا در مردان و زنان به یک اندازه شایع است، در مردان معمولاً در سال‌های نوجوانی یا اوایل سال‌های بیست شروع می‌شود و در زنان معمولاً دیرتر و در سال‌های بیست یا سی یا اکثراً بعد از یائسگی شروع می‌شود. اسکیزوفرنیا با یک میزان بسیار بالای خودکشی همراه است و با وجود پیشرفت قابل ملاحظه‌ای که در درمان آن حاصل شده، در حدود ۲۰ درصد از افراد مبتلا در اثر بیماری از پا درمی‌آیند. آنهایی که به درمان ویژه نیاز ندارند غالباً باید بارها به تأمین‌کنندگان مراقبت بهداشتی خود مراجعه کنند و ممکن است به بستری شدن نیاز داشته باشند.

مغز افراد اسکیزوفرنیا نمی‌تواند افکار، محتوای افکار (هذیانات) و این باور که هذیانات آنها واقعی هستند را به خوبی کنترل کند. به عبارت دیگر روند فکری اسکیزوفرنیک، غیرمنطقی، سازمان‌نیافته و گاهی اوقات تکرارشونده است. او ممکن است هذیان‌ها (باورهای غلط، غیرقابل تغییر و غیرمنطقی) یا توهمات (حس‌ها، صداها، مناظر، تماس‌ها، مزه‌ها و بوهایی که واقعاً وجود ندارند) را تجربه کند. شنیدن صداهایی که سایر افراد نمی‌شنوند، شایع‌ترین نوع توهم در اسکیزوفرنیا است که در فیلم "یک ذهن زیبا"^۱ تصویر شده بود. برای مثال اسکیزوفرنیک‌ها ممکن است به تدریج این باور را پیدا کنند که تحت تعقیب و گزند و آسیب هستند و می‌خواهند از آنها دزدی یا مسموم‌شان کنند. آنها ممکن است رفتار عجیب و غریبی از خود نشان بدهند و کم‌کم نسبت به بهداشت شخصی

^۱ - A Beautiful Mind

خود بی‌اعتنا شوند.

تعجبی ندارد اگر افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا الگوهای خواب شدیداً غیرطبیعی داشته باشند. رویاهای آنها ممکن است وحشتناک باشند و به خواب‌رفتن آنها گاهی ساعت‌ها طول می‌کشد. این بیماران کابوس نیز دارند. من همیشه نوار ویدیویی بیماری که در طی شب با یک توهم، هذیان یا کابوس وحشتناک از خواب بیدار می‌شد و به سر خودش می‌کوبید تا افکار وحشتناک را متوقف کند، به یاد می‌آورم. بسیاری از بیمارانی که من دیده‌ام، "شب خیز"^۱ شده‌اند، یعنی شب بیدار و در طی روز خواب هستند و با شکایت بی‌خوابی مراجعه می‌کنند. اگر چه مشکلات خواب در افراد اسکیزوفرنیا شدید هستند، اما اغلب می‌توان آنها را درمان کرد.

درمان مشکلات خواب در اسکیزوفرنیا

درمان اسکیزوفرنیا نیز مانند سایر بیماری‌های روانی با مشکل زیربنایی آغاز می‌شود. داروهای بسیار خوبی که مختص این اختلال هستند در حال حاضر موجودند که به کنترل بیماری کمک می‌کنند. تقریباً همه بیماران اسکیزوفرنیکی که من در مرکز اختلالات خواب دیده‌ام از قبل برای اسکیزوفرنیای خود درمان شده بودند اما کماکان مشکلات خواب داشتند. آنها کاملاً مطمئن بودند که اگر مشکل خواب‌شان حل شود، اسکیزوفرنیای آنها نیز برطرف خواهد شد. متأسفانه این اتفاق نمی‌افتد. اگرچه بعضی داروهایی که برای درمان اسکیزوفرنیک‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد به بهبود خواب آنها نیز کمک می‌کند اما خواب این افراد معمولاً به‌طور کامل، خوب نمی‌شود. با وجود این، به‌علت اثری که این داروها در بهبود خواب دارند، پزشکان گاهی اوقات آنها را برای شب تجویز می‌کنند. همین‌طور معلوم شده که تعداد زیادی از بیماران اسکیزوفرنیک (تقریباً ۱۰ درصد) سایر مشکلات خواب مانند سندرم آپنه خواب انسدادی (فصل ۱۲ را ببینید) یا یک اختلال حرکتی (فصل ۱۱) را دارند. این موارد به همان روش سایر بیمارانی که این اختلالات را دارند، درمان

^۱-Nocturnal

می‌شوند.

متأسفانه ما در درمانگاه خواب بیمارانی داشته‌ایم که دچار نارکولپسی بوده‌اند اما اشتباهاً اسکیزوفرنیا تشخیص داده شده بودند و به غلط برای این بیماری درمان شده بودند. یک نوجوان کم سن و سال حتی در یک بخش روان‌پزشکی بستری شده بود. نارکولپسی اختلالی است که در آن افراد در زمان شروع خواب رویاهای آشکاری دارند و معمولاً این‌را می‌دانند و به شما خواهند گفت تصاویری که می‌بینند رویا هستند و واقعی نیستند (فصل ۱۳ را ببینید). از طرف دیگر، بیمار اسکیزوفرنیک حداقل تا زمانی که درمان نشده باشد معتقد است که توهمات او واقعی هستند.

اختلالات اضطرابی

تصور کنید که فردا روز مهمی برای شما خواهد بود. شما قرار است در عروسی بهترین دوست‌تان شرکت کنید. قرار است برای یک شغل مورد مصاحبه قرار بگیرید. قرار است امتحان آخر ترم بدهید. قرار است برای اجرای موسیقی روی صحنه بروید. تلاش می‌کنید بخوابید اما نمی‌توانید چون صبح روز بعد به اولین سفر خارج خود خواهید رفت. شما دلشوره دارید و قلب‌تان تند می‌زند. احساس عصبی بودن و اضطراب در چنین شرایط فشارزایی طبیعی هستند و هنگامی که شما عملاً فعالیت را شروع می‌کنید این احساس معمولاً کاملاً به‌سرعت از بین می‌رود. معه‌ذا در بعضی افراد این احساسات ترس و دلهره در زمان و مکان غلط پیش می‌آیند. احساسات اضطراب بر زندگانی افراد مسلط می‌شوند و نمی‌گذارند آنها این وظایف یا فعالیت‌ها را انجام بدهند. این احساسات توسط یک اختلال اضطرابی ایجاد شده‌اند.

برآورد شده که نوزده میلیون بزرگسال آمریکایی ممکن است یکی از چندین نوع اختلالات اضطرابی را داشته باشند که شامل اختلال هراس، اختلال اضطراب منتشر، فوبی اجتماعی، اختلال وسواسی جبری و اختلال استرس‌پس‌از سانحه می‌شوند. این اختلالات در زنان شایع‌تر از مردان هستند. همه این اختلالات قابل درمان هستند و اگر بدون درمان باقی گذاشته شوند ممکن است بدتر

شوند. داروها (اکثر اوقات ضدافسردگی‌ها یا گاهی اوقات داروهای ضداضطراب)، روان‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری متداول‌ترین درمان‌ها هستند.

اختلال هراس^۱

قلب شما تند می‌زند، عرق می‌ریزید و می‌لرزید، به‌نظر می‌رسد زمان از حرکت ایستاده و شما احساس گیجی می‌کنید. شما ممکن است درد قفسه سینه یا مشکل تنفس داشته باشید. احساس می‌کنید انگار دارید می‌میرید. این حالات بارها و بارها برایتان اتفاق می‌افتد اما پزشک در طی معاینات خود، هرگز هیچ چیز غیر عادی در شما پیدا نمی‌کند. هنگامی که افراد این علائم را برای بیش‌تر از یک ماه داشته باشند، معمولاً تشخیص اختلال هراس را دریافت می‌کنند.

کسانی که به حملات هراس دچار می‌شوند، معمولاً آنها را به شرایطی که در آن این حملات اتفاق می‌افتد، ربط می‌دهند. این کار ممکن است منجر به ترس از یک شرایط خاص شود که پس از آن فرد تلاش می‌کند از آن اجتناب نماید. بیش از نیمی از افراد دچار اختلالات هراس با حملات هراس شبانه از خواب بیدار می‌شوند و ممکن است ترس از به خواب رفتن را ظاهر کنند. من (نویسنده) در هر سال شاید پنج زن را با حملات هراس شب‌هنگام می‌بینم. بیدار شدن از خواب به علت احساس ترس از مردن، یک علامت ترسناک است.

اختلال اضطراب منتشر

فرض کنید که شما همیشه درباره شغل، خانواده یا سلامتی‌تان نگران هستید، حتی وقتی که هیچ دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. برای شما سخت است که نگرانی‌تان را کنترل کنید. شیوع این مشکل در زنان و مردان یکسان است و معمولاً افراد را در اوایل بیست سالگی‌شان دچار می‌کند. تعجبی ندارد که اکثر افراد دچار اختلال اضطراب منتشر، مشکل خواب دارند، چون آنها نمی‌توانند در موقع خواب از نگرانی دست

^۱ - Panic Disorder

بکشند، نمی‌توانند ذهن‌شان را هم منصرف کنند و در نتیجه درباره نخواستن نگران هستند. ما غالباً زنانی را می‌بینیم که درباره خواب خود نگران هستند و از بی‌خوابی شکایت دارند.

فوبی اجتماعی

این مشکل را می‌توان خجالت شدید نامید که در زندگی یک شخص اختلال ایجاد می‌کند. افرادی با این اختلال از این‌که خجالت زده بشوند یا مورد تمسخر قرار بگیرند، می‌ترسند و در شرایطی که مستلزم تعاملات اجتماعی است یا ممکن است محور توجه قرار بگیرند، ناراحت می‌شوند. این شرایط شامل شرکت در جلسات، مهمانی‌ها، فعالیت کلاسی یا حتی خوردن در ملاءعام می‌شود. دانشجویان ممکن است به تدریج سر کلاس حاضر نشوند. این مشکل نیز در زنان به اندازه مردان شایع است. بعضی از این بیماران ممکن است دچار حملات هراس بشوند. بعضی ممکن است برای آرام شدن به الکل پناه ببرند که منجر به مجموعه‌ای کاملاً جدید از مشکلات می‌شود. بیماران معمولاً شکایتی از مشکل خوابیدن ندارند مگر این‌که درباره کسی یا چیزی که باید در روز بعد با آن روبرو شوند، شروع به فکر کنند.

اختلال وسواسی-جبری^۱

این اختلال که در حدود ۲/۵ درصد از جمعیت را در طول عمرشان مبتلا می‌کند دو نوع علامت دارد. وسواس‌ها، که افکار یا اندیشه‌هایی هستند که حتی خود بیمار تصدیق می‌کند که «غیرعقلانه»، «احمقانه»، «بیهوده»، «غیرمنطقی» یا بی‌معنی هستند. با وجودی که فرد می‌داند که این افکار غیرمنطقی هستند اما به نظر می‌رسد که نمی‌تواند از فکرکردن درباره آنها خودداری کند. اجبارها، رفتارهایی هستند که در پاسخ به وسواس‌ها رخ می‌دهند. برای مثال، شخص ممکن است تصور کند (وسواس داشته باشد) که اجاق گاز باز مانده و بارها و بارها آن را چک کند (اجبار). اجبارها معمولاً هر بار

^۱ - OCD

دقیقاً به همان روش تکرار می‌شوند. افراد دچار وسواس معمولاً مشکلات خواب ندارند مگر این که شب‌نگران باشند یا وسواس‌های‌شان منجر به رفتارهای اجبار در شب شود. این موارد شامل چک‌کردن‌های مکرر برای اطمینان یافتن از قفل‌بودن درها، بسته‌بودن پنجره‌ها، نفس‌کشیدن نوزاد یا حتی بسته‌بودن شیرهای آب می‌شوند. داروهایی هستند که می‌توانند OCD را درمان کنند. مشخص شده داروهایی که روی سطوح سروتونین مغز اثر می‌گذارند، می‌توانند موجب بهبود علائم در بعضی بیماران شوند. داروهایی که توسط FDA برای درمان OCD تصویب شده‌اند شامل ضدافسردگی‌های زیر می‌شوند: کلومی‌پرامین^۱ (آنافرانیل^۲)، فلوکستین^۳ (پروزاک^۴)، فلووکسامین^۵ (لوواکس)^۶، پاروکستین^۷ (پاکسیل)^۸ و سرتالین^۹ (زولوفات)^{۱۰}.

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

یک بازمانده کوره‌های آدم‌سوزی^{۱۱} در جنگ جهانی دوم تقریباً شصت سال بعد از آزاد شدن از یک اردوگاه کار اجباری تقریباً هر شب با کابوس از خواب بیدار می‌شود. زنی یا بی‌رحمی مورد تجاوز قرار گرفته و هر شب در رویاهایش ترس و وحشت را دوباره تجربه می‌کند. این اختلال که در حال حاضر اختلال استرس پس از سانحه نامیده شده، در طی سال‌ها نام‌های دیگری مانند «موج انفجار» و «خستگی جنگ» داشته است. افراد پس از این که در معرض یک رویداد فجیع قرار گرفتند یا شاهد آن بودند و یک واکنش ترس شدید، درماندگی یا وحشت را تجربه کردند، دچار PTSD می‌شوند. افراد دچار PTSD رویدادهای فجیع را مکرراً بازسازی می‌کنند و به علت کابوسی که دیده‌اند غالباً با

¹ - Clomipramine

² - Anafranil

³ - Fluoxetine

⁴ - Prozac

⁵ - Fluvoxamine

⁶ - Luvox

⁷ - Paroxetine

⁸ - paxil

⁹ - Sertraline

¹⁰ - Zoloft

¹¹ - Holocaust

تعریق، تپش قلب و گاهی اوقات فریادزنان از خواب بیدار می‌شوند. PTSD در زنان شایع‌تر از مردان است. هنگامی که یک بیمار برای بی‌خوابی به درمانگاه خواب ارجاع می‌شود، گاهی نتیجه ارزیابی نشان می‌دهد که یک رویداد بسیار دل‌خراش علت بی‌خوابی او است. این بیماران به مراقبت روان-پزشکی نیاز دارند.

الکلیسم و سوء مصرف مواد

الکلیسم و سوء مصرف مواد که در فصل ۱۷ گنجانده شده‌اند به‌طور معمول مشکلات خواب ایجاد می‌کنند.

بازگشت به زنی که در مرخصی استرس بود

بیمار به من گفت که وزن زیادی اضافه کرده که از عوارض جانبی یکی از داروهای ضدافسردگی بود که او به‌خاطر این که شدیداً افسرده بود و به فکر خودکشی افتاده بود، آن را مصرف می‌کرد. متأسفانه بعضی از ضدافسردگی‌ها در حین خواب بی‌قراری ایجاد می‌کنند و حرکات بدنی را افزایش می‌دهند که دقیقاً آن چیزی بود که ما در بررسی خواب او پیدا کردیم. در نهایت مشخص شد که یکی از عوارض جانبی دارویی که او برای اضطراب مصرف می‌کرد، خواب‌آلودگی در طی روز است. ما در مخمصه افتاده بودیم. من پیشنهاد کردم که با کراپ بینی^۱ آپنه خواب او را درمان کنیم. همین‌طور توصیه کردم که روان‌پزشک داروهای او را تنظیم کند. من در اعماق وجودم احساس می‌کردم که اختلال خواب علت مشکل روان‌پزشکی او نیست. واقعیت این بود که او یک مشکل روان‌پزشکی داشت و به‌خاطر آن تحت درمان دارویی بود که این درمان اثرات عمیقی روی خواب او گذاشته بود. می‌دانستم تا زمانی که افسردگی او درمان نشود خوابش بهتر نخواهد شد.

بیماری‌های روان‌پزشکی غالباً منجر به مشکلات خواب می‌شوند. بیماری‌های روان‌پزشکی معمولاً

^۱ - Nasal CRAP

در زنان شایع‌تر هستند، بنابراین تعجبی ندارد که اختلالات خواب در زنانی که این بیماری‌ها را دارند شایع‌تر باشند. مشکلات بسیاری از بیماران مانند بیماری که در این فصل مورد بررسی قرار گرفت توسط داروهایی ایجاد شده که آنها برای تخفیف سایر مشکلات‌شان مصرف می‌کنند. این می‌تواند خیلی مایوس‌کننده باشد که داروهایی که برای درمان یک مشکل مورد استفاده قرار گرفته‌اند نه تنها آن‌را بهتر نمی‌کنند بلکه بدتر هم می‌کنند که این موضوع در فصل بعدی گنجانده شده است.

فصل ۱۷

داروها و فرآورده‌هایی که در اختلالات خواب نقش دارند

راننده کامیون دچار بی خوابی

پزشکان همیشه مواردی که به آسانی حل شده‌اند به یاد می‌آورند چون به سؤالات مناسب آنها، پاسخ داده شده است. من یک چنین موردی را در یک زن سی و چند ساله تجربه کردم که قبل از این که به دیدن من بیاید چندین سال بی خوابی داشت. او نگران بود چون برای امرار معاش کامیون می‌راند و برای یک کمپانی بطری سازی، نوشابه‌های غیرالکلی حمل و پخش می‌کرد و برایش مشکل بود که هنگام روز هوشیار باقی بماند. او به من گفت که چندین ساعت طول می‌کشیده که خوابش ببرد و مکرراً از خواب بیدار می‌شده و دوباره خوابیدن برایش سخت بوده است. اگرچه او هر شب فقط دو تا چهار ساعت می‌خوابید اما مایل نبود که قرص خواب یا هیچ داروی دیگری مصرف کند. او درباره راه حل مشککش به آخر خط رسیده بود.

ما تاریخچه پزشکی او را مرور کردیم اما نتوانستیم چیز مهمی پیدا کنیم. او سیگار نمی‌کشید و الکل یا قهوه نمی‌نوشید. او هرگز هیچ مشکل پزشکی نداشت و هیچ دارویی مصرف نمی‌کرد. من سردرگم شده بودم. با وجود این، وقتی از او پرسیدم که خواب‌آلودگی چه تأثیری روی شغل او گذاشته، راه حل مشکل او آسان‌تر شد. او به من گفت که در طی روز بسیار خواب‌آلود بوده اما هنگامی که از نوشابه‌ای که حمل می‌کرده می‌نوشیده- و او روزانه در حدود ده لیتر از آن نوشابه را می‌نوشید- حالش جا می‌آمده. من بلافاصله فهمیدم که چه عاملی باعث بی خوابی او شده بود.

این فصل به موادی می‌پردازد که زنان مصرف یا وارد بدنشان می‌کنند و ممکن است موجب خواب‌آلودگی یا مانع از خواب آنها شود. این فصل شامل داروها و همین‌طور سایر فرآورده‌هایی می‌شود که مردم برای کمک به خوابیدن یا بیدار نگه داشتن خود مصرف می‌کنند و ممکن است اثرات ناخواسته‌ای روی خواب آنها داشته باشند.

فرآورده‌هایی که می‌توانند اثرات ناخواسته‌ای روی خواب بگذارند

یکی از عوارض جانبی بسیاری از داروها اختلال خواب است. دقیقاً صدها دارو و فرآورده وجود دارند که احتمالاً مشکلات خواب ایجاد می‌کنند، بنابراین فقط آنهایی که بیشترین استفاده را دارند در

اینجا مورد بحث قرار خواهند گرفت. مانند سایر بخش‌های این کتاب، هنگامی که داروها ذکر می‌شوند، نام شیمیایی یا ژنریک آنها با حروف کوچک و نام تجاری آنها با حروف بزرگ نشان داده خواهند شد.

اگر شما دارویی مصرف می‌کنید که معتقد هستید می‌تواند در خواب شما مشکلاتی ایجاد کند، این موضوع را با پزشک خود در میان بگذارید. شما همچنین می‌توانید نام دارو را در اینترنت پیدا کنید، یا بعضی از وب‌سایت‌هایی که در آخرین کتاب آمده‌اند، مورد استفاده قرار دهید. فرآورده را معمولاً می‌توان در وب‌سایت تولیدکنندگان نیز یافت. گاهی اوقات خواندن و فهم آنها دشوار است اما شما به-دنبال کلیدواژه‌های بی‌خوابی، بی‌قراری و خواب‌آلودگی بگردید.

بسیاری از داروها می‌توانند به مشکلات خواب منجر شوند. دو سوم از جمعیت همه‌ساله از داروهای تجویز شده استفاده می‌کنند. به طور کلی، زنان بیشتر از مردان از داروها استفاده می‌کنند، در نتیجه زنان عوارض جانبی ناشی از این داروها را بیش‌تر تجربه می‌کنند. برای مثال، تحقیقی که توسط یک گروه پژوهش‌گر کانادایی انجام گرفته نشان داده که از سن پانزده‌سالگی به بعد، زنان حدوداً ۲۵ درصد بیشتر از مردان از داروهای تجویز شده استفاده می‌کنند، ۱/۵ برابر استفاده از داروهای ضد اضطراب و دو برابر از ضدافسردگی‌ها.

ضد افسردگی‌ها

ضد افسردگی‌ها اولین داروهایی هستند که توسط افراد ارجاع شده به یک درمانگاه اختلالات خواب، مصرف شده‌اند. دلایل زیادی برای این امر وجود دارد. افسردگی یک علت شایع اختلالات خواب است. ضدافسردگی‌ها خودشان می‌توانند علائم خواب ایجاد کنند و بعضی بیمارانی که اختلالات خواب آنها خواب‌آلودگی ایجاد می‌کند اشتباهاً افسرده تشخیص داده شده‌اند و ممکن است تحت درمان ضدافسردگی‌ها باشند.

این طبیعی است که ضد افسردگی‌ها می‌توانند روی خواب اثر بگذارند. اولاً آنها روی مواد شیمیایی خاصی در مغز که در آنجا خواب کنترل می‌شود تاثیر می‌گذارند. با وجود این، همه ضد

افسردگی‌ها عوارض جانبی ناخواسته‌ای روی مغز ندارند. گاهی اوقات فهمیدن این‌که کدام مشکلات ناشی از دارو و کدام مربوط به افسردگی زیربنایی هستند برای پزشک و بیمار دشوار است.

یکی از عوارض جانبی ضد افسردگی‌ها در بعضی از افراد ممکن است خواب‌آلودگی باشد. بعضی پزشکان این را یک مزیت تلقی می‌کنند. متأسفانه، این عوارض جانبی می‌تواند در افراد مختلف، متناقض باشد. برای مثال همان ضد افسردگی می‌تواند در یک بیمار خواب‌آلودگی و در دیگری بی‌خوابی ایجاد کند. بعضی بیماران ممکن است حتی به‌طور هم‌زمان هر دو عوارض جانبی را داشته باشند - به عبارت دیگر آنها ممکن است بسیار خواب‌آلود بشوند اما نتوانند بخوابند. با پیشرفت درمان این عوارض ناخواسته غالباً دیگر مشکل محسوب نمی‌شوند. تغییر زمان مصرف دارو می‌تواند اثر عوارض جانبی را کاهش دهد. برای مثال اگر یک ضد افسردگی در یک بیمار خواب‌آلودگی ایجاد می‌کند، بهتر است آن را هنگام خواب مصرف کند. از طرف دیگر اگر دارویی محرک است، بهتر است که بیمار از مصرف آن در هنگام خواب اجتناب نماید.

سایر داروهایی که برای درمان بیماری‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند نیز ممکن است روی خواب اثر بگذارند، بنابراین همیشه مطمئن‌ترین کار این است که با پزشک خود مشورت کنید.

داروهایی که برای بیماری قلبی عروقی مورد استفاده قرار گرفته‌اند

چون بیماری‌های قلبی عروقی بسیار شایع هستند، داروهایی که برای درمان این بیماری‌ها استفاده شده‌اند در زمره پراستفاده‌ترین داروها قرار می‌گیرند.

داروهایی که برای درمان فشار خون بالا مورد استفاده قرار می‌گیرند

بتابلوکرها^۱ (برای مثال، پروپانولول^۲ یا ایندرال^۳) که معمولاً برای درمان بیماری‌های قلبی و فشار

^۱ - Beta Blockers

^۲ - Propanolol

^۳ - Inderal

خون تجویز می‌شوند ممکن است کابوس و بی‌خوابی ایجاد کنند. همه داروهایی که در این مقوله جای می‌گیرند این عوارض جانبی را ندارند. بهتر است با پزشک خود مشورت کنید. آگونیست‌های آلفا-۲^۱ (کلونیدین^۲، متیل‌دوپا^۳) ممکن است کابوس، بی‌خوابی و خواب‌آلودگی روزهنگام ایجاد کنند.

آنتاگونیست‌های کلسیم و مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتنسن^۴ که برای درمان فشارخون بالا مورد استفاده قرار می‌گیرند به‌ندرت مشکلات خواب ایجاد می‌کنند.

داروهای پایین‌آورنده کلسترول

این داروها که استاتین‌ها^۵ نامیده شده‌اند (مانند روستیواستاتین^۶، آتورواستاتین^۷، پراواستاتین^۸ و سیمواستاتین^۹) به‌طور گسترده برای پایین آوردن سطوح کلسترول خون مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این‌ها در زمره مورد استفاده‌ترین داروها هستند و اثرات بسیار کمی روی خواب دارند. با وجود این بعضی از بیماران هنگام مصرف این داروها، بی‌خوابی را گزارش داده‌اند.

داروهایی که برای درمان ریتم‌های قلبی غیرطبیعی مورد استفاده قرار گرفته‌اند

درصد کمی از افراد ممکن است هنگام مصرف این داروها در طی روز خستگی را تجربه کنند. بعضی ممکن است بی‌خوابی هم داشته باشند. داروهای بسیاری از این قبیل در بازار هستند. همیشه مطمئن‌ترین کار این است که با پزشک خود مشورت کنید.

^۱ - Alpha-2 Agonists

^۲ - Clonidine

^۳ - Methyl dopa

^۴ - Angiotensin

^۵ - Statins

^۶ - Rostivastatin

^۷ - Atorvastatin

^۸ - Pravastatin

^۹ - Simvastatin

آنتی‌هیستامین‌ها

هیستامین یک ماده شیمیایی است که در بعضی سلول‌های تخصصی بدن وجود دارد. این ماده در حین یک واکنش آلرژیک از این سلول‌ها آزاد می‌شود. خود هیستامین سپس با گیرندگان سایر سلول‌ها فعل و انفعالات شیمیایی انجام می‌دهد. دو نوع گیرنده اصلی هیستامین در بدن وجود دارند (هیستامین-۱ و هیستامین-۲ نامیده شده‌اند). گیرندگان هیستامین-۱ در سیستم عصبی و همین‌طور سلول‌هایی که در یک واکنش آلرژیک فعال شده‌اند، یافت می‌شوند. آنتی‌هیستامین‌هایی که شما احتمالاً تا چند همین یکی دو سال اخیر می‌خوردید این گیرندگان را مهار می‌کردند و یکی از عوارض جانبی اصلی آن ایجاد خواب‌آلودگی بودند. دیفن‌هیدرامین^۱ در بسیاری از داروهای خواب‌آور بدون نسخه مورد استفاده قرار گرفته است. بعضی داروها شامل عنصر تری‌پرولیدین^۲ و آزاتادین^۳ می‌شوند و معمولاً در آمریکای شمالی در ترکیب با سودوآفدرین^۴، موجود هستند. افرادی که این داروهای ترکیبی را می‌گیرند ممکن است متوجه شوند که آنها خواب‌آلودگی روزانه و بی‌خوابی می‌آورند. آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم این عوارض جانبی را ندارند.

مورد استفاده‌ترین نسل دوم آنتاگونیست‌های هیستامین - ۱ که ستیریزین^۵، فکسوفنادین^۶ و لوراتادین^۷ هستند علائم مربوط به خواب را کم‌تر ایجاد می‌کنند. فقدان این عوارض جانبی مسلماً علت رواج بسیار بیشتر این داروها را در سال‌های اخیر توجیه می‌کند.

داروهایی که برای کاهش اسید معده مورد استفاده قرار گرفته‌اند

گیرندگان هیستامین-۲ در سلولهای جدار معده قرار گرفته‌اند و هنگامی که فعال شوند می‌توانند

¹ - Diphenhydramine
² - Triprolidine
³ - Azatadine
⁴ - Pseudoephedrine
⁵ - **Cetirizine**
⁶ - Fexofenadine
⁷ - Loratadine

بیش از اندازه اسید معده تولید کنند. آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین - ۲ (برای مثال رانیتیدین^۱) به-
طور مستقیم این گیرنده را مهار می‌کند و بنابراین تولید اسید را کاهش می‌دهد. مهارکننده‌های پمپ
پروتون (برای مثال، اومی‌پرازول^۲، ایزومپرازول^۳ پانتوپرازول^۴) اثر متفاوتی روی همان سلول‌ها دارند و
تولید اسید را کاهش می‌دهند. این داروهای پراستفاده اثر کمی روی خواب دارند.

بازکننده‌های بینی

سودوافدرین و فنیل پروپانولامین^۵ مواد تشکیل دهنده داروهایی هستند که گرفتگی بینی را برطرف
می‌کنند. این داروها می‌توانند بی‌خوابی ایجاد کنند. فنیل پروپانولامین هم در کانادا و هم در ایالت
متحده از بازار خارج شده است چون نگرانی‌هایی وجود داشت که این فرآورده ممکن است در موارد
نادر سکنه مغزی ایجاد کند.

داروهای آسم

آسم به‌تنهایی می‌تواند موجب بی‌خوابی شود، خصوصاً اگر بیمار شب‌ها خس‌خس یا سرفه کند
که این‌ها موجب به‌هم خوردن خواب می‌شوند. اکثر درمان‌هایی که فعلاً موجود هستند و شامل
استنشاق‌کننده‌ها می‌شوند (بازکننده‌های نایژه^۶ یا داروهای استروئید) تأثیر بسیار کمی روی خواب
دارند. با وجود این بیمارانی که از بازدارنده‌های نایژه استنشاقی که حاوی داروهای قدیمی‌تر مانند
اپی‌نفرین هستند بیش‌از اندازه استفاده می‌کنند ممکن است مشکل خوابیدن را تجربه کنند، به‌خصوص
که این داروها محرک هم هستند. داروهایی که حاوی تئوفیلین^۷ هستند ممکن است در افراد آسمی
موجب بی‌خوابی شوند، چون این دارو از نظر شیمیایی به کافئین شبیه است.

¹ - Ranitidine
² - Omeprazole
³ - Esomeprazole
⁴ - Pantoprazole
⁵ - Phenylpropanolamine
⁶ - Bronchodilators
⁷ - Theophylline

داروهایی که برای درمان درد و بیماری‌های مفصلی مورد استفاده قرار می‌گیرند

داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی^۱ (NSAIDs) که در بیماری‌های مفصلی برای تسکین درد مورد استفاده قرار می‌گیرند هیچ تاثیر قابل ملاحظه‌ای روی خواب ندارند. نمونه‌های آن شامل ایبوپروفن^۲ و سله کوکسیب^۳ می‌شوند.

مسکن‌های نارکوتیک از جمله کدئین و مرفین منجر به خواب آلودگی می‌شوند اما نوعاً آن‌چه رخ می‌دهد یک خواب سبک با بیدار شدن‌های مکرر است. مرفین و داروهایی که اثرات مشابه با مرفین را دارند می‌توانند از نفس کشیدن جلوگیری کنند. من بیماران زیادی را با آپنه خواب دیده‌ام که در اثر استفاده از مرفین یا متادون به درمانگاه خواب آورده شده‌اند.

داروهایی که برای درمان بیماری‌های نورولوژیکی استفاده می‌شوند

از آنجایی که مغز خواب را کنترل می‌کند، می‌توان انتظار داشت که داروهایی که برای درمان بیماری‌های سیستم عصبی مورد استفاده قرار می‌گیرند، روی خواب اثر بگذارند. به افرادی که چنین داروهایی را می‌گیرند باید درباره خواب آلودگی که یکی از عوارض جانبی احتمالی این داروها است، هشدار داده شود و اگر خواب آلودگی دارند نباید رانندگی کنند.

داروهایی که برای درمان بیماری پارکینسون مورد استفاده قرار گرفته‌اند

بیماری پارکینسون به تنهایی می‌تواند مشکلات خواب ایجاد کند. داروهایی که برای درمان این بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند معمولاً موجب بهبود خواب می‌شوند. معه‌ذا، گاهی اوقات همان داروها (آن‌هایی که اثرات مشابه با یک ماده شیمیایی به نام دوپامین را دارند) ممکن است موجب خواب آلودگی شدید بیمار در روز شوند.

¹ - Nonsteroidal anti-inflammatory

² - Ibuprofen

³ - Celecoxib

داروهای ضد صرع

تعداد بسیار زیادی دارو برای درمان صرع موجود هستند. اکثر آنها موجب خواب‌آلودگی در طی روز می‌شوند.

داروهای که برای درمان سرطان مورد استفاده قرار می‌گیرند

داروهای شیمی‌درمانی متعددی برای انواع مختلف سرطان‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌اند. ما نمی‌توانیم همه آنها را در این جا معرفی کنیم اما ذکر یکی دو نکته لازم است. عوارض جانبی بسیاری از داروهای شیمی‌درمانی تهوع و استفراغ است که می‌تواند روی خواب تأثیر بگذارد. بعضی از داروها می‌توانند روی سیستم عصبی نیز تأثیر بگذارند و بعضی افراد دچار بیقراری و سندرم پاهای بیقرار می‌شوند. بسیاری از افرادی که تحت شیمی‌درمانی هستند خستگی توان فرسایی را تجربه می‌کنند. تاموکسیفن^۱ به عنوان یک درمان اضافی پس از جراحی پستان، به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است و فعلاً به‌عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده سرطان پستان تحت آزمایش است. استروژن رشد سلول‌های سرطان پستان را تحریک می‌کند. تاموکسیفن یک داروی ضد استروژن است که این اثر استروژن روی سلول‌های سرطانی را خنثی می‌کند. متأسفانه، اثر ضد استروژن غالباً موجب علائم یائسگی از جمله گرگرفتگی و تعریق شبانه می‌شود و می‌تواند منجر به بی‌خوابی شود (فصل ۵ را ببینید). مشکلات خواب در زنان مبتلا به سرطان بسیار شایع است و فقط آنهایی که سرطان‌های تناسلی را دارند شامل نمی‌شود.

الکل

بسیاری از مردم از الکل برای کمک به خواب‌شان استفاده می‌کنند. این یک توصیه نسنجیده است. اگرچه الکل موجب خواب‌آلودگی افراد می‌شود اما هنگامی که سطح الکل خون پایین می‌افتد سیستم

^۱ -Tamoxifen

عصبی سمپاتیک را فعال می‌کند که موجب بیداری فرد می‌شود، قلبش را تند می‌کند و ممکن است تعریق و سردرد ایجاد نماید. به منظور اجتناب از این نوع بیداری، از قضای روزگار، احتمالاً بهترین کار این است که افراد بعد از پاک شدن الکل از بدن‌شان، بخوابند. بدن تقریباً به یک ساعت وقت نیاز دارد که الکل را از هر مشروبی که حاوی یک اونس الکل است، پاک کند. بعد از نوشیدن سه لیوان مشروب مذکور باید تقریباً سه ساعت صبر کرد.

یکی دیگر از عوارض جانبی منفی الکل این است که می‌تواند موجب خروپف در بعضی افراد شود. در بعضی‌ها، برای مثال آنهایی که آپنه خواب دارند (فصل ۱۲ را ببینید)، مشکل تنفسی خواب بعد از مصرف الکل بسیار بدتر می‌شود. صدها زن به من گفته‌اند که خروپف همسران‌شان بعد از مصرف الکل بدتر می‌شود. هنگامی که یک خروپف‌کننده با خماری یا سردرد شدید از خواب بیدار می‌شود این ممکن است به علت آپنه باشد. الکل شما را خواب‌آلوده می‌کند و ترکیب الکل و محرومیت خواب یا بعضی داروهایی که به‌طور عادی موجب خواب‌آلودگی شما می‌شوند ممکن است موجب از حال رفتن شما شود. استفاده از الکل باعث افزایش خواب‌گردی در افرادی می‌شود که به این نوع پرسه زدن شبانه تمایل دارند. الکل یک کندکننده^۱ سیستم عصبی است و می‌تواند علائم افسردگی را بدتر کند.

سوءمصرف دارو و الکل

بدیهی است که همه مشکلات احتمالی سوءمصرف مواد که یک زن ممکن است با آنها مواجه شود را نمی‌توان در اینجا جای داد. این بخش از کتاب شایع‌ترین آنها را مورد توجه قرار خواهد داد. قاعده اصلی که باید به‌خاطر داشته باشیم این است که همه داروهایی که روی مغز اثر می‌گذارند می‌توانند خواب را مختل کنند. این مواد شامل الکل، کافئین (فصل ۲۰ را ببینید)، داروهای نسخه‌دار، مواد غیرقانونی مانند کوکائین، آمفتامین‌ها و بسیاری دیگر می‌شوند.

^۱ - Depressant

سوء مصرف داروهای نسخه دار

بعضی داروهای نسخه دار می‌توانند اعتیاد آور باشند. این موضوع مسلماً در مورد مسکن‌های نارکوتیک صدق می‌کند و گاهی اوقات در مورد داروهایی که برای درمان اضطراب و بی‌خوابی مورد استفاده قرار گرفته‌اند نیز صادق است. غالباً یک فرد واقعاً معتاد نشده بلکه از نظر روان‌شناختی به یک دارو وابسته شده است. بحث درباره ترک قرص‌های خواب‌آور در فصل ۱۹ است.

سوء مصرف الکل

الکل‌ها مشکلات خواب متعددی دارند. آنها ممکن است مشکل در به خواب رفتن، در خواب باقی ماندن و خواب‌گردی داشته باشند و در طی روز بسیار خواب‌آلود باشند. این افراد ممکن است هنگام زیاده‌روی در مشروب‌خواری، اول مشروب بنوشند و بعد یک خواب کوتاه داشته باشند، سپس دوباره مشروب بنوشند و این روند همین‌طور ادامه یابد. بسیاری از الکل‌های در حال بهبود یا بهبودیافته متوجه می‌شوند که خواب آنها به وضعیت عادی برنمی‌گردد. آنها ممکن است کماکان مشکلات شدیدی در به خواب رفتن و در خواب باقی ماندن داشته باشند.

مواد غیر قانونی

تقریباً همه مواد غیرقانونی روی سیستم عصبی تاثیر دارند و می‌توانند به بی‌خوابی یا خواب‌آلودگی منجر شوند. یک تغییر فاحش در شخصیت و الگوی خواب غالباً مشخص می‌کند که آیا یک مشکل روان‌پزشکی وجود دارد یا تغییرات مذکور ناشی از مصرف مواد می‌باشد. هر دو مشکل از حیثه این کتاب خارج هستند و باید به‌طور قطع با یک پزشک در میان گذاشته شوند.

داروهای کلوب^۱

همان‌طور که در زمان ممنوعیت فروش مشروبات الکلی، الکل به‌طور گسترده در دسترس بود،

^۱ - Club drugs

موادی که روی سیستم عصبی اثر می‌گذارند، به‌طور گسترده موجود هستند و به‌طور غیرقانونی و اکثراً توسط نوجوانان و بزرگسالان جوان، مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این ترکیبات که غالباً تحت عنوان داروهای کلوب طبقه‌بندی شده‌اند در بارها و مهمانی‌های رقص مانند ریوز^۱ که ممکن است تمام شب طول بکشد مصرف می‌شوند. والدین باید از خطرات این مواد برای فرزندان خود آگاه باشند. یک وب‌سایت که در منابع پایانی این کتاب آورده شده است درباره داروهای کلوب فعلی به شما اطلاعاتی می‌دهد.

محرک‌ها (بالابرنده‌ها)

MDMA (که اکستیزی نیز نامیده شده است) ماده‌ای است که معمولاً توسط محصلین مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای مثال، در حدود یک نفر از هر ده دانش‌آموز دبیرستانی سال آخر در ایالت متحده تصدیق کرده‌اند که از این ماده استفاده می‌کنند. بیش از ۳ درصد تصدیق کرده‌اند که در ماه گذشته از آن استفاده نموده‌اند. این یکی از موادی است که در بسیاری از بارها، کلوب‌های شبانه و مهمانی‌ها موجود است و برای بالابردن روحیه از آن استفاده می‌شود. MDMA در دوزهای بالا می‌تواند حرارت بدن را آنقدر بالا ببرد که موجب پارگی عضله و همین‌طور نارسایی کلیه و سیستم قلبی عروقی شود. آن ممکن است به حمله قلبی، سکته مغزی، تشنج و مرگ منجر شود. MDMA می‌تواند به سلول‌های مغزی آسیب دائمی بزند. بی‌خوابی که می‌تواند شدید باشد یکی از عوارض شایع این ماده است و ممکن است بعد از این که فرد آنرا قطع کرد ادامه یابد. مصرف آفتامین‌ها، کوکائین و ریتالین غیرقانونی می‌توانند همگی موجب بی‌خوابی شوند.

کندکننده‌ها (پایین‌آورنده‌ها)

روهیپنول^۲، GHB (گاما هیدروکسی بوتیرات^۳)، مشتقات تریاک (برای مثال هروئین) و کتامین^۴

^۱ - Raves

^۲ - Rohypnol

^۳ - Gammahydroxybutyrate

^۴ - Ketamine

(یک بی‌حس‌کننده) داروهای دیگری هستند که بعضی افراد گاهی به منظور خستی کردن اثرات محرک مواد بالابرنده، از آنها استفاده می‌کنند. آنها غالباً در ریز در دسترس قرار دارند و همین‌طور به‌عنوان داروهای کلوب طبقه‌بندی شده‌اند. بعضی از این مواد موجب بیهوشی افراد می‌شوند و امکان سوءاستفاده جنسی را فراهم می‌کنند.

بازگشت به راننده کامیون دچار بی‌خوابی

راننده کامیون ما هر روز در حدود ده لیتر کولا که حاوی کافئین بود، می‌نوشید. بی‌خوابی او توسط مقادیر متنابهی کافئین که او ندانسته به بدن خود می‌ریخت، ایجاد شده بود. اگر چه او نوشابه‌های غیرالکلی را مجانی می‌گرفت اما در طی چندین سال بهای سنگینی پرداخته بود. او هرگز کافئین را یک ماده محرک تلقی نمی‌کرد. بعد از این که او مصرف کافئین خود را به یک حد معقول رساند، مشکلش حل شد.

داروها و مواد می‌توانند اثرات خوب، بد و نامطلوبی روی خواب بگذارند. افرادی که قصد دارند از داروها استفاده کنند، چه این داروها توسط شرکت‌های دارویی تولید شده باشند و یا در مغازه‌های مواد غذایی بهداشتی موجود باشند باید قبل از هرگونه تصمیم‌گیری درباره دارویی که می‌خواهند مصرف کنند، اطلاعات بدست بیاورند. آنها چه مشکلی را درمان می‌کنند؟ آیا مشکل آنها یک بیماری است و آنها تشخیص را می‌دانند؟ آیا آنها برای مشکل خود درمان صحیح را دریافت می‌کنند؟ دارو چه عوارض جانبی دارد؟

داروها می‌توانند اثرات منفی شدیدی روی خواب داشته باشند و می‌توانند هم بی‌خوابی و هم خواب‌آلودگی روزه‌نگام ایجاد کنند. زنان خیلی بیش‌تر از مردان از داروهای نسخه‌دار استفاده می‌کنند و بیش‌تر از مردان احتمال دارد که علائم مشابه با اختلالات خواب را تجربه نمایند. اگر شما واقعاً یک اختلال خواب دارید باید چه کار کنید؟ بخش بعدی کتاب کمک‌ها و پیشنهاداتی برای این مشکلات ارایه می‌دهد.

بخش ۴

**شما یک مشکل خواب دارید
حالا باید چه کار کنید؟**

فصل ۱۸

کمک گرفتن از پزشک و درمانگاه خواب

یک مورد واضح آپنه خواب

یک روز صبح که من برای رفتن به محل کارم در درمانگاه اختلالات خواب در لابی منتظر آسانسور ایستاده بودم متوجه شدم که یک زن جوان خیلی چاق روی یک صندلی کاملاً خوابیده است.

دو ساعت بعد من او را دوباره دیدم. باز هم او سخت در خواب بود اما این دفعه در اطاق انتظار خوابش برده بود. هنگامی که من بالاخره او را در اطاق معاینه‌ام دیدم هنوز خواب‌آلود بود. وقتی او حرف می‌زد به سختی می‌توانست خودش را بیدار نگه دارد.

پزشکی که این بیمار را به من ارجاع داده بود مطمئن بود که آپنه خواب دارد، هرچه باشد او خواب‌آلود بود و هر زمان که فعالیتی نداشت، بدون توجه به موقعیت، چرت می‌زد. او در حدود ۱۷۵ کیلوگرم وزن داشت، خروپف می‌کرد و پدرش آپنه خواب داشت و به دستگاه CPAP وصل بود. پزشک این بیمار معتقد بود که او حتی به یک تست خواب هم نیاز ندارد و باید برای او درمان CPAP شروع شود.

من هرگز قبل از مطمئن شدن از تشخیص برای کسی CPAP شروع نمی‌کنم. بخشی از روند تشخیصی یک مصاحبه مفصل است و هنگامی که بیمار به من گفت که در زمان کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته و درباره رفتاری که اخیراً با او شده بود نیز صحبت کرد فهمیدم که یک بررسی خواب واقعاً ضرورت دارد.

اولین گام برای مواقعی که به یک مشکل خواب شک می‌رود

اگر شما معتقد هستید که یک مشکل خواب دارید، به پزشک خود مراجعه کنید. علائم خود را به وضوح بیان کنید (فصل ۶ را ببینید). فکر نکنید که پزشک در حین یک ویزیت معمولی که برای یک مشکل دیگر انجام می‌دهد، درباره علائم یک مشکل خواب از شما سؤال می‌کند. بهتر است قبل از ملاقات با پزشک نگرانی‌ها و سؤالات خود را بنویسید تا آنها را فراموش نکنید. این کار مهم است

چون پزشک ممکن است شما را برای یکی از چندین اختلال پزشکی و روان‌پزشکی که موجب مشکلات خواب می‌شوند، مورد بررسی قرار دهد. فهرستی از همه داروهای تجویز شده (با دوزهای آنها) و داروهای بدون نسخه‌ای که مصرف می‌کنید با خودتان ببرید چون آنها ممکن است مشکل ایجاد کرده باشند (فصل ۱۷ را ببینید). هم‌تختی‌تان را با خودتان ببرید چون می‌تواند اطلاعاتی درباره خروپف، توقف تنفس، حرکات و رفتارهایی که ممکن است هنگام خواب از شما سربرزند، اضافه نماید. ارزیابی یا درمان این مشکلات ممکن است برای پزشک شما راحت نباشد و شاید او شما را به یک متخصص خواب ارجاع دهد. علت این کار این است که بسیاری از پزشکان درباره درمان اختلالات خواب آموزش کافی ندیده‌اند، چون این یک رشته جدید پزشکی است.

تولد یک رشته جدید پزشکی

در سال ۱۹۷۰، اگر شما یک مشکل خواب داشتید نه شما و نه پزشک‌تان آن را تشخیص نمی‌دادید، چون تا آن زمان هیچ آگاهی از اختلالات خواب وجود نداشت و بنابراین هیچ مرکز تخصصی یا متخصصینی که مشکل را مورد توجه قرار بدهند، نبود. بعضی از مراکز پزشکی آزمایشگاه‌های پژوهشی داشتند که بخشی از دانشکده‌های پزشکی بودند، چون تعداد کمی از پژوهش‌گران به آنچه در حین رویابینی در مغز اتفاق می‌افتاد و رابطه بین رویا و بیماری روانی علاقه‌مند بودند.

در اواسط سال‌های ۱۹۷۰ که آشکار شد آپنه خواب می‌تواند برای خواب‌رونده خطرناک باشد، طب خواب وارد رشته‌های تخصصی پزشکی شد. بین سال‌های ۱۹۷۰ و نیمه سال‌های ۱۹۹۰ پژوهش‌های عظیمی درباره اختلالات خواب انجام گرفت و آزمایشگاه‌های پزشکی بسیاری از دانشگاه‌ها، کانونی برای درمانگاه‌های خواب شدند. متخصصینی که درباره خواب تحقیق می‌کردند گروه‌هایی برای تبادل اطلاعات درباره خواب تشکیل دادند، اولین مجله پزشکی که متمرکز بر مشکلات خواب بود منتشر شد و استانداردهایی برای درمانگاه‌های خواب به‌منظور حمایت از

بیماران، برقرار گردید. نتیجه همه این پژوهش‌ها این بود که برای جامعه پزشکی آشکار شد که اختلالات خواب بسیار شایع هستند- حتی شایع‌تر از بیماری‌هایی چون آسم. در سال ۱۹۹۰، اولین کتاب درسی درباره اختلالات خواب که مخاطب آن پزشکان بودند با عنوان "اصول و حرفه پزشکی خواب"^۱ (مؤلفین آن، من، دکتر بیل دمنت^۲ و دکتر تام راث^۳ هستیم) منتشر شد. مؤلفین کتاب، تنوعی که در این رشته وجود دارد، نشان داده‌اند: دکتر دمنت یک روان‌پزشک و یکی از پیشکسوتان پژوهش درباره خواب است، دکتر راث یک روان‌شناس است و خودم (نویسنده) یک متخصص طب داخلی و بیماری‌های ریوی هستم. من اولین متخصص ریه بودم که در اولین همایش خواب که در دهه ۱۹۷۰ برگزار شد، شرکت کردم. من به آن‌جا رفتم چون درباره تنفس هنگام خواب پژوهش می‌کردم. من اطلاعات زیادی درباره تنفس داشتم اما تقریباً هیچ چیزی درباره خواب نمی‌دانستم. در آن زمان اکثر متخصصین خواب روان‌پزشک بودند. در حال حاضر هزاران متخصص بیماری‌های ریوی هستند که به درمان اختلالات خواب می‌پردازند. در پاسخ به پژوهش‌های انجام شده، آگاهی رو به رشد از مشکلات خواب و نیاز بیماران، درمانگاه‌های خواب یکی‌یکی تأسیس شدند و مؤسسات دولتی و شرکت‌های بیمه در سراسر آمریکای شمالی برای آزمایشات و درمان‌های اختلالات خواب، تأمین اعتبار کردند. یک رشته جدید متولد شده بود.

تشخیص و درمان اختلالات خواب در حال حاضر بخشی از جریان غالب پزشکی هستند. هزاران آزمایشگاه خواب در سراسر جهان منجمله استرالیا و انگلستان فعالیت می‌کنند. پزشک حالا می‌تواند شما را برای ارزیابی خواب نزد یک متخصص خواب بفرستد. برآورد شده که سه هزار آزمایشگاه در ایالت متحده و کانادا وجود دارند. معهدا از بین آنها فقط در حدود شش صد آزمایشگاه معیارهای سخت آکادمی آمریکایی طب خواب را تأمین می‌کنند و مجاز هستند.

¹ - Principles and Practice of Sleep Medicine

² - Bill Dement

³ - Tom Ross

جواز کار

کیفیت و انواع خدمات آزمایشگاه‌های طب خواب در داخل آمریکای شمالی به‌طور وسیعی تفاوت می‌کند. "آکادمی آمریکایی طب خواب"^۱ از سال ۱۹۷۷ به مراکز اختلالات خواب در ایالت متحده جواز کار داده است. کشورهای دیگری که به چنین مراکزی جواز بدهند، کم هستند. جواز آزمایشگاه‌های خواب در ایالت متحده به مصرف‌کننده اطمینان می‌دهند که آزمایشگاه بازرسی شده و وسایل و کارمندان آن دارای معیارهای مناسب هستند. جواز گرفتن مستلزم آن است که آزمایشگاه دارای یک متخصص طب خواب با گواهی مورد باشد. مراکزی که جواز دارند تضمین می‌کنند که کارمندان آنها برای معاینه بیماران، به‌کارگیری وسایل و انجام آزمایشات و تحلیل نتایج، آموزش دیده و توانا هستند.

در ایالت متحده، "بورد تکنولوژیست‌های پلی سومنوگرافیک دارای پروانه رسمی"^۲ (BRPT) که یک سازمان غیرانتفاعی مستقل است به تکنولوژیست‌های خواب که در آزمایشگاه‌های خواب کار می‌کنند، گواهینامه می‌دهد. تکنولوژیست‌های انگلستان، استرالیا و کانادا (و جاهای دیگر) می‌توانند این امتحان گواهی‌نامه را بگذرانند. تکنسین‌ها یک نقش مهم در یک آزمایشگاه خواب دارند چون اکثر اوقات تنها کسانی هستند که وقتی بیمار تمام شب بزرسی می‌شود در آنجا حضور دارند. اگر یک فوریت پزشکی اتفاق بیفتد، تکنسین باید بتواند آن را تشخیص دهد و اداره کند. برای مثال بیماری ممکن است در طول شب دچار یک ریتم قلبی غیرعادی شود و تکنسین باید خطر را تشخیص دهد و اقدام لازم را به‌عمل آورد. تکنسینی که گواهی‌نامه گرفته امتحانات سختی را گذرانده تا مسلم شده که دارای دانش و مهارت‌هایی است که بتواند بررسی‌های خواب تمام شب را انجام دهد و با بیمارانی که اختلالات خواب و یا مشکل پزشکی دارند کار کند. در بعضی نقاط ایالت متحده افرادی که به‌عنوان تکنسین کار می‌کنند باید پروانه کار درمان‌گران تنفسی را داشته باشند.

^۱ - American Academy of Sleep Medicine

^۲ - Board of Registered Polysomnographic Technologists

شما خدماتی که برای آن پول می‌دهید دریافت می‌کنید و گاهی اوقات حتی آن را هم دریافت

نمی‌کنید

در ایالت متحده علاوه بر مراکزی که پروانه کار دارند، تقریباً هزاران آزمایشگاه هستند که بررسی‌های خواب را ارائه می‌دهند. این آزمایشگاه‌ها بر حسب نوع، کیفیت و هزینه آزمایش به‌طور وسیعی با یکدیگر تفاوت می‌کنند. معهداً، آگاه باشید که یک بررسی پرهزینه کیفیت آن را تضمین نمی‌کند. در حدود پانزده سال قبل، من برای پزشکان یک دوره روش ارزشیابی افراد دچار مشکلات خواب را، تدریس می‌کردم. یکی از پزشکان شرکت کننده از من پرسید که چرا ما باید برای دادن تشخیص این‌همه موارد را اندازه‌گیری کنیم. او فقط سطح اکسیژن خون را اندازه‌گیری می‌کرد و برای این آزمایش از بیماران و شرکت‌های بیمه ۱۲۰۰ دلار هزینه می‌گرفت. دستگاہی که او برای این آزمایش مورد استفاده قرار می‌داد، تقریباً ۲۰۰۰ دلار ارزش داشت - و آن حتی یک وسیله دقیق هم نبود. او هیچ آموزشی در زمینه اختلالات خواب ندیده بود، به همین علت هم در دوره نام‌نویسی کرده بود. او فقط با دو روز استفاده از دستگاہ مبلغی بیش از هزینه‌ای که برای خرید آن پرداخته بود درمی‌آورد و دو برابر هزینه‌ای را می‌گرفت که بعضی از بهترین آزمایشگاه‌های ایالت متحده برای یک بررسی بسیار مفصل که معمولاً توسط یک متخصص طب خواب آموزش دیده انجام می‌گیرد، دریافت می‌کردند. من از این که پزشک مورد نظر این طوری از مردم کلاه‌برداری می‌کند شرمند شدم و وقتی دیدم که چندین نفر دیگر از حضار به روش‌های او علاقه نشان می‌دهند، حتی شرمندتر شدم.

انواع بررسی‌های خواب

امکانات موجود در سراسر ایالت متحده به آنچه بیمه محلی پوشش خواهد داد، بستگی کامل دارد. برای مثال، در بخش‌هایی از کالیفرنیا بعضی از شرکت‌های "مراقبت مدیریت شده"^۱ برای

^۱ - Managed care

ارزیابی های مفصل، هزینه نمی پردازند بلکه غالباً برای بررسی های کوتاه شده هزینه می پردازند. بعضی از شرکت ها، خدماتی که به بیماران این اجازه را می دهد که یک متخصص خواب باصلاحیت را ببینند که مناسب ترین درمان را براساس ارزیابی مفصل تعیین نماید، تحت پوشش بیمه قرار نمی دهند.

بررسی های غربالگری

کلمه غربالگری معمولاً به معنای یک آزمون است - غالباً یک آزمون اولیه که هدف آن شناسایی یا دستیابی به یک مشکل بالقوه است اما به یک تشخیص قطعی منتهی نمی شود. غربالگری ها معمولاً ارزان و بسیار حساس هستند، بنابراین مشکلی ممکن است شناسایی شود که در بررسی های بیشتر وجود نداشته باشد. مثال های غربالگری شامل ماموگرافی برای تشخیص سرطان پستان و اندازه گیری آنتی ژن پوشش پروستاتیک¹ (PSA) برای تشخیص پروستات در مردان، می شوند. هر دو تست ها ممکن است به نتایج مثبت - غلط برسند، چون بعضی کسانی که مثبت غربالگری شده اند در واقع مشکلی ندارند. آن طرف قضیه این است که نتایج منفی - غلط نسبتاً کم هستند.

این در مورد اختلالات خواب خصوصاً اختلالات تنفسی خواب که یک درصد بالای منفی - غلط را در مواقع استفاده از بررسی های غربالگری دارند، صدق نمی کند. در ۱۰ تا ۳۰ درصد از آزمایش های منفی مشخص می شود که بیمار واقعاً یک مشکل دارد. چون این آزمایش ها قطعی نیستند هنگامی که به نتیجه منفی می رسند ممکن است یک حس امنیت کاذب به بیمار بدهند. چون آزمایش ها معمولاً فقط آپنه خواب را غربالگری می کنند، نمی توانند برای کسانی که به علت یکی از چندین مشکل خواب دیگر خواب آلود هستند، تشخیص فراهم کنند. این آزمایش ها معمولاً اطلاعاتی درباره سطح اکسیژن خون، الگوی تنفسی، خروپف و گاهی اوقات یک الکتروکاردیوگرام، جمع آوری می کنند. چنین بررسی هایی را می توان در یک محیط آزمایشگاه یا خانه یک بیمار انجام داد.

اگر یک آزمایش غربالگری مثبت باشد، بیمار معمولاً یک آزمایش دوم می دهد تا بهترین روش برای درمان اختلال تنفسی خواب، تعیین شود. اگر تست غربالگری در مورد بیماری که قویاً احتمال می رود یک اختلال تنفسی خواب دارد، منفی باشد در آن صورت معمولاً آزمایش در یک آزمایشگاه

¹ - Prostatic surface antigen

خواب تکرار می‌شود تا اطمینان حاصل شود که هیچ مشکل جدی وجود ندارد. شما ممکن است این سؤال برایتان پیش بیاید که اگر آزمایشات مفصل اضافی مورد نیاز است، چه ضرورتی دارد که اصلاً بررسی غربالگری انجام بگیرد. چرا فقط با همان آزمایشات مفصل به قضیه فیصله داده نشود؟

بررسی‌های جامع خواب

بررسی جامعی که در آزمایشگاه‌های خواب انجام می‌گیرد همه اطلاعاتی که برای یک تشخیص مورد نیاز است، اندازه‌گیری می‌کند. این آزمایشات چگونگی پاسخ فرد به درمان را نیز واری می‌کند. به علاوه، اختلالات خواب غالباً روی سیستم‌های عضوی متعدد تاثیر می‌گذارند و گاهی اوقات مشاهده این که بعضی از اندازه‌گیری‌ها بیمار را در وضعیت خطرناک نشان می‌دهند، حیاتی است. یک تکنسین معمولاً آزمایش را نظارت می‌کند تا چنانچه وضعیت خطرناکی پیش آمد اقدامات لازم را انجام دهد.

آماده شدن

بعضی افرادی که به یک آزمایشگاه خواب می‌روند ممکن است از خوابیدن در یک محیط نا آشنا ناراحت باشند. اگر شما نیازهای خاصی دارید یا خیلی محجوب هستید، افراد آزمایشگاه را از نگرانی‌های خود آگاه کنید و آنها تلاش خواهند کرد که وسایل راحتی شما را فراهم کنند. تکنسین‌ها افرادی حرفه‌ای هستند و چشم‌شان از این چیزها پر است: مردان دویست کیلویی که با خرس‌های اسباب‌بازی می‌خوابند، افرادی که اصرار دارند لخت بخوابند، نوجوانانی که با گوشی می‌خوابند و کسانی که پاهایشان را باد می‌زنند یا روی آنها آب می‌ریزند. اگر شما نگران هستید، هنگامی که تکنسین‌ها می‌خواهند شما را برای تست آماده کنند، یک دوست یا همسرتان را برای حمایت اخلاقی همراه ببرید. اگر یکی از فرزندان کوچک شما آزمایش خواب دارد، کارکنان آزمایشگاه احتمالاً مکانی برای ماندن شما پیدا خواهند کرد یا اجازه می‌دهند که در آزمایشگاه بخوابید.

بسیاری از افراد چیزهایی از این قبیل می‌گویند: «اصلاً امکان ندارد که من بتوانم در آزمایشگاه بخوابم» یا «شما برای خواباندن من از چه چیزی استفاده خواهید کرد؟» بندرت اتفاق می‌افتد که

بیماری در آزمایشگاه خواب، خوابش نبرد- حتی افرادی که از بی‌خوابی شدید شکایت دارند. برای کمک به خواباندن بیماران از گاز خواب‌آور و قرص‌های خواب استفاده نمی‌شود. گاهی اوقات بیماران می‌پرسند، شما چگونه بدون استفاده از آمپول همه این چیزها را اندازه‌گیری می‌کنید؟ هیچ آمپولی استفاده نمی‌شود. تکنسین‌ها به بیماران کمک می‌کنند که آرام بگیرند و به آنها آموزش داده شده که برای بیماران توضیح دهند که در طول شب چه اتفاقی خواهد افتاد. در حالی که تکنسین حس‌گرها¹ را به بیمار وصل می‌کند یک توضیح مفصل درباره طرز کار می‌دهد و همین‌طور به او می‌گوید که در طول شب ممکن است برای او ماسک CPAP گذاشته شود که یک درمان برای آپنه خواب است. غالباً یک فیلم ویدیویی درباره روش و درمان برای بیمار نمایش داده خواهد شد.

امواج مغزی، حرکات چشمی و وضعیت عضلانی

اندازه‌گیری امواج مغزی (EEG) مهم است تا به این وسیله کسی که نتایج را تحلیل می‌کند بداند چه موقع بیمار خوابیده است. به‌خاطر داشته باشید که در حین خواب REM یا خواب رویابینی حرکات چشمی سریع وجود دارند و خواب‌رونده فلج شده است. بنابراین به مقیاس‌های حرکات چشمی و وضعیت عضلانی نیاز است تا مشخص شود که آیا فرد در خواب REM یا غیر REM قرار دارد. در حین خواب REM است که شدیدترین نابهنجاری‌های تنفسی خواب رخ می‌دهند. در بعضی زنان، نابهنجاری‌های تنفسی خواب فقط در REM اتفاق می‌افتند.

آیا فرد نفس می‌کشد؟

تعیین این‌که آیا شخص واقعاً به‌قدر کافی نفس می‌کشد و مشخص کردن میزان تلاشی که بیمار برای نفس کشیدن به خرج می‌دهد، مهم هستند. این اندازه‌گیری‌ها به ما کمک خواهد کرد که تعیین کنیم چه نوع مشکل تنفسی خواب وجود دارد و چه درمانی مناسب‌تر از همه خواهد بود.

¹ - sensors

سطح اکسیژن خون

اگر شما یک مشکل تنفسی خواب داشته باشید هنگامی که تنفس قطع می‌شود، سطح اکسیژن خون پایین می‌آید. اندازه‌گیری سطح اکسیژن خون حیاتی است، چون با پایین افتادن شدید سطح اکسیژن خون، خطر مشکلات قلبی عروقی مانند ریتم‌های قلبی غیرعادی بالا می‌رود.

ثبت اطلاعات

ده سال پیش اکثر آزمایشگاه‌ها اطلاعات را روی کاغذ جمع‌آوری می‌کردند. برای ثبت نتایج یک شب کامل، بین شش صد تا هزار ورق کاغذ مصرف می‌شد. خوشبختانه حالا تقریباً همه آزمایشگاه‌ها به سیستم‌های کامپیوتری تغییر وضعیت داده‌اند و به این وسیله ده‌ها هزار درخت در سال نجات یافتند.

در الکترونیک، اکثریت سیستم‌ها کوچک‌تر و کوچک‌تر شده‌اند و وزن دستگاهی که در آزمایشگاه خواب مورد استفاده قرار می‌گرفت از چند صد یا هزاران پوند، به حدود سه برابر اندازه یک جعبه لوح فشرده معمولی، کاهش یافته است. این وسیله برای جمع‌آوری اطلاعات درباره این که فرد در چه مرحله‌ای از خواب قرار دارد، تنفس و تلاش‌های او برای نفس کشیدن، الکتروکاردیوگرام و سطح اکسیژن خون، مورد استفاده قرار گرفته است. گاهی اوقات مقیاس‌های دیگری نیز گنجانده شده‌اند که معطوف به مشکلات خاصی مانند برگشت اسید به داخل مری یا این که یک بیمار مرد در طی خواب حرکت چشمی سریع، نعوظ دارد یا نه، هستند. این مقیاس‌ها ممکن است نشان‌دهنده سایر مشکلات پزشکی باشند. برای مثال، ناتوان جنسی در مردی که هیچ نشانه‌ای از نعوظ در حین خواب ندارد این احتمال را مطرح می‌کند که ناتوانی جنسی او یک علت پزشکی تا روان‌شناختی دارد.

در آزمایشگاه خواب چه انتظاری داشته باشیم؟

مرکز خواب دستورالعمل‌های مفصلی درباره تست خواب، مواردی که باید انتظار داشته باشید و وسایلی که باید با خودتان بیاورید (پیژاما، خمیردندان و سایر اقلام بهداشتی، غیره) به شما خواهد داد. بسیاری از آزمایشگاه‌ها دوش دارند که صبح در اختیار شما قرار خواهد گرفت. اگر شما به یک آزمایشگاه خواب جامع می‌روید باید انتظار داشته باشید که به پوست سر، چانه، سینه و پاهایتان الکترودهایی وصل شود. شما همین‌طور باید انتظار داشته باشید که حس‌گرهایی که اکسیژن را اندازه‌گیری می‌کنند روی نرمه گوش یا انگشتان گذاشته شود و حس‌گرهایی در جلوی بینی و دهان شما قرار خواهد گرفت که برای اندازه‌گیری مواقعی است که تنفس شما قطع می‌شود یا خروپف می‌کنید. در این مرحله، اکثر بیماران به یک موجود فضایی شباهت پیدا می‌کنند. تکنسین در حالی که حس‌گرها را به شما وصل می‌کند معمولاً اتفاقاتی که درحین بررسی رخ خواهد داد برای شما توضیح خواهد داد، خصوصاً اگر قرار است شما با یک دستگاه CPAP درمان شوید. سیستم ثبت‌گر کامل در کامپیوتری که روی کمر بند قرار می‌گیرد جاسازی می‌شود.

بیمار آپنه‌ای نوعی در عرض پنج تا ده دقیقه خوابش می‌برد. او در حالی که توسط تکنسین مشاهده و کنترل می‌شود، تقریباً به سرعت خروپف می‌کند یا نفسش قطع می‌شود. هنگامی که بیمار در حال خواب است، تکنسین دستگاه‌های ثبت‌گر را به کار خواهد انداخت که معمولاً یا ثبت‌گرهای کاغذی بسیار بزرگ با رسان‌گرهای متعدد هستند یا سیستم‌های کامپیوتری که اطلاعات را اندازه‌گیری می‌کنند. در هر دو مورد آنها ابزارهای بسیار پیچیده‌ای هستند که به یک تکنسین یا متصدی نیاز دارند که آموزش زیادی دریافت کرده باشد. تکنسین در سراسر روند بررسی، خواب بیمار را مشاهده و روی نوار ویدیویی ضبط می‌کند.

آزمایش با CPAP

در طول شب، اگر تکنسین متوجه شود که شما یک مشکل تنفسی خواب جدی دارید، ممکن است روش CPAP بینی را برای شما شروع کند تا ببیند که آیا این روش مشکل را حل می‌کند یا نه

(فصل ۱۲ را هم ببینید). این کار مستلزم گذاشتن یک ماسک است که به یک لوله لاستیکی روی بینی تان وصل شده. این نوع مطالعه، بررسی خواب دو نیمه شده^۱ نامیده شده است که اولین نیمه آن، بخش تشخیصی در نظر گرفته شده و نیمه دوم، CPAP را برای تعیین این که شما به چه مقدار فشار CPAP نیاز دارید، تنظیم می‌کند.

گاهی اوقات آزمایشگاه ممکن است یک بررسی تشخیصی برای یک شب کامل انجام دهد و شما را با همان روش، یک شب دیگر مجدداً مورد بررسی قرار دهد. اگرچه چنین رویکردی مزایایی دارد اما گران‌تر است. بعضی از آزمایشگاه‌ها دستگاه‌های CPAP اتوماتیک دارند که به جای این که یک تکنیسین مجبور شود تنظیم‌ها را انجام دهد فشار مناسب CPAP را هنگامی که بیمار در خواب است، تعیین می‌کند. گاهی اوقات این آزمایش در خانه بیمار بدون یک تکنیسین انجام می‌گیرد. این رویکرد آخری به اندازه واقعی که یک نفر دیگر تنظیم را انجام می‌دهد، مؤثر نیست. تکنیسین می‌تواند با مشکلاتی که ممکن است پیش بیایند برخورد کند، مانند هنگامی که بیمار دهانش را در حین خواب باز می‌کند که این کار CPAP را بی‌اثر می‌نماید یا هنگامی که بیمار به خاطر ماسک CPAP دچار حالت هراس می‌شود. گاهی اوقات معلوم می‌شود که CPAP درمان اشتباهی است. در این صورت، هیچ چیزی قابل مقایسه با یک تکنیسین ماهر در کنار تخت بیمار نیست.

اندازه‌گیری خواب آلودگی

آزمایش دیگری که در آزمایشگاه خواب انجام می‌شود آزمایش تأخیر خواب چندگانه^۲ نامیده شده است. این آزمایش یک مقیاس خواب آلودگی در طول روز است و برای تایید شروع خواب REM در حین چرت‌زدن‌های افراد دچار نارکولپسی مورد استفاده قرار گرفته است (فصل ۱۳ را ببینید). در این آزمایش به افراد فرصت داده می‌شود که در طول روز هر دو ساعت یک‌بار به مدت بیست دقیقه چرت بزنند. آنها با همان دستگاه‌هایی که در یک مطالعه شبانه به آنها وصل می‌شود، چرت می‌زنند.

^۱ - Split night Study

^۲ - multiple Sleep Latency Test

فرصت چرت زدن در یک اطاق ساکت و تاریک به آنها داده می‌شود. خواب‌آلودگی توسط مدت زمانی که طول می‌کشد تا کسی در طی این فرصت‌های چرت زدن خوابش ببرد، اندازه‌گیری شده است. زمان‌های کوتاه‌تر نشان‌دهنده خواب‌آلودگی بیش‌تر است. فرد دچار خواب‌آلودگی شدید در حین چرت زدن‌ها به‌طور متوسط در کمتر از پنج دقیقه، خوابش می‌برد. افراد دچار نارکولپسی در حین دو یا چند چرت، خواب REM دارند. افرادی که نارکولپسی ندارند در حین چرت‌ها، به‌ندرت رویا می‌بینند.

یک بررسی خواب چگونه می‌تواند کمک بکند

بیش از هشتاد اختلال خواب وجود دارند و اثبات بعضی از آنها فقط توسط یک بررسی خواب جامع، امکان‌پذیر است. آزمایشگاه علاوه بر کمک به تشخیص آپنه خواب و فشار CPAP مورد نیاز برای تأیید نارکولپسی، اختلالات حرکتی و تشنج در حین خواب، سودمند است. در نهایت، آن می‌تواند به بهبود خواب بیماران طبی مانند کسانی که دچار نارسایی قلبی هستند کمک کند و این افراد از درمان مشکلات خاصی که در تست خواب یافته شده است، بهره ببرند.

بازگشت به مورد آپنه خواب واضح

تست خواب وجود آپنه خواب یا حتی شکل خفیف آپنه که سندرم مقاومت راه هوای فوقانی^۱ نامیده شده و در زنان شایع است را تأیید نکرد. بیمار من در حین آزمایش به‌سرعت خوابش می‌برد و گرچه خروپف می‌کرد اما الگوی تنفسی‌اش کاملاً عادی بود. او خواب REM نداشت و مراحل ۳ و ۴ خوابش بسیار کم بودند و EEG او اکثر اوقات موجی را نشان می‌دادند که در افرادی که از داروهای مشخص استفاده می‌کنند، شایع است. آزمایش خواب یک مشکل تنفسی خواب را نشان نداد. عاملی که موجب خواب‌آلودگی او شده بود، داروها بودند. او به‌خاطر درمان اختلال استرس پس

^۱ - Upper airway resistance syndrome

از سانحه که در نتیجه سوءاستفاده جنسی به آن دچار شده بود چهار دارو مصرف می‌کرد. یکی از داروها غالباً موجب اضافه وزن می‌شود. سه داروی دیگر خواب آلودگی ایجاد می‌کنند. تعجبی نداشت که او به سختی می‌توانست بیدار بماند. توصیه من به پزشک خانوادگی او این بود که بیمار را به روان‌پزشک ارجاع دهد تا داروهایش تغییر داده شوند. اگرچه آزمایش خواب، آپنه خواب را تأیید نکرد اما به تشخیص درست منجر شد. در حرفه طب خواب، بررسی‌های خواب همان قدر حیاتی هستند که مصاحبه و معاینه بیمار.

همین‌که مشکل خواب شما تشخیص داده شد باید درمان شود. در بعضی از فصول این کتاب درمان‌های خاصی برای اختلالاتی چون آپنه خواب، نارکولپسی و سندرم پاهای بی‌قرار، بررسی شدند. فصل بعدی درباره یک رویکرد بدون قرص^۱ در درمان بی‌خوابی است و به دنبال آن فصلی می‌آید که به داروهایی می‌پردازد که برای درمان مشکلات خواب مورد استفاده قرار می‌گیرند.

^۱ - no- Pill

فصل ۱۹

درمان بی‌خوابی بدون دارو

زنی که می‌ترسید مورد تمسخر قرار بگیرد

یک زن بیست و پنج ساله که توسط پزشک خانوادگی‌اش ارجاع شده بود به مطب من آمد و درباره بی‌خوابی‌اش توضیح داد. او خیلی نگران بود- او حتی می‌ترسید که مشکل خواب خجالت‌آور او رابطه‌اش را با نامزدش به هم بزند. هنگامی که من از او پرسیدم که بی‌خوابی چه‌طور می‌تواند باعث خجالت او شود، به من گفت که مشکل او دقیقاً بی‌خوابی نبوده، بلکه از خواب بلند شدن و فریاد زدن علت خجالت او بودند. او فکر می‌کرد که خواب‌گردی و فریاد زدن ممکن است باعث شود که نامزدش او را ترک کند. او آن‌قدر درباره این موضوع نگران بود که اخیراً مشکل زیادی در خوابیدن پیدا کرده بود. او این نکته را کاملاً روشن کرد که دلش نمی‌خواهد قرص مصرف کند. او از مصرف هر دارویی به هر علتی اکراه داشت. من فکر کردم که درمان شناختی رفتاری (CBT) می‌تواند به او کمک کند.

درمان شناختی رفتاری

خوشبختانه این بیمار نیز مانند بسیاری از بیماران دیگری که بی‌خوابی دارند می‌تواند بدون مصرف دارو به‌طور مؤثری درمان شود. معهداً، قبل از امتحان یک رویکرد بدون دارو، این خیلی مهم است که سایر علل بی‌خوابی مانند اختلالات پزشکی، اختلالات روان‌پزشکی و تأثیر مواد (منجمله کافئین) توسط یک پزشک یا متخصص خواب ارزیابی شده باشد.

بررسی کنید که آیا یک روان‌شناس بالینی حاذق در جامعه شما وجود دارد و آیا بیمه درمانی شما چنین درمانی را پوشش می‌دهد یا نه. روان‌شناسان افراد را یا به‌طور فردی یا در یک محیط گروهی درمان می‌کنند. بسیاری از این متخصصین به من گفته‌اند که ۷۰ درصد از بیماران آنها قادر هستند با گذراندن تقریباً شش یا هفت جلسه درمان، مشکلات‌شان را حل کنند. معهداً چون افراد نیازهای متفاوتی دارند، بعضی‌ها به جلسات بیشتری از دیگران احتیاج دارند. در حالی که بسیاری از زنان می‌توانند خودشان فنون شناختی رفتاری را یاد بگیرند و در بهبود خواب‌شان موفق هستند، سایرین

ممکن است به کمک یک متخصص مراقبت بهداشتی نیاز داشته باشند.

درمان شناختی رفتاری چیست؟

درمان شناختی رفتاری یک رویکرد روان‌شناختی است که شامل فنونی می‌شود که برای درمان افراد دچار بی‌خوابی و همین‌طور آنهایی که افسردگی شدید و مشکلات اضطراب دارند به‌کار می‌رود (فصل ۱۶ را ببینید). این درمان توسط بسیاری از روان‌شناسان بالینی و سایر متخصصین بهداشتی که در این زمینه آموزش دیده‌اند، ارائه می‌شود.

از آنجایی که هدف این روش حل مشکلات توسط تغییر رفتاری است می‌تواند موجب کاهش استفاده از قرص‌های خواب شود. با این رویکرد، بیمار اطلاعاتی درباره خواب طبیعی یا متوسط خود دریافت می‌کند، یاد می‌گیرد چگونه خواب خود را تنظیم کند و تشویق می‌شود بهداشت خواب مناسب را رعایت کند (سیزده فرمان را در صفحه ۱۸۲ ببینید). نوعاً بیمار یاد می‌گیرد نشانه‌هایی که ممکن است خواب‌آلودگی را ایجاد کنند تشخیص دهد و آنها را از بین ببرد و عادت‌های جدیدی یاد بگیرد که موجب خواب بهتر می‌شوند. بیماران از افکار و انتظارات خود درباره خواب آگاه‌تر می‌شوند و بعداً بهتر قادر خواهند بود آنها را تغییر دهند. آنها چندین تکنیک آرام‌سازی مختلف را یاد می‌گیرند که موجب می‌شود راحت‌تر خواب‌شان ببرد و خواب آسوده‌تری داشته باشند.

درمان شناختی رفتاری توسط بسیاری از روان‌شناسان بالینی و سایر متخصصین بهداشتی که در این زمینه آموزش تخصصی دیده‌اند، فراهم شده است. اگرچه بعضی افراد در ابتدا نسبت به اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی شکاک هستند، بسیاری از آنها پس از این که یک دوره از چنین درمانی را گذرانده‌اند، جزء طرفداران سفت و سخت این رویکرد شده‌اند (و حتی به سایر افراد دوروبر خود که مشکلات خواب داشته‌اند، کمک کرده‌اند).

به‌طور متوسط ۷۰ تا ۸۰ درصد از افراد پس از دریافت درمان شناختی رفتاری بهبود قابل ملاحظه‌ای را در خواب‌شان تجربه می‌کنند. درجه بهبود معمولاً به مقدار تلاشی که افراد به خرج

داده‌اند بستگی دارد. بنابراین من باید اهمیت تمرین مداوم در خانه را تأکید کنم.

مهم است به خاطر داشته باشید که برای دیدن یک نتیجه مثبت باید این راهکارها را هر شب به مدت حداقل سه تا چهار هفته به کار ببندید. با یکی دو بار یا هر چند وقت یک بار به کار بردن آنها، احتمال خیلی کمی دارد که خواب شما به طور مداوم بهبود پیدا کند. شما باید خودتان را برای انجام کار، متعهد بدانید.

یادگیری درباره خواب

همان‌طور که در فصل ۱۰ ذکر شد یک مشکل عمده بسیاری از افرادی که بی‌خوابی را تجربه می‌کنند، تمایل به نگرانی و دلواپسی درباره کمبود خواب است. شاید بهتر باشد بدانید که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هر فردی نیازهای خواب متفاوتی دارد. با توجه به این که اندازه‌های کفش، فشار خون و وزن‌های افراد متفاوت است، این موضوع اصلاً تعجبی ندارد - چرا خواب باید تغییر ناپذیرتر و نادر باشد؟ بعضی از ما طبیعتاً کم‌خواب هستیم و هر شب فقط به پنج تا شش ساعت خواب نیاز داریم تا احساس کنیم سر حال هستیم. سایر افراد پر خواب هستند و به ۹ تا ۱۲ ساعت خواب نیاز دارند. اکثر مردم در بین این دو متناهی قرار می‌گیرند. بعضی از کسانی که متخصصین خواب می‌بینند معتقد هستند که به هشت ساعت خواب نیاز دارند تا خوب عمل کنند و سلامت باشند. همین افراد وقتی می‌فهمند که فقط با شش یا هفت ساعت خواب می‌توانند روز بعد احساس نشاط کنند، اغلب بسیار تعجب‌زده (و آسوده‌خاطر) می‌شوند. بسیاری افراد به خودشان فشار آورده‌اند که مقدار خوابی را کسب کنند که بدنشان در برابر آن مقاومت می‌کند. به طور خلاصه اگر شما با کم‌تر از هشت ساعت خواب احساس نشاط و هوشیاری می‌کنید این به معنای آن نیست که مشکلی دارید - شما فقط به هشت ساعت خوابی که بعضی مردم نیاز دارند، نیاز ندارید. به علاوه تلاش شما برای این که بیش‌تر از مقداری که بآن نیاز دارید بخواهید، با بعضی پیامدهای منفی همراه است. برای مثال، بعضی افرادی که بیش از اندازه می‌خوابند، صبح روز بعد، سردرد، بی‌حالی و با کمال تعجب خواب‌آلودگی

را گزارش می‌دهند. درمان‌گران شناختی‌رفتاری توصیه می‌کنند که بیماران برای تعیین مقدار خوابی که به آن نیاز دارند تا احساس نشاط کنند، آزمون‌های شخصی انجام دهند.

خودتنظیمی خواب

درمان‌گران شناختی‌رفتاری بیماران را تشویق می‌کنند که از یک دفتر روزانه خواب برای پی‌گیری مشکلات خوابشان، استفاده کنند. برای مثال شکل ۱۹-۱ را نگاه کنید. کافی است که زنان هر صبح قبل از بلندشدن از تخت‌خواب - بیش از سه تا چهار دقیقه وقت صرف آن نشود- این دفاتر روزانه را پرکنند. دفتر روزانه به شما امکان می‌دهد که اطلاعاتی درباره منظم‌بودن زمان خواب خود، مدت زمانی که طول می‌کشد تا خوابتان ببرد، تعداد دفعاتی که در طول شب از خواب بیدار می‌شوید و زمان بیدارشدن در صبح، جمع‌آوری کنید. هنگامی که از یک دفتر خواب استفاده می‌کنید این مهم است که در طول شب به ساعت اطاق خواب نگاه نکنید. به جای آن بهتر است مدت زمانی که طول می‌کشد که خوابتان ببرد و دفعاتی که در طول شب از خواب بیدار شده‌اید را حدس یا تخمین بزنید. دفتر روزانه خواب یک جزء لاینفک درمان است، چون به شما ارتباط بین رفتار و الگوی خوابتان را نشان می‌دهد. برای مثال اگر متوجه شوید که قبل از خواب خودتان را به فعالیت‌های زیادی مشغول می‌کنید (مثلاً کارهای خانه) و شروع خوابتان به تأخیر می‌افتد، قبل از خواب، زمانی را برنامه‌ریزی کنید که در طی آن هیچ کاری جز آرام‌گرفتن نداشته باشید. این کار می‌تواند به خواب شما کمک کند. شما ممکن است متوجه شوید که زمان خواب شما روز به روز به‌طور قابل ملاحظه‌ای تفاوت می‌کند. در این موارد می‌توانید تلاش‌هایی برای برقراری یک زمان خواب منظم‌تر به عمل آورید. اگر شما چشمانتان را روی رفتار خوابتان باز نگه دارید، روش‌های خودتنظیمی می‌توانند به شما کمک کنند که آنها را ببندید!

شکل ۱۹-۱ دفتر روزانه خواب درمان شناختی رفتاری

نام _____
تاریخ _____ روز غیر تعطیل _____ یا تعطیلی آخر هفته _____
ساعتی که برای خوابیدن چراغ‌ها را خاموش کردید _____
ساعتی که فکر می‌کنید خوابتان برده _____
من شب گذشته _____ بار از خواب بیدار شدم
ساعتی که از خواب بیدار شدید، دقایقی که طول کشیده دوباره خوابتان ببرد
_____ بعد از نیمه شب _____ دقیقه
_____ بعد از نیمه شب _____ دقیقه
_____ بعد از نیمه شب _____ دقیقه
من آخرین بار در ساعت _____ از خواب بیدار شدم و مجموعاً _____ ساعت خوابیدم
میزان برانگیختگی جسمی خود را در زمان رفتن به تخت خواب با کشیدن دایره به دور عدد
مربوطه مشخص کنید:

کاملاً آرام / آسوده
شدیداً عصبی / برانگیخته

۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸

هنگامی که در تخت خواب بودید درباره چه چیزی فکر می‌کردید؟

_____ بین شام و زمان خواب چه کار می‌کردید _____
_____ هنگامی که در تخت خواب بودید چه کار می‌کردید _____
_____ مدتی که چرت زدید _____
_____ مدتی که چرت زدند طول کشیده _____

_____ زمان مصرف دارو/الکل _____
_____ نوع ماده مصرفی _____

بهداشت خواب

بهداشت خواب به عادات سالمی اشاره می‌کند که موجب یا مانع از خواب می‌شوند. بعضی از این عادات به رژیم غذایی، ورزش، الکل و مصرف مواد، سروصدا، نور و حرارت مربوط می‌شوند. در درمان شناختی رفتاری شما یاد خواهید گرفت که سطح بهداشت خواب شخصی خودتان را ارزیابی و

تعیین کنید که آیا تغییرات لازم هستند یا نه. بعضی از زمینه‌های بهداشت خواب در سیزده فرمان صفحه ۱۸۲ آمده بودند. یک زمینه بهداشت خواب که زنان دچار بی‌خوابی غالباً باید به بهبود آن کمک کنند بی‌خوابی به علت یک هم‌تختی خروپف کننده/ یا بی‌قرار است. درمانگران شناختی رفتاری غالباً زوجها را تشویق می‌کنند که در تخت‌های جداگانه بخوابند تا اثر این تغییر را روی خواب‌شان ارزیابی کنند. اگرچه زوجها ممکن است درباره تأثیری که این کار روی روابط آنها خواهد داشت نگران بشوند اما معمولاً متوجه می‌شوند که با این کار خواب‌شان بهتر می‌شود و راه‌های دیگری برای داشتن روابط نزدیک بدون خوابیدن در یک تخت پیدا می‌کنند.

یک زمینه مشکل‌ساز دیگر بهداشت خواب، خوابیدن در اتاقی است که در آن حیوان خانگی هم می‌خوابد. سگ‌ها و گربه‌ها اکثر اوقات با خمیازه کشیدن، فس‌وفس، له‌له زدن یا حرکت کردن، خواب دیگران را مختل می‌کنند. شما ممکن است از بابت محدود کردن حرکات حیوان خانگی‌تان در شب احساس گناه کنید، اما اگر یک مکان مناسب با یک روانداز قشنگ و اسباب‌بازی مورد علاقه حیوان خانگی‌تان را در خارج از اتاق خواب خود فراهم کنید، کار درستی انجام داده‌اید. به‌خاطر سلامتی خودتان هم شده، لازم است از خوابیدن در اتاقی که یک حیوان خانگی می‌خوابد، خودداری کنید.

درمان‌گران شناختی رفتاری درباره الگوی ورزشی خاص شما خواهند پرسید چون آن مربوط به تبعیت شما از یک بهداشت خواب مناسب می‌شود. از آن جایی که بسیاری از زنان نقش‌های متعدد مراقبت از خانواده و کار در بیرون از خانه را دارند دیگر فرصت چندانی برای ورزش کردن در طول روز پیدا نمی‌کنند. با وجود این، اگر شما بخواهید این کمبود را با ورزش کردن در شب یا در ظرف سه ساعت قبل از خواب جبران کنید، ممکن است دچار مشکلات خواب شوید. اگرچه شما بعد از ورزش ممکن است احساس خستگی زیاد و سستی کنید اما بسیاری از زنان بعد از ورزش یک افزایش شدید انرژی را تجربه می‌کنند که مانع از خواب آنها می‌شود. اگر بیرون از خانه کار می‌کنید برای استفاده از وقت، بهتر است در باشگاه سلامتی نزدیک محل کارتان عضو شوید تا در وقت ناهار

بتوانید در آنجا ورزش کنید.

مسلم است که هیچ بحثی درباره بهداشت خواب بدون ذکر اثرات منفی کافئین (که معمولاً در قهوه، چای، نوشابه‌های دارای کولا و شکلات موجود است)، الکل و نیکوتین (فصل ۲۰ را ببینید) کامل نخواهد شد. اگرچه بسیاری از افراد از اثر منفی کافئین روی خواب آگاه هستند، بعضی‌ها از دانستن این موضوع که حتی یک نوشابه الکلی می‌تواند خواب را مختل کند، متعجب شده‌اند. همین‌طور، اگرچه بعضی افراد کافئین را به‌خوبی تحمل می‌کنند، اما بسیاری از مردم هنگامی که از مصرف کافئین را قطع می‌کنند حتی اگر عادت به نوشیدن فقط یک یا دو فنجان قهوه/چای/کولا در روز را داشته باشند، متوجه بهبود خواب‌شان می‌شوند. افراد خاصی به اثر کافئین بسیار حساس به‌نظر می‌رسند. به‌علاوه، نیکوتین می‌تواند خواب را بدتر کند. اگر شما نمی‌توانید سیگار کشیدن را کاملاً ترک کنید، یکی از بهترین راهکارها برای کاهش اثر نیکوتین روی خواب این است که در طی روز ساعات ثابتی را برای سیگار کشیدن تعیین کنید و سپس آخرین سیگار روزتان را چندین ساعت قبل از خواب بکشید.

درمان شناختی

درمان شناختی بر اساس این عقیده قرار دارد که افکار ما درباره رویدادها، فعالیت‌ها و افراد مختلف زندگی مان می‌تواند احساسات و رفتار ما را تحت تأثیر قرار دهد. بعضی افراد از دانستن این موضوع که تصورات آنها درباره خواب می‌تواند روی رفتار خوابیدن آنها تأثیر بگذارد، متعجب شده‌اند. در زمینه درمان بی‌خوابی، درمان شناختی به این منظور مورد استفاده قرار گرفته که به افراد کمک کند از چیزهایی که درباره خواب به خودشان می‌گویند (فرضیات / باورهای خود) آگاه شوند و ارزشیابی کنند که آیا این فرضیات روش‌های معقول و اطمینان بخشی برای در نظر گرفتن بی‌خوابی آنها است یا نه.

ببینید کدام یک از افکار خود آیند زیر برای شما آشنا هستند و اگر هستند چگونه می‌توانید افکار

مقابله‌ای را جانشین آنها کنید و خواب بهتری داشته باشید.

تفکر خودآیند: «اگر من امشب خوب نخوابم فردا قادر نخواهم بود کاری انجام دهم.»

تفکر مقابله‌ای: «اگر من امشب خوب نخوابم احتمالاً فردا بدخلق خواهم بود اما از عهده‌اش

برمی‌آیم.»

تفکر خودآیند: «وضعیت خواب من ناامیدکننده است و هرگز بهتر نخواهد شد.»

تفکر مقابله‌ای: «خواب من فعلاً مشکل دارد اما اگر فنون درمانی را به‌طور منظم انجام دهم تغییر

خواهد کرد.»

تفکر خودآیند: «من هیچ کنترلی روی خوابم ندارم.»

تفکر مقابله‌ای: «بدنم به من خواهد گفت چه وقت به خواب نیاز دارد.»

تفکر خودآیند: «اگر من امشب بد بخوابم، تا یک هفته خوابم به‌هم‌ریخته خواهد بود.»

تفکر مقابله‌ای: اگر امشب بد بخوابم، بهترین کاری که می‌توانم انجام دهم این است که به خودم

یادآوری کنم در نهایت خوابم خواهد برد.»

تفکر خودآیند: «اگر زود خوابم نبرد تمام شب بیدار خواهم ماند.»

تفکر مقابله‌ای: «من ممکن است زود خوابم نبرد اما در نهایت خوابم خواهد برد. بهترین کاری که

باید برای خودم انجام بدهم این است که از تخت بلند شوم و قبل از بازگشت به آن آن‌قدر صبر کنم

تا خواب‌آلوده شوم.»

تفکر خودآیند: اگر من امشب خوب نخوابم قادر نخواهم بود بعد از کار بیرون بروم، وقتم را با

خانواده‌ام بگذرانم یا تفریح کنم.»

تفکر مقابله‌ای: «اگر من امشب خوب نخوابم، احتمالاً فردا خسته‌تر خواهم بود، اما حتی اگر خسته

باشم باز هم می‌توانم به تفریح‌اتم بپردازم.»

تفکر خودآیند: «وقتی خوابم نمی‌برد، استراحت در تخت خواب بهتر از هیچ چیز است.»

تفکر مقابله‌ای: «استراحت در تخت خواب، بی‌خوابی مرا بدتر خواهد کرد یا حداقل موجب حفظ

و تداوم آن خواهد شد. وقتی خوابم نمی‌برد اگر از تخت خواب بیرون بیایم احتمالاً بی‌خوابی‌ام، بهتر خواهد شد.»

در درمان شناختی‌رفتاری از شما خواسته می‌شود که یک فهرست شخصی از افکار خودآیندی که درباره خواب‌تان دارید تهیه کنید و شیوه‌های تفکر اطمینان‌بخش اما معقولی را درباره خواب خود، کسب نمایید. بسیاری از زنان متوجه می‌شوند که این روش‌ها ارزش امتحان کردن را دارند.

کنترل محرک

کنترل محرک یک فن نیست بلکه یک اصطلاح است که به شرایطی اشاره می‌کند که در آن احتمال وقوع یک رفتار خاص (برای مثال، بی‌خوابی) در حضور یک محرک خاص فراهم می‌شود. به عبارت دیگر، هنگامی که شما در اطاق خواب هستید فعالیت‌های مشخصی می‌توانند موجب برانگیختگی یا بیداری شما شوند، در حالی که سایر فعالیت‌ها می‌توانند موجب خواب شوند. بعضی فعالیت‌هایی که می‌توانند بیداری را افزایش دهند شامل تماشای تلویزیون در تخت خواب، استفاده از کامپیوتر در اطاق خواب و کتاب خواندن در تخت خواب می‌شوند. اگرچه بسیاری از افراد معتقد هستند که این فعالیت‌ها موجب رفع خستگی و آرامش آنها می‌شود، اکثر افراد دچار بی‌خوابی آگاه نیستند که این فعالیت‌ها در واقع می‌توانند موجب تداوم مشکل آنها شوند. چرا این چنین است؟ به زبان ساده بگوییم، این فعالیت‌ها مستلزم توجه یا هوشیاری هستند و مغز را تحریک می‌کنند. ارتباط این فعالیت‌ها با بی‌خوابی تقویت شده است و می‌تواند به یک عادت تبدیل شود. به علاوه، بسیاری از افراد به این فعالیت‌ها وابسته می‌شوند و فکر می‌کنند که اگر از انجام آنها منع شوند خواب‌شان نخواهد برد. اگر خواندن و تماشای تلویزیون قبل از خوابیدن یک بخش مهم دوره استراحت بیمار باشد، درمان‌گران معمولاً توصیه می‌کنند که افراد این فعالیت‌ها را در بیرون از اطاق خواب انجام دهند. این کار موجب می‌شود که رفتارهای ذکر شده و تمرکز و توجهی که می‌طلبند با در تخت خواب بودن کمتر تداعی شود.

یک نشانه یا فعالیت دیگری که بی‌خوابی را افزایش می‌دهد مانند در تخت‌خواب با وجود بیدار بودن است. ماندن در تخت موجب تحکیم ارتباط بین در تخت ماندن و بیدار بودن و کشمکش برای خوابیدن، می‌شود. اگر شما در صدد برقراری مجدد یک الگوی خواب طبیعی هستید از این کار اجتناب کنید. اگر شما بیش از بیست یا سی دقیقه در تخت‌خواب بیدار باشید، درمان‌گر شما را تشویق خواهد کرد که از تخت خارج شوید. بعد از این که از تخت‌خواب بیرون آمدید باید به یک فعالیت غیرتحریک‌کننده مشغول شوید تا احساس خواب‌آلودگی کنید. سپس باید بلافاصله به تخت‌خواب برگردید و این کار را تا هر چند بار که لازم است تکرار نمایید.

در این موارد بعضی از زنان خواندن کتاب را یک فعالیت مناسب می‌دانند. معهذاً، برای دیگران بسیار سخت است که قبل از پایان یک فصل یک کتاب جالب آن‌را زمین بگذارند و تصمیم می‌گیرند فعالیتی که جذابیت کم‌تری دارد انتخاب کنند (برای مثال خواندن صفحات نیازمندی‌ها). به فعالیت‌های طولانی که دست کشیدن از آنها دشوارتر است مانند رسیدگی به صورت‌حساب‌ها یا انجام کارهای خانه مشغول نشوید. کاری که در مورد خود من کمک کننده بوده این است که از جایم بلندشوم و کارهایی که باید روز بعد انجام دهم یادداشت کنم. به یک معنا، همه افکاری که من را بیدار نگه داشته‌اند از سرم خارج شده و روی یک صفحه کاغذ می‌ریزند. خاطرجمع باشید که انتخاب یک فعالیت کمتر تحریک‌کننده و یکنواخت‌تر نهایتاً به خواب‌آلودگی شما کمک خواهد کرد. فقط مطمئن شوید که قبل از احساس خواب‌آلودگی به تخت‌خواب برنگردید.

درمان‌گران به شما کمک خواهند کرد که از نشانه‌هایی که موجب تقویت خواب می‌شوند آگاه شوید. برقراری یک زمان خواب ثابت و یک برنامه منظم خواب (یا زمان خواب و بیدارشدن) دو نشانه مهم هستند که به انتقال جسم شما از حالت بیداری به خواب، کمک می‌کنند. اگر شما فرزند دارید ممکن است عادت کرده باشید کودکستانی‌ها را با یک حمام و بعد از آن گفتن قصه در تخت‌شان، برای خوابیدن آماده کنید. یک دلیل بسیار خوب برای این کار والدین وجود دارد. شما نشانه‌هایی در محیط کودک خود قرار می‌دهید که رسیدن زمان خواب را خبر می‌دهد. در خلال آماده

کردن کودکان برای خواب و سایر فعالیت‌هایی که در زندگی بسیار پر مشغله زنان وجود دارد، آنها غالباً نیاز به برنامه‌ریزی یک زمان خواب ثابت برای خودشان را احساس نمی‌کنند یا فراموش می‌کنند. این کار بسیار مهم است.

علاوه بر تابعیت از یک برنامه ثابت، برنامه‌ریزی یک زمان خواب و بیدارشدن منظم نیز خیلی مهم است. بسیاری از مردم به‌منظور جبران کمبود خواب در سایر روزهای هفته عادت به خوابیدن در آخر هفته‌ها را پیدا می‌کنند. اگرچه این عادت به‌صورت زودگذر خوشایند است اما زمینه بی‌خوابی را فراهم می‌کند. شب یک‌شنبه بدترین شب خواب برای اکثریت مردم است. این موضوع تا اندازه‌ای به نگرانی درباره شروع مجدد کار و مسئولیت‌های آن و همین‌طور پاسخ به افزایش خواب در طی تعطیلی آخر هفته مربوط می‌شود. دیرتر از خواب بیدار شدن به صورت گاه به گاهی خواب را چندان به هم نمی‌زند، به شرط آن‌که شما کماکان در زمان ثابت از خواب بلند شوید. درمان‌گران به شما کمک خواهند کرد انواع نشانه‌هایی که می‌توانند مانع از خواب شما بشوند را شناسایی و واریسی کنید. آنها ممکن است از شما بخواهند آزمایشاتی انجام دهید تا مشخص شود که آیا خواب شما بعد از برداشتن یا افزودن چنین نشانه‌هایی بهتر می‌شود یا نه. معمولاً این راهکارها باید چندین هفته به‌کار برده شوند تا یک بهبود دائمی در خواب، دیده شود.

محدودیت خواب^۱

یک عنصر دیگر درمان شناختی‌رفتاری برای بی‌خوابی، محدودیت خواب است که در آن، زمان صرف شده در تخت خواب به تعداد ساعاتی که شما واقعاً می‌خوابید، محدود می‌شود. برای مثال، تصور کنید که یک زن در ساعت ۱۰ شب به تخت خواب می‌رود و ساعت ۷ صبح (نه ساعت) از جایش بلند می‌شود، اما او فقط از ساعت ۲ نیمه شب تا ۷ صبح می‌خوابد (پنج ساعت). متخصصین خواب خواهند گفت که کارآیی خواب این زن بسیار بد است! بیمار فقط ۵۶ درصد از زمانی را که

^۱ - Sleep restriction

در تخت بوده، خوابیده است. بنابراین چگونه می‌توان این شرایط را بهتر کرد؟

درمان‌گر شما ممکن است از دو رویکرد اصلی استفاده کند. او می‌تواند شما را روی یک راهکار محدودیت خواب «سخت^۱» یا «ملایم^۲» بگذارد. یک راهکار سخت مستلزم محاسبه کارآیی خواب فعلی شما است و وقت خواب شما را به مقدار واقعی خواب‌تان محدود می‌کند، درست همان‌طور که در مثال قبل ذکر شد. بنابراین زنی که در مثال آورده شد نباید در سه شب بعدی زودتر از ساعت ۲ بعد از نصفه شب به تخت‌خواب برود و کماکان ساعت ۷ صبح از جایش بلند شود. بعد از سه شب متوالی که کارآیی خواب تقریباً کامل (۱۰۰ درصد) می‌شود، او می‌تواند تدریجاً زودتر به تخت-خواب برود (با یک افزایش سی دقیقه‌ای) تا به یک کارآیی خواب ۸۵ درصد برسد یا از خوابش رضایت داشته باشد.

شروع این راهکار در یک تعطیلی آخر هفته که شما مسئولیت‌های کاری زیاد یا سایر مشغله‌های روزمره را ندارید احتمالاً بهترین وقت است. انتظار داشته باشید که در طول روز احساس خستگی کنید اما خاطر جمع باشید که معمولاً با دو هفته تمرین این راهکار، نتایج مطلوبی حاصل خواهد شد.

رویکرد ملایم در محدودیت خواب مستلزم محدود کردن تدریجی زمان بودن در تخت‌خواب در طول چند هفته است. به‌جای این که شما زمان بودن در تخت‌خواب را برای هماهنگ کردن آن با ساعت واقعی خواب‌تان ناگهان کاهش دهید، آنرا به تدریج محدود کنید. با استفاده از مثال بالا، بیمار ممکن است در هفته اول وقت خواب خود را تا ساعت ۱۲ شب به تأخیر بیندازد در حالی که کماکان در ساعت ۷ صبح از خواب بیدار شود. در طی هفته دوم او وقت خواب خود را تا ساعت ۱ نیمه شب به تأخیر خواهد انداخت، در حالی که کماکان ساعت ۷ صبح از جایش بلند می‌شود. این روند محدودیت خواب ملایم آن‌قدر ادامه می‌یابد که او به کارآیی خواب نزدیک به کامل برسد. در این مرحله، زمان خواب را می‌توان تدریجاً برای یک ساعت زودتر برنامه‌ریزی کرد تا کارآیی خواب برقرار شود. در این رویکرد نیز مانند نوع سخت محدودیت خواب، اکثر مردم متوجه خواهند شد که

^۱ - Strict

^۲ - Lenient

این راهکار آنها را ملزم نخواهد کرد که چند ماه پشت سرهم شب‌ها تا دیر وقت بیدار بمانند. با وجود این آنها باید انتظار داشته باشند که از رویکرد ملایم به مدت طولانی تری تبعیت کنند.

هر کدام از راهکارهای محدودیت خواب را که انتخاب کنید باید بدانید که از بین همه اجزای تشکیل دهنده درمان شناختی-رفتاری، محدودیت خواب به‌عنوان مؤثرترین روش درمان بی‌خوابی شناخته شده است.

آموزش آرام‌سازی

آموزش آرام‌سازی به تمرین راهکارهای آرام‌سازی برای بهبود کیفیت خواب اشاره می‌کند. آرامش عضلانی نه تنها به شما کمک می‌کند که تنش جسمی را کاهش دهید بلکه می‌تواند ذهن شما را از تمرکز بیش از اندازه روی بی‌خوابی‌تان نیز منحرف کند. اگرچه فنون آرام‌سازی زیادی موجود هستند (و در کتاب‌های خودیاری مختلفی توصیف شده‌اند)، راهکارهایی که در زیر می‌آیند به‌طور گسترده‌ای مورد پژوهش قرار گرفته‌اند و مؤثر یافته شده‌اند. این فنون آرام‌سازی شامل آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده یا عمیق^۱، تنفس هماهنگ^۲، آرام‌سازی تصور ساخته^۳ و هیپنوتیزم-خود^۴ می‌شود. هر کدام از این فنون مستلزم چندین هفته تمرین روزانه هستند تا به نتیجه برسند.

آرام‌سازی پیش‌رونده یا عمیق

این تمرین براساس این عقیده قرار دارد که وقتی عضلات شما تنیده هستند احساس آشفستگی و اضطراب می‌کنید و هنگامی که عضلات شما آرمیده هستند، احساس آرامش و راحتی می‌کنید. هدف از تمرین این است که بتوانید مواقعی که عضلات‌تان تنیده هستند را تشخیص دهید و یاد بگیرید در این شرایط چگونه آنها را شل کنید. برای این کار شما می‌بایست هریک از گروه‌های عضلانی زیر را

¹ - Progressive muscle relaxation

² - Paced breathing

³ - Imagery- induced relaxation

⁴ - Self-hypnosis

برای حدود پنج ثانیه منقبض و سپس همان گروه عضلانی را برای حدود ۱۰ ثانیه شل کنید. هنگامی که عضلات تان را منقبض می‌کنید، لازم نیست تنش زیادی در آنها ایجاد کنید- فقط عضلات را محکم منقبض کنید اما نه آنقدر محکم که دچار احساس درد، گرفتگی یا لرزش شوید. شما می‌توانید این تمرین را در حال نشسته یا درازکش، هر کدام که برایتان راحت‌تر است، انجام دهید.

هنگامی که شما در هر گروه عضلانی تنش را رها می‌کنید، با صدای آهسته کلمه "آرامش" را به خودتان بگویید. در حالی که تنش از عضلات شما خارج می‌شود روی کلمه و احساس آرامیدگی تمرکز کنید. قبل از رفتن به گروه عضلانی بعدی، هر گروه عضلانی را دو بار منقبض و شل کنید. وقتی شما برای اولین بار آرام سازی پیش‌رونده را یاد می‌گیرید تبعیت از دستورالعمل‌هایی که در یک نوار صوتی ضبط شده اند می‌تواند به تمرکز شما کمک کند. شما می‌توانید با خواندن دستورالعمل داخل یک ضبط صوت، نوار شخصی خودتان را درست کنید.

برای شروع: هر گروه عضلانی را به مدت پنج ثانیه منقبض و سپس برای ده ثانیه شل کنید. یادتان باشد قبل از رفتن به گروه بعدی هر گروه را دوبار سفت و شل کنید:

۱- انگشتان دست راست‌تان را محکم مشت کنید.

۲- انگشتان دست چپ‌تان را محکم مشت کنید.

۳- عضله دوسر بازوی راست‌تان را سفت کنید.

۴- عضلات دو سر بازوی چپ‌تان را سفت کنید.

۵- شانه راست‌تان را به طرف گوش‌تان بالا ببرید.

۶- شانه چپ‌تان را به طرف گوش‌تان بالا ببرید.

۷- عضلات پیشانی‌تان را منقبض کنید.

۸- آرواره‌تان را سفت کنید و دندان‌هایتان را روی هم فشار دهید.

۹- عضلات شکم‌تان را سفت کنید.

۱۰- هر دو ساق پای‌تان را به طرف جلو دراز کنید و انگشتان پای‌تان را به طرف بالا بگیرید.

بعد از این که شما هر گروه عضلانی را دوبار سفت و شل کردید، برای چندین دقیقه با چشمان بسته آرام بنشینید. از آرمیدگی لذت ببرید.

تنفس هماهنگ

تنفس سطحی و تند موجب کاهش سطوح دیوکسیدکربن خون می شود. این حالت می تواند به یک احساس نگرانی، عصبی بودن یا حتی گیجی منجر شود که به علت تهویه خفیف ریه ایجاد شده است. این فن به شما آموزش می دهد که چگونه آهسته و عمیق نفس بکشید تا بتوانید به یک حالت عمیق تر آرمیدگی برسید. این تنفس آهسته و عمیق به پایین آمدن سطح استرس که یک مقصر اصلی در بی خوابی است، نیز کمک می کند.

یک دست خود را بر روی سینه و دیگری را روی شکم تان بگذارید. از راه بینی آهسته نفس تان را تو بدهید و همان طور که این کار را انجام می دهید در حدود یک اینچ روی شکم تان فشار بیاورید. هنگام بازدم بگذارید شکم تان به حالت اول برگردد. عمل دم و بازدم را آهسته انجام دهید. تصور کنید که شکم تان مانند یک بادکنک باد کرده. دستی که روی شکم تان است طوری قرار دهید که بالاتر از دستی که روی سینه تان است (که باید این حرکت به آرامی انجام شود) قرار بگیرد. این چرخه را تا هر چند باری که مورد نیاز است تکرار کنید. مطمئن شوید که آهسته نفس می کشید. اگر احساس گیجی کردید فقط از راه بینی تان نفس بکشید و دهان تان را ببندید.

بعد از این که تمرین تنفس خود را تمام کردید چندین دقیقه با چشمان بسته آرام بنشینید. از آرمیدگی لذت ببرید.

آرام سازی تصور ساخته

خودآرامی تصور ساخته براساس این عقیده قرار دارد که تصور یک صحنه آرام بخش می تواند باعث شود که ما احساس آرامش بیشتری بکنیم، آهسته تر نفس بکشیم و احساس کنیم آرام تر هستیم.

برای استفاده از این راهکار، به زمان یا مکانی در زندگی‌تان فکر کنید که در آن کاملاً احساس آرامش کرده‌اید. شما ممکن است نشستن روی لبه یک بارانداز در کنار دریاچه، در ساحل دریا، در حیاط خلوت خانه یا قدم زدن در یک روز زمستانی خنک را به یاد بیاورید. شما ممکن است خودتان را در مکانی که تعطیلات‌تان را گذرانده‌اید، تصور کنید. اگر خاطره خاصی به ذهن‌تان نمی‌آید، آزاد هستید که یک تصور جدید که موجب آرامش‌تان می‌شود در ذهن‌تان بسازید.

یک مکان راحت پیدا کنید، چشم‌های‌تان را ببندید و خودتان را در صحنه آرامش‌بخش‌تان تجسم کنید. سعی کنید به بوها، مناظر و صداها، تصاویر ذهنی خود فکر کنید. در حالی که با حواس پنج‌گانه خود ارتباط برقرار می‌کنید، خودتان را در تصویر ذهنی‌تان جای دهید. آزاد هستید هر جنبه از این تصویر را در هر زمانی که احساس می‌کنید دیگر آرامش‌بخش نیست، تغییر دهید. بعد از تقریباً ده تا پانزده دقیقه، چشمان خود را باز کنید. ساکت بنشینید و از آرمیدگی لذت ببرید.

هیپنوز و هیپنوتیزم – خود

اصلی که در پشت هیپنوتیزم – خود قرار دارد این است که ما به اطلاعاتی که از هر دو ذهن آگاه و ناآگاه‌مان می‌آیند، پاسخ می‌دهیم. آگاهانه، ما می‌توانیم یاد بگیریم با تعدادی از تمرین‌هایی که پیش از این ذکر شدند آرامش بیشتری کسب کنیم. ما همچنین می‌توانیم از ذهن ناخودآگاه‌مان (یعنی افکار و احساساتی که خارج از آگاهی‌مان هستند) استفاده کنیم تا یاد بگیریم عوامل فشارزای شخصی را بشناسیم و آرمیده‌تر بشویم.

با استفاده از هیپنوتیزم – خود و توسط یکی از چندین فنون آن، شما می‌توانید وارد یک حالت خلسه‌شکل شوید، که یک حالت اوج آرامش است. درمان‌گرانی که هیپنوتیزم – خود را آموزش می‌دهند در آغاز، شما را از یک مجموعه تلقین‌ها که شامل تمرکز افراطی روی بعضی عملکردهای بدنی (مانند تنفس) می‌شود، می‌گذرانند. هنگامی که شما تحت هیپنوز هستید به صحنه‌های آرامش‌بخش مختلف هدایت خواهید شد و از شما خواسته می‌شود صحنه‌های خودتان را تجسم

کنید. درمان‌گر ممکن است درباره راه‌های احتمالی برخورد با مشکلات‌تان، به شما پیشنهادهای آرایه دهد. در حین این که شما به این پیشنهادات فکر می‌کنید، صدای حرف زدن درمان‌گر با خودتان را کماکان خواهید شنید، اما فقط بعضی از اوقات به او توجه خواهید کرد. هنگامی که جلسات هیپنوتیزم به پایان می‌رسند شما ممکن است احساس کنید به نوعی مسافرت رفته‌اید. بعد از هیپنوتیزم، بسیاری از افراد به‌طور خودبه‌خود بینش‌های جدیدی درباره مواردی که باعث ناراحتی‌شان می‌شود، بدست می‌آورند. گاهی اوقات این بینش‌ها جدید نیستند بلکه فرد ارزش آنها را خوب نفهمیده است. تجربه هیپنوز به زنان کمک می‌کند تا هم توسط تغییری که در سطح تنش آنها در یک حالت خلسه‌شکل ایجاد شده و هم توسط بینشی که در این مورد بدست آورده‌اند که چه کاری انجام دهند تا از نظر هیجانی بهتر شوند، آرامش کسب نمایند. شما به هیچ وجه توانایی کنترل خودتان را در حین هیپنوتیزم از دست نخواهید داد. در واقع شما کنترل کامل دارید و هر زمانی که بخواهید می‌توانید از انجام این راهکار خودداری کنید.

معمولاً دفعه اول، درمان‌گر، شما را برای انجام هیپنوز راهنمایی خواهد کرد و سپس می‌توانید خودتان آن‌را در خانه انجام دهید. بهترین کار این است که یک صندلی یا تخت راحت برای هیپنوتیزم خود، پیدا کنید. احساسی که شما در حین هیپنوتیزم تجربه خواهید کرد ممکن است مشابه احساسی باشد که شما در گذشته هنگام تماشای یک فیلم بسیار جذاب یا گوش دادن به یک آهنگ مورد علاقه‌تان، داشته‌اید.

کاهش تدریجی قرص‌های خواب

یک بخش نهایی درمان شناختی رفتاری این است که بیمار از قرص‌های خواب استفاده نکند. بسیاری از افراد ترجیح می‌دهند که بدون دارو بخوابند اما بعضی احساس می‌کنند که نمی‌توانند این کار را انجام دهند. این که شما دارو مصرف کنید یا نکنید به میل خودتان بستگی دارد. معهذاً، بسیاری از افراد نگران هستند که مبادا یک وابستگی روانی به داروهای خواب پیدا کنند (و گاهی اوقات هم

یک وابستگی جسمانی). برای مثال زنی که برای یک مشکل خواب تحت درمان رفتاری بود می‌گفت که دلش می‌خواهد قرص خوابش در دسترس باشد تا در صورت نیاز از آن استفاده کند. او در مواقعی که نمی‌توانست قرص را بخورد بسیار نگران و مضطرب می‌شد. مصرف یک قرص برای خوابیدن این تصور را تقویت می‌کند که شما نمی‌توانید خودتان بدون کمک چیزی بخوابید. به علاوه داروی خواب پرهزینه است. به دلایلی که گفته شد، درمان‌گرانی که با این بیماران کار می‌کنند به محض آن که دیدند که آنها سایر مهارت‌ها را برای اداره بی‌خوابی‌شان یاد گرفته‌اند، باید قرص‌های خواب‌شان را به تدریج کم کنند.

اگر زنی برای چندین سال به‌طور منظم قرص خواب مصرف کرده باشد، قطع ناگهانی آن می‌تواند برای او خطرناک باشد. بنابراین دارو باید به تدریج قطع یا کم شود. کم کردن تدریجی دارو معمولاً مستلزم آن است که شما داروی‌تان را به کمترین دوز آن کاهش دهید و آنرا هر چند بار که در حالت عادی مصرف می‌کنید، استفاده نمایید. بعد از این که شما به مصرف فقط یک دوز کم از دارو عادت کردید، قدم بعدی این است که مواقعی را برنامه‌ریزی کنید که قرص خواب نخورید و نگران آخر و عاقبتش هم نباشید. بهترین کار این است که حداقل دو شب را به این برنامه اختصاص دهید. بسیاری از افراد این برنامه را در تعطیلات آخر هفته یا مواقعی که مسئولیت‌های زیادی ندارند اجرا می‌کنند. اکثر این افراد در اولین شبی که بدون قرص خواب می‌گذرانند احساس اضطراب می‌کنند و به‌سختی خواب‌شان می‌برد اما در شب دوم اکثریت آنها کاملاً خسته هستند و بدون کمک دارو خیلی خوب می‌خوابند. معمولاً قطع کامل قرص‌های خواب چندین هفته طول می‌کشد و در طی این مدت ممکن است وقفه‌ها و مواقع دشواری وجود داشته باشند. بسیاری از افراد پس از به پایان رساندن این مرحله بسیار رهایی‌بخش، یک حس غرور شدید و موفقیت را گزارش می‌دهند. پژوهشی که در اواخر سال ۲۰۰۳ منتشر شد نشان داد که برای کمک به ترک قرص‌های خواب، ترکیب درمان شناختی رفتاری به‌اضافه کم کردن تدریجی دارو بسیار مؤثرتر از کاهش تدریجی دارو به‌تنهایی بود. بعد از یک‌سال، ۷۰ درصد از آنهایی که درمان ترکیبی را دریافت می‌کردند در مقایسه با ۲۴ درصد از کسانی که با کاهش

تدریجی دارو درمان می شدند، قرص های خواب را قطع کردند.

بازگشت به زنی که یک مشکل خواب خجالت آور داشت

مشخص شد که بیمار بیست و پنج ساله من یک سابقه طولانی خواب گردی و وحشت های شبانه دارد. وقتی می خوابید، گاهی از جایش بلند می شد و در اطراف راه می رفت و سایر مواقع داد و فریاد می کشید و هر کسی را که در خانه بود می ترساند. صبح روز بعد که او از خواب بیدار می شد هیچ چیزی از این اتفاقات یادش نمی آمد، اما سایرین درباره آن به او می گفتند که موجب خجالتش می شد. او دچار یک ترس از خوابیدن شده بود که ارتباط تنگاتنگی با ترس از خجالت او داشت. متأسفانه این مشکل یک حلقه معیوب ایجاد کرده بود که در آن ترس او موجب محرومیت خواب شده بود که به نوبه خود دوره های خواب گردی و وحشت های شبانه را حتی بیشتر کرده بود. من او را برای درمان شناختی رفتاری به یک روان شناس ارجاع دادم. چندین ماه بعد نامه ای از روان شناس او دریافت کردم که گزارش می داد بیمار به طور قابل ملاحظه ای بهبود یافته است. او دیگر هیچ ترسی از خوابیدن نداشت و خوابش بهتر شده بود و رخدادهای خواب گردی و وحشت های خواب او کاهش یافته بودند.

با وجودی که این رویکرد درمانی برای رفع بی خوابی امیدوارکننده است اما برای هر زنی مؤثر واقع نمی شود، خصوصاً اگر همان طور که در بخش دیگر این کتاب ذکر شد، بی خوابی به علت یک بیماری زیربنایی که درمان خاص را ایجاد می کند، ایجاد شده باشد. فصل بعدی به بیمارانی می پردازد که به خاطر مشکل خوابشان به درمان دارویی نیاز دارند.

فصل ۲۰

داروهایی که اختلالات خواب را درمان می‌کنند

مدیری با بی خوابی همیشگی

بیمار به علت بی خوابی نزد من آمده بود. او یک خانم وکیل سی و پنج ساله بود که به عنوان یک مدیر اجرایی برای یک مؤسسه مالی کار می کرد. عملکرد شغلی او اخیراً مختل شده بود و او نگران بود که اشتباهاتی مرتکب شود. شروع بی خوابی او از زمان کودکی بود و مادرش به او گفته بود که همیشه بد خواب بوده است. او از همان دوران کودکی و بعدها به عنوان یک دانش آموز یاد گرفت که با خواب بد مقابله کند و عملاً در مدرسه و دانشگاه پیشرفت قابل ملاحظه ای کرد.

ناگهان در حدود شش ماه قبل از آمدن نزد من، بی خوابی او به درجه ای رسید که برای گرفتن قرص خواب به پزشکش مراجعه کرد. او همیشه در برابر مصرف قرص های خواب مقاومت می کرد چون فکر می کرد آنها اعتیادآور هستند. او از روی استیصال، نهایتاً مصرف قرص های خواب را شروع کرد. به هر حال، بی خوابی او با وجود مصرف قرص بدتر از همیشه شده بود. همسرش شکایت داشت که بی خوابی و بی قراری خانمش موجب کمبود خواب او هم شده است. تخت خواب آنها هر صبح کاملاً بهم ریخته بود و ملافه ها هر کدام یک طرف افتاده بودند.

قوی ترین ابزار یک پزشک، سؤال کردن است. من تقریباً مطمئن بودم که با یکی دو سؤال می توانم مشکل او را حل کنم.

مردم چه دارویی مصرف کنند که خوابشان ببرد

بسیاری از مردم برای این که بتوانند بخوابند به داروها نیاز دارند. هیچ چیز دیگری برای آنها مؤثر واقع نمی شود و آنها می بینند که زندگانی و سلامتی شان با دارو بهتر از بدون دارو است. محصولات دارویی بسیاری وارد بازار شده اند که به خواب افراد کمک می کنند. تعداد زیادی مؤثر و بی خطر هستند و داروهایی با عوارض جانبی کم نیز عرضه شده اند.

قرص های خواب

داروهای بی شماری به خواب افراد کمک می کنند. آنها را می توان به چهار گروه تقسیم کرد :

- ۱- داروهای نسخه‌دار که خواب‌آورها نامیده شده‌اند، داروهایی هستند که به‌طور اختصاصی برای درمان بی‌خوابی، تحت آزمایش قرار گرفته و به بازار عرضه شده‌اند.
- ۲- داروهایی که برای درمان یک بیماری خاص آزمایش و عرضه شده‌اند اما یکی از عوارض جانبی آنها خواب‌آلودگی است، گاهی اوقات به عنوان دارویی که به خواب افراد کمک می‌کند، تجویز شده‌اند.
- ۳- داروهای بدون نسخه که شما می‌توانید از خرده‌فروشی‌ها مانند دراگ استورها بخرید، در بعضی موارد مؤثر هستند.
- ۴- محصولات «طبیعی» که در دراگ استورها یا مغازه‌های غذای سالم موجود هستند.

داروهای تجویز شده یا خواب‌آورها

اکثر کسانی که یک قرص خواب را مصرف می‌کنند معتقد هستند که به محض این که آن را می‌خورند انگار که جادو شده باشد، خواب‌شان می‌برد. چیزی که واقعاً اتفاق می‌افتد این است که وقتی شما قرص را می‌خورید اول باید در جهاز هاضمه شما حل و بعد جذب شود، سپس به کبد برود و توسط آن تجزیه شود و به طرف خون و بعد مغز برود و در آنجا به گیرنده‌ها متصل شود. در سراسر این فرآیند، بدن سعی می‌کند که خودش را از قید ماده شیمیایی رها کند. مردم وقتی می‌فهمند به محض خوردن قرص خواب، خواب‌شان نخواهد برد، متعجب می‌شوند.

چند قاعده اصلی در زیر عنوان شده است :

داروهای مختلف دوره‌های شروع متفاوتی دارند. یعنی، مدت زمانی که طول می‌کشد که دارو از معده به داخل بدن و نهایتاً داخل مغز برود بر حسب نوع دارو و فرد، تفاوت می‌کند. یک دارو فقط زمانی شما را به خواب می‌برد که مولکول‌های آن تعداد معینی از گیرنده‌های خواب در مغز را فعال کرده باشد.

دارو تا وقتی شما را کماکان در خواب نگه خواهد داشت که تعداد مشخصی از گیرندگان خواب هم‌چنان فعال شده باشند.

داروها بر حسب این که چگونه توسط بدن تجزیه شده باشند، تفاوت می‌کنند، بنابراین دوره‌های اثربخشی متفاوتی دارند. دانشمندان با آگاهی از این که چه مدت طول می‌کشد که نیمی از ماده شیمیایی در بدن از بین برود (نیمه عمر)، مدت زمانی که اثرات یک دارو باقی می‌ماند را اندازه‌گیری می‌کنند. بنابراین اگر دارویی یک نیمه عمر دو ساعته داشته باشد، سطح آن در عرض دو ساعت به یک دوم، در چهار ساعت به یک چهارم و در شش ساعت به یک هشتم، کاهش پیدا می‌کند.

انواع مواد شیمیایی‌ای که در قرص‌های خواب تجویز شده به‌کار رفته‌اند و روی گیرندگان خواب اثر می‌گذارند در طی چند دهه گذشته تغییر کرده‌اند. داروهای قدیمی‌تر منجمله داروهایی که باربیتوریت‌ها نامیده شده‌اند برای تأثیر بر سایر گیرندگان بدن مورد استفاده قرار می‌گرفتند و گاهی اوقات مصرف بیش از اندازه آنها می‌توانست باعث مرگ شود. این داروها، دیگر به‌ندرت به عنوان قرص‌ها خواب مورد استفاده قرار می‌گیرند اما هرچند وقت یک بار من با دیدن کسی که هنوز از آنها استفاده می‌کند، متعجب می‌شوم. داروهای بنزودیازپین‌ها جانشین باربیتوریت‌ها شده‌اند که تعداد زیادی از آنها فعلاً در بازار هستند. این داروها به‌طور اختصاصی‌تر به گیرندگان خواب متصل می‌شوند اما آنها اثرات دیگری هم دارند. مصرف بیش از اندازه و مرگ‌بار بنزودیازپین‌ها نادر هستند اما این داروها در ترکیب با سایر داروها یا الکل ممکن است مرگ‌آور باشند. جدیدترین خواب‌آورهایی که عرضه شده‌اند همان گیرندگان خواب را فعال می‌کنند اما بسیار اختصاصی‌تر هستند و غیر بنزودیازپین‌ها نامیده شده‌اند. مصرف بیش از اندازه این داروها به‌ندرت مرگ‌بار هستند. در جدول صفحه بعد فهرست داروهایی که روی گیرندگان خواب اثر می‌گذارند، آورده شده‌اند.

همه داروهای تجویز شده دو نام دارند، یک نام شیمیایی و یک نام تجارتي . اکثر نام‌های شیمیایی بنزودیازپین‌ها به حروف پام^۱ ختم می‌شوند. هرچه نیمه عمر دارو طولانی‌تر باشد (هرچه بیشتر طول بکشد که دارو در بدن از بین برود) احتمال بیشتری دارد که صبح روز بعد، فرد مقداری خواب‌آلودگی باقی‌مانده یا حالت گیجی داشته باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بین بنزودیازپین‌ها، هر چه نیمه عمر کوتاه‌تر باشد احتمال بیشتری دارد که وقتی فرد دارو را قطع می‌کند، دچار عوارض جانبی شود. به‌طور کلی، هم بنزودیازپین‌ها و هم غیربنزودیازپین‌ها نسبتاً بی‌خطر تلقی شده‌اند چون اگر در دوزهای عادی که روی بر چسب دارو نوشته شده مصرف شوند، تنفس را کند نمی‌کنند. با وجود این اگر شما یک مشکل تنفسی دارید باید قبل از استفاده از هر نوع داروی خواب، با پزشک‌تان مشورت کنید. پزشک ممکن است تصمیم بگیرد که بی‌خوابی شما را با داروهایی که به‌طور معمول برای سایر بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، درمان کند. یکی از عوارض جانبی بعضی از ضدافسردگی‌ها خواب‌آلودگی است. بنابراین آنها برای درمان مشکلات خواب بعضی بیماران خصوصاً آنهایی که علائم افسردگی دارند نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این اثربخشی دوگانه می‌تواند علت آن‌که بسیاری از زنان ضد افسردگی می‌گیرند را توجیه کند. مورد استفاده‌ترین آنها ترازادون^۲ (دزریل^۳) و بعضی از ضدافسردگی‌های قدیمی‌تر هستند (مثال‌های آن شامل آمی‌تریپتیلین^۴، ایمی‌پرامین^۵، دوکسپین^۶ می‌شوند) که یکی از عوارض جانبی آنها خواب‌آلودگی است.

^۱ - Pam
^۲ - Trazadon
^۳ - Deseryl
^۴ - Amitriptyline
^۵ - Imipramine
^۶ - Doxepin

داروهایی که برای بی خوابی استفاده می شوند

نام شیمیایی	سطح اوج (ساعات)	نیمه عمر (ساعات)	مخفف*
بنزودیازپین ها			
آلپرازولام ^۱	۲-۱	۲۷-۶	STAP
کلردیازپوکساید	نامشخص	۴۸-۲۴	STA
کلونازپام	۴-۱	۴۰-۳۰	SP
کلرازپات ^۲	سریع	۵۰-۴۰	SA
دیازپام	۲-۱	۱۰۰-۳۰	SMTAP
استازولام ^۳	۲	۲۴-۱۰	SI
فلورازپام ^۴	۱-۰/۵	۱۰۰-۴۷	SI
هالازپام ^۵	۳-۱	۱۴	SA
لورازپام	۲	۱۲	SMTAP
اکسازپام	۳	۱۰-۵	SAI
کوازپام ^۶	۲	۱۰۰-۴۷	SI
تمازپام ^۷	۱/۶-۱/۲	۱۸-۳/۵	SI
تریازولام ^۸	۲-۱	۵/۵-۱/۵	SI
غیروبنزودیازپین ها			
زالپلون ^۹	۱	۱	I
زولپیدم ^{۱۰}	۱/۶	۲/۵	I
اکسزوپیکلون ^{۱۱}	۱	۷-۵	I
راملتون ^{۱۲}	۰/۳	۱/۲	I
<p>گردآوری شده از منابع متعدد منجمله کتابخانه ملی پزشکی آمریکا و NIH ، مقالات پزشکی و ضمیمه های داروها. بعضی از شرکت ها بعضی از این محصولات را دیگر تولید نمی کنند.</p> <p>* مخفف برای : S = خواب و به عنوان یک آرام بخش، M = شل کننده عضلات، A = اضطراب، P = پانیک، T = لرزش (تکان عضلات)، I = مورد تأیید FDA آمریکا برای بی خوابی. ردیف های خاکستری داروهایی هستند که موارد استفاده اصلی آن به عنوان یک قرص خواب است. پزشک شما ممکن است داروها را برای مواردی غیر از موارد استفاده اصلی آنها تجویز کند.</p>			

- 1 - Alprazolam
- 2 - Clorazepate
- 3 - Estazolam
- 4 - Flurazepam
- 5 - Halazepam
- 6 - Quazepam
- 7 - Temazepam
- 8 - Triazolam
- 9 - Zaleplon
- 10 - Zolpidem
- 11 - Eszopiclone
- 12 - Ramelteon

داروهای بدون نسخه

یکی از ترکیبات اصلی اکثر داروهای خواب‌آوری که در درگاه‌استورها و پیش‌خوان‌های فروشگاه‌ها برای درمان بی‌خوابی موجود هستند، آنتی‌هیستامین است. بسیاری از این محصولات اصلاً برای درمان مشکلات آلرژی عرضه شده بودند و یکی از عوارض جانبی اصلی آنها خواب‌آلودگی بود. اکثر زنان نمی‌دانند که آنتی‌هیستامین‌های جدیدتر این عارضه جانبی را ندارند. زنانی که انتظار دارند آنتی‌هیستامین‌های جدید به خواب آنها کمک کند دچار دل‌سردی می‌شوند. با وجود این اگر آنها به علت حساسیت‌هایی که موجب گرفتگی بینی و خارش گلوی آنها می‌شود نمی‌توانند بخوابند در آن صورت برطرف شدن این علائم به خواب آنها کمک خواهد کرد. داروهای خواب‌بدون نسخه‌ای که محتوای آنتی‌هیستامین‌های قدیمی‌تر هستند به‌طور گسترده یا با دقت تمام، به‌عنوان قرص‌های خواب آزمایش نشده‌اند. آنها احتمالاً برای استفاده کوتاه‌مدت یا گاه‌به‌گاهی بی‌خطر هستند. همان‌طور که حدس زدید یکی از عوارض اصلی این داروها خواب‌آلودگی است. افراد غالباً در روز بعد از استفاده از این داروها احساس خواب‌آلودگی و گیجی می‌کنند. این به خاطر آن است که دارو ممکن است به‌طور کامل از بدن پاک نشده باشد یا خواب کافی نبوده است. استفاده از این داروها برای هفته‌ها، ماه‌ها یا طولانی‌تر توصیه نشده است چون آنها روی سیستم هیستامین در بدن اثر می‌گذارند که می‌تواند عوارض ناخواسته‌ای هم‌چون دلشوره، تهوع و غیره ایجاد کند. افرادی که از این داروها استفاده می‌کنند باید جزییات روی بسته دارو را بخوانند. به‌عنوان یک قانون کلی، من داروهای خوابی که برای اهداف درمانی دیگر تولید شده‌اند، توصیه نمی‌کنم. احتیاط من بر اساس این واقعیت است که اکثریت این داروها برای هدفی به جز آنچه برای آنها ذکر شده، به‌قدر کفایت آزمایش نشده‌اند.

بعضی زنان با قرص‌های خواب‌بدون نسخه، خوددرمانی می‌کنند (در کشورهایی که این محصولات موجود هستند)، بنابراین آنها می‌توانند با وجود خروپف شوهرشان، بخوابند. برای یافتن راه‌های بهتری برای مقابله با خروپف هم‌تختی خود، فصل ۱۲ را ببینید.

محصولات « طبیعی »

سه محصول طبیعی که گاهی اوقات برای درمان خواب‌آلودگی مورد استفاده قرار گرفته‌اند ملاتونین، ریشه والرین و کاوا هستند که در خرده‌فروشی‌ها یا فروشگاه‌های مواد غذایی سالم موجود می‌باشند. این محصولات به دقت داروهای خواب‌آوری که توسط دولت تأیید شده و توسط یک پزشک تجویز شده، آزمایش نشده‌اند. اثر درازمدت این داروها و شیوه تعامل آنها با سایر داروها معمولاً شناخته شده نیست. زنانی که قصد دارند از این محصولات طبیعی استفاده کنند باید این را بدانند که در واقع اطلاعات علمی بسیار کم‌تری درباره این داروها تا داروهای خواب‌تجویز شده، وجود دارد. همان‌طور که در جای دیگر این کتاب ذکر شد، فقط چون یک محصول طبیعی است به معنای آن نیست که بی‌خطر است. ما اصلاً نمی‌دانیم که آیا مصرف چنین داروهایی در مدت زمان طولانی بی‌خطر یا مؤثر است. بسیاری از افراد شکایت دارند که داروهای طبیعی‌ای که امتحان کرده‌اند برایشان مؤثر نبوده است، اگرچه بسیاری دیگر هستند که این محصولات را مصرف می‌کنند و از نتایج آن راضی هستند. مهم‌ترین موضوعی که من می‌خواهم در اینجا و سراسر این کتاب مورد تأکید قرار دهم این است که اگر شما یک مشکل جدی در به‌خواب رفتن یا در خواب باقی ماندن دارید که بیش از چند هفته طول کشیده، خیلی مهم است که توسط یک متخصص مورد ارزیابی قرار بگیرید تا مطمئن شوید که بی‌خوابی علامت یک اختلال دیگر نیست. قرص‌های خواب هر بیماری جسمی را درمان نمی‌کنند. زنان باید درباره استفاده از هر دارویی برای درمان بی‌خوابی بسیار مراقب باشند، خصوصاً اگر آنها را هر شب و برای مدتی بیش از یکی دو ماه استفاده کرده باشند.

ملاتونین

ملاتونین هورمونی است که توسط مغز انسان در غده صنوبری¹ تولید می‌شود. آن هورمون تاریکی نامیده شده است چون نور خورشید موجب پایین افتادن سطح این هورمون می‌شود. اکثر مردم از

¹ - Pineal gland

ملاتونین استفاده می‌کنند تا خواب‌شان ببرد، چون بی‌خوابی یا یک مشکل ساعت بدنی دارند (فصل ۸ را ببینید) که معمولاً در نتیجه هواپیمازدگی یا عبور از مناطق زمانی ایجاد شده. در ایالت متحده این دارو در فروشگاه‌های مواد غذایی سالم، دراگ استورها و سایر خرده‌فروشی‌ها به وفور یافت می‌شود. فروش این دارو به صورت آزاد در کانادا، انگلستان و استرالیا غیرقانونی است.

ملاتونین یکی از دو هورمونی است که در ایالت متحده بدون نسخه فروخته می‌شود. هورمون دیگری که به نسخه نیاز ندارد، DHEA می‌باشد که یک محصول با خواص هورمون مردانه است که غالباً توسط ورزشکاران برای بزرگ نشان‌دادن عضلات‌شان مورد استفاده قرار گرفته است. اگرچه مردم دلیل می‌آورند که ملاتونین صرفاً یک ماده شیمیایی است که مغز به‌طور طبیعی تولید می‌کند، اما دوزهایی که معمولاً استفاده شده چندین برابر بیشتر از مقداری است که توسط حتی پرکارترین غده صنوبری تولید می‌شود.

در حالی که اکثر داروهای نسخه‌دار تحت آزمایشات دقیق قرار می‌گیرند تا از اثربخشی و بی‌خطر بودن آنها اطمینان حاصل شود، ملاتونین مورد بررسی قرار نگرفته تا مشخص شود که هنگامی که به مدت طولانی توسط جمعیت عمومی مورد استفاده قرار می‌گیرد بی‌خطر است یا نه. به‌علاوه مطالعات دقیقی وجود ندارند که تعیین کنند که آیا ملاتونین واقعاً در درمان بی‌خوابی مؤثر است، دوز بهینه باید چقدر باشد و آیا داروی بی‌خطری است. بنابراین دوز مؤثر این دارو واقعاً تعیین نشده است. اطلاعات درباره عوارض جانبی معمولاً روی بسته محصول نوشته نشده است (مردم ممکن است روز بعد از استفاده از آن احساس خواب‌آلودگی و خستگی کنند).

اگر چه مطالعاتی وجود دارند که اثربخشی ملاتونین را در کاهش هر دو هواپیمازدگی و سندرم مرحله خواب تعویق افتاده (فصل ۸ را ببینید) نشان داده‌اند، اما پژوهش‌هایی که تا به حال انجام گرفته تعداد زیادی آزمودنی ندارد. این واقعیت که ملاتونین یک ماده طبیعی است به معنای آن نیست که استفاده از آن بی‌خطر می‌باشد. اجازه استفاده گسترده از انسولین یا هورمون تیروئید که هر دو مواد طبیعی هستند، هرگز داده نشده، چون ما می‌دانیم که مصرف بیش از اندازه این هورمون‌ها می‌تواند

مشکلات طبی شدید تولید کند. همین‌طور، برخلاف کسانی که داروهای مجاز تولید می‌کنند، تولیدکنندگان و واردکنندگان ملاتونین تحت نظارت دقیق FDA قرار نگرفته‌اند تا تضمین شود که روند فرآوری بی‌خطر بوده و مواد تشکیل دهنده به‌طور صحیح روی بر چسب یا ضمیمه دارو درج شده است. ملاتونین در ایالت متحده به عنوان یک دارو طبقه‌بندی نشده است، آن به‌عنوان یک مکمل غذایی همانند ویتامین‌ها و محصولات مشابه به بازار عرضه می‌شود. ملاتونین به‌خاطر یک نکته فنی در قوانین دارویی ایالت متحده، در دسترس عموم قرار دارد و به عقیده من حتماً باید مانند هر داروی دیگری مورد مطالعه قرار بگیرد. اخیراً پژوهش‌هایی درباره یک نوع مصنوعی ملاتونین انجام گرفته که روی سلول‌های ساعت بدنی اثر می‌گذارد اما به سایر قسمت‌های بدن کاری ندارد.

والرین و کاوا

دو محصول دیگری که به صورت آزاد در فروشگاه‌های مواد غذایی سالم موجودند، والرین و کاوا هستند.

تحقیقات پزشکی بسیار کمی منتشر شده‌اند که نشان دهند کاوا برای درمان بی‌خوابی مؤثر است. آنچه می‌دانیم این است که کاوا می‌تواند در موارد نادر، نارسایی کبدی ایجاد کند. این محصول در کانادا از بازار جمع شده است چون مؤثر تشخیص داده نشده و استفاده از آن احتمال خطر داشته است. در ایالت متحده، FDA یک اعلامیه منتشر کرده که درباره این عارضه جانبی شدید به عموم هشدار می‌دهد. والرین کمی بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته است، اما تعداد افرادی که با استفاده از روش‌های امروزی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند در اکثر موارد بسیار کم بوده است (پانزده تا سی نفر) و نتایج متناقض هستند. بعضی پژوهش‌ها فواید آن‌را در کمک به خوابیدن نشان داده‌اند، در حالی که سایر پژوهش‌ها بهبود کم یا خفیفی را گزارش داده‌اند.

گسترده‌ترین مرور علمی از همه مقالاتی که درباره والرین نوشته شده نشان داده که نتایج ناکافی هستند. پزشکی این راه دشوار را یاد گرفته که عوارض جانبی داروها، حتی آنهایی که به‌ندرت پیش

می‌آیند، می‌توانند خطرناک باشند. این عوارض را نباید نادیده گرفت یا از نظر دور داشت. برای مثال، بعضی عوارض جانبی ممکن است فقط در یک نفر از هر هزار نفر (یا شاید ده هزار نفر) رخ دهد. چنین یافته‌هایی بدون پژوهش درباره تعداد زیادی از افراد اصلاً امکان‌پذیر نخواهد بود. چگونه کسی می‌تواند درمانی را برای میلیون‌ها نفر توصیه کند، در حالی که یک پژوهش فقط تعداد کمی از آزمودنی‌ها را مورد مطالعه قرار داده است.

داروهایی که مردم برای بیدار ماندن مورد استفاده قرار می‌دهند

خواب‌آلودگی یک نتیجه عادی شیوه زندگی ما، جهان ما و بسیاری از اختلالات خواب است. بسیاری از افرادی که محرومیت خواب دارند نمی‌توانند بدون نوشیدن قهوه صبح خود، کاری انجام بدهند و در محل کار، دستگاه قهوه جوش درست مانند کامپیوتر حضور دایمی دارد.

داروهای محرک

این داروها کارکرد سیستم‌های عضوی متعدد منجمله مغز و سیستم قلبی عروقی را افزایش می‌دهند. در دوزهای کم فقط یک عضو - برای مثال مغز - ممکن است تحریک شود و موجب هوشیارتر شدن فرد گردد. در دوزهای بالاتر سیستم‌های متعددی ممکن است تحریک شوند و به عوارض جانبی ناخواسته‌ای منجر گردند.

کافئین

کافئین احتمالاً مورد استفاده‌ترین داروی محرک در جهان است. برآورد شده که حداقل ۸۰ درصد از اهالی آمریکای شمالی در مدت روز کافئین مصرف می‌کنند. کافئین در نوشابه‌های غیرالکلی، محصولات غذایی و مسلماً قهوه و چای و همین‌طور بعضی داروها یافت می‌شود. بعد از این که یک زن قهوه اش را می‌نوشد (واقعاً اهمیت ندارد چقدر)، سه تا چهار ساعت طول

می‌کشد که کبد او سطح کافئین خون را به نصف کاهش دهد. این به معنای آن است که ممکن است نه تا یازده ساعت طول بکشد که کافئین از سیستم او پاک شود. قرص‌های ضدحاملگی می‌توانند دفع کافئین از بدن را حتی آهسته‌تر کنند.

بسیاری از زنان اولین کاری که صبح اول وقت انجام می‌دهند نوشیدن قهوه است تا هوشیارتر شوند و ممکن است در طی روز دو یا سه فنجان اضافی دیگر نیز بنوشند. اگر افراد بیش از ۲۰۰ میلی‌گرم کافئین در روز مصرف کنند، خصوصاً اگر آنرا عصر یا شب بگیرند ممکن است دچار مشکل خواب شوند.

زنان یائسه توجه کنند

تحقیقات پزشکی اخیر نشان می‌دهند که بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم کافئین در روز (هجده اونس قهوه دم کرده) تحلیل استخوان را تسریع می‌کند و ممکن است خطر استئوپوروز را افزایش دهد.

مصرف کافئین به حد افراط در بروز علائم اضطراب نیز نقش دارد. شگفت‌آورست که کودکان بدون اینکه متوجه باشند مقدار زیادی کافئین خصوصاً در نوشابه‌های غیرالکلی می‌گیرند. بعضی از متداول‌ترین نوشابه‌های غیرالکلی حاوی مقادیر زیادی کافئین هستند. تحقیقی که در سال ۲۰۰۳ منتشر شد، گزارش داده که مصرف کافئین در کلاس هفتمی، هشتمی و نهمی‌ها قابل ملاحظه بوده. ۷۰ درصد از آنها روزانه کافئین مصرف می‌کردند و تقریباً ۲۰ درصد از آنها بیش از ۱۰۰ میلی‌گرم در روز مصرف می‌کردند. یکی از کلاس هشتمی‌ها ۳۸۰ میلی‌گرم کافئین در روز می‌گرفت!

در دوران حاملگی بدن کافئین را آهسته‌تر تجزیه می‌کند. زنان حامله دلایل زیادی برای احساس خواب‌آلودگی دارند (فصل ۴ را ببینید) و ممکن است فکر کنند که می‌توانند با نوشیدن مقادیر بیشتری قهوه با خواب‌آلودگی مبارزه نمایند. یک پژوهش سوئدی که در سال ۲۰۰۰ منتشر شد نشان داد که زنانی که ۳۰۰ تا ۴۹۹ میلی‌گرم کافئین در روز مصرف می‌کردند، ۴۰ درصد خطر سقط

جنین داشتند، در حالی که آنهایی که ۵۰۰ میلی گرم یا بیشتر در روز مصرف می کردند خطر را به ۱۲۰ درصد افزایش می دادند. تحقیق دیگری که سال ۲۰۰۳ در دانمارک انجام گرفت گزارش داد که وقتی مصرف کافئین از ۳۷۵ میلی گرم در روز تجاوز می کرد، ۱۲۰ درصد خطر سقط جنین وجود داشت. چه مقدار کافئین در دوران حاملگی بی خطر است؟ احتمالاً در حدود یک فنجان در روز.

داروهای محرک نسخه دار

این داروها برای درمان خواب‌آلودگی بیمارانی که دچار اختلالات خواب مانند نارکولپسی هستند (فصل ۱۳ را ببینید) مورد استفاده قرار گرفته‌اند و همین‌طور برای درمان اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی نیز استفاده شده‌اند. داروهای محرک با تاثیر بر سلول‌های سیستم عصبی مرکزی، عمل می‌کنند. بعضی از داروهای محرک- منجمله آمفتامین، دکستروآمفتامین، مت‌آمفتامین، کوکائین و متیل فنیدات- به داروهای خیابانی تبدیل شده‌اند. آنها روی سیستم عصبی سمپاتیک تأثیر می‌گذارند، بنابراین می‌توانند تغییراتی در ضربان و ریتم قلب ایجاد کنند و ممکن است فشار خون را افزایش دهند و موجب دلهره بشوند. این داروها سطوح ماده دوپامین را در مغز و جاهای دیگر افزایش می‌دهند که می‌تواند سلول‌های عصبی منجمله آنهایی که ضربان قلب و فشارخون را کنترل می‌کنند، تحریک نمایند.

متیل فنیدات (ریتالین) به‌طور گسترده برای درمان کودکان دچار اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (ADHD) مورد استفاده قرار گرفته است. این دارو همچنین برای بیماران دچار نارکولپسی استفاده شده است (فصل ۱۳ را ببینید). این دارو به‌خاطر تأثیر آن روی سیستم عصبی سمپاتیک می‌تواند روی ضربان قلب و فشارخون اثر بگذارد. آن به‌طور معمول برای مبارزه با خواب‌آلودگی در نارکولپتیک‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، اما به‌نظر می‌رسد که در ADHD نتیجه عکس دارد.

آمفتامین‌ها شامل آمفتامین، دکستروآمفتامین (دکسدرین^۱، دکسترواستات^۲) و متامفتامین

^۱ - Dexedrine

^۲ - DextroStat

(دزوکسین^۱) می‌شوند. آدرال^۲ و بیفناتامین^۳ داروهای ترکیبی هستند که حاوی هر دو آمفتامین و دکستروآمفتامین می‌باشند. سال‌ها قبل، پزشکان این داروها را به‌طور وسیع برای کم کردن اشتها تجویز می‌کردند. بسیاری از زنان این دارو را به امید این که وزن‌شان کم شود می‌گرفتند. پزشکی به من می‌گفت که مادرش حدود سال ۱۹۵۰، هنگامی که او را حامله بوده آمفتامین مصرف می‌کرده تا وزنش را کم کند. انواع طولانی اثر این داروها گاهی اوقات برای درمان ADHD مورد استفاده قرار گرفته‌اند. تجویز این داروها به‌خاطر کنترل‌های شدیدی که روی داروهای نسخه‌داری که امکان سوء مصرف دارند، می‌شود از سایر انواع داروها دشوارتر است. پیمولین^۴ (سیلرت^۵) یک داروی محرک است که هنوز در ایالت متحده استفاده می‌شود، اما در کانادا، انگلستان و استرالیا به‌خاطر نگرانی‌هایی که درباره عوارض جانبی آن به‌ویژه مشکلات کبدی وجود دارد دیگر موجود نیست. مازیندول^۶ (مازانول^۷ و سانورکس^۸) که برای کاهش اشتها مورد استفاده قرار می‌گیرد نیز گاهی اوقات به عنوان یک محرک تجویز شده است.

عوارض جانبی محرک‌ها

عجیب آن که، هوشیاری که اثر اصلی و دلیلی است که یک محرک مورد استفاده قرار می‌گیرد، خودش یکی از عوارض جانبی منفی اصلی آن نیز محسوب می‌شود. هوشیاری فرد ممکن است تا دیروقت طول بکشد که خوابیدن و در خواب باقی ماندن را برای او دشوار می‌کند. در طول سال‌ها من بیماران زیادی منجمله کودکان دچار بی‌خوابی را دیده‌ام که بی‌خوابی آنها به علت مصرف شدید کافئین بوده است. بعضی افراد حتی به کافئین معتاد شده‌اند و در روز پانزده تا سی فنجان قهوه می‌نوشند. ترک

¹ - Desoxyn
² - Adderall
³ - Biphenatamine
⁴ - Pemoline
⁵ - Cylert
⁶ - Mazindol
⁷ - Mazanor
⁸ - Sanorex

این ماده برای آنها دشوار است و هنگامی که تلاش می‌کنند مصرف خود را کاهش دهند، ممکن است دچار علائمی چون سردرد و دلشوره بشوند. بهترین روشی که معتادین به کافئین می‌توانند وابستگی خود را کاهش دهند این است که این کار را در طول یک تا دو هفته به تدریج انجام بدهند.

داروهای ایجاد کننده هوشیاری^۱

مودافینیل (با نام‌های مودالرت در انگلستان، آلرتک در کانادا، پروویجیل در ایالت متحده، مودا ویجیل در استرالیا) در سال‌های اخیر برای درمان خواب‌آلودگی کسانی که دچار نارکولپسی هستند در آمریکای شمالی عرضه شده (فصل ۱۳ را ببینید). کار مودافینیل از محرک‌هایی که قبلاً ذکر شدند متفاوت است چون سیستم‌های عضوی متعدد را تحریک نمی‌کند بلکه ظاهراً روی مراکز مغز که مسئول بیدار نگه داشتن فرد هستند عمل می‌نماید. استفاده از این دارو برای بسیاری از بیماری‌های دیگری که در آنها فرد ممکن است خواب‌آلود یا خسته باشد از جمله مالتیپل اسکلروز، افسردگی، بیماری پارکینسون و سرطان، شروع شده است. در ایالت متحده استفاده از این دارو در ایالت متحده برای درمان افرادی که خواب‌آلودگی آنها به علت اختلالات کار شیفتی است و درمان بیماران دچار آپنه خواب که از CPAP استفاده می‌کنند اما خواب‌آلودگی باقی‌مانده دارند، تأیید شده است. استفاده از این دارو در درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کودکان و همین‌طور اختلالاتی که به طور عادی با محرک‌ها درمان می‌شوند، تحت پژوهش قرار دارد. این دارویی است که افراد را بدون فعال کردن سیستم عصبی سمپاتیک بیدار می‌کند که در کسانی که آمفتامین مصرف می‌کنند مشاهده شده است. این دارو معمولاً دوبار در روز مصرف می‌شود. اولین دوز آن در صبح اول وقت قبل از انجام هر کاری مصرف می‌شود و دوز دوم وقت نهار خورده می‌شود. اگر بیماران دارو را در ساعات دیرتری از روز بخورند، ممکن است نتوانند شب بخوابند. این دارو یک ترکیب جدید است که اعتیادآور بودن آن تا به حال نشان داده نشده است و عوارض جانبی کمی دارد.

^۱ -Alertness-Promiting

بازگشت به مدیری که بی خوابی همیشگی داشت

سؤالی که ما را در خط سیر صحیح قرارداد این بود که برای شما چه قرص خوابی تجویز شده است؟ او نام دارو را ذکر کرد. دارویی که او نام برد اصلاً یک قرص خواب نبود بلکه یک ضدافسردگی بود که او موقع خواب می خورد.

او نمی دانست دارویی که مصرف می کند یک ضد افسردگی است. بعضی پزشکان دوزهای پایین ضدافسردگی ها را برای خواب تجویز می کنند چون یکی از عوارض جانبی این داروها خواب آلودگی است و آنها گمان می کنند این داروها قاعداً باید بی خطرتر از « قرص های خواب » باشند. یکی دیگر از عوارض جانبی قرص هایی که او می گرفت این بود که آنها عملاً در وقت خواب او را بیقرارتر می کردند. در واقع او دچار سندرم پاهای بی قرار شده بود که چیزی بود که شوهرش را شبها بیدار نگه می داشت. قبل از این که او شروع به مصرف قرص های خواب بکند عادت داشت به آرامی در تخت دراز بکشد تا خوابش ببرد. بعد از مصرف قرص ها او تمام شب در تخت غلت می زد و می چرخید. او با تصور این که بی خوابی اش روز به روز بدتر می شود به مصرف قرص ها ادامه می داد و ارتباطی بین مصرف قرص ها و بدتر شدن علائمش برقرار نکرده بود.

در واقع بیمار یک بی خوابی اولیه را تجربه می کرد (فصل ۱۰ را ببینید) که آنرا در اکثر دوران زندگی اش داشت. ما راه های درمان را برای او شرح دادیم. او فکر می کرد که بعضی شبها باید قرص های خواب بخورد تا بتواند روز بعد وظایفش را انجام دهد. ما یکی از قرص های خواب کوتاه اثر جدید را برای او انتخاب کردیم. یکی دو هفته بعد او به من تلفن زد تا بگوید که دو روز بعد از قطع ضدافسردگی، بی قراری اش از بین رفته است. او با مصرف قرص خواب جدید، خوابش عالی شده بود و دارو مطلقاً هیچ عوارض جانبی نداشت. او سه یا چهار شب در هفته قرص ها را مصرف می کرد و راضی بود.

در این فصل شما دیدید که قرص هایی که برای درمان مشکلات خواب به کار می روند می توانند موجب بهبود علائم شوند. داروها فقط زمانی می توانند با اطمینان استفاده شوند که پزشک و بیمار بدانند مشکل چیست و درباره راه های درمان با یکدیگر گفتگو کرده باشند. در بعضی بیماران، دارو قابل قبول ترین راه حل است. در فصل بعدی مطالب عمده ای که شما درباره خواب یاد گرفته اید و بهترین روش برخورد با مشکل خوابتان، مرور می شود.

فصل ۲۱

زمان به تخت خواب رفتن

اگر شما این کتاب را در تخت خواب خود می خوانید امیدوارم بتوانید در پایان این فصل آن را ببینید و خاطر جمع باشید که راه حل مشکل خواب شما به زودی در اختیارتان خواهد بود.

اختلالات خواب و کمبود خواب، زندگانی بسیاری از زنان را به طور جدی تحت تأثیر قرار می دهد. این زنان در سراسر روز خواب آلود هستند، انرژی انجام کارها را ندارند و سلامتی شان در خطر است. آنها نمی توانند شب ها خوب بخوابند، بنابراین در طول روز قادر نیستند خودشان را بیدار نگه دارند. همان طور که در بخش های قبلی این کتاب خواندید بسیاری از جنبه های زندگی یک زن پرمشغله می تواند روی خواب او اثر منفی بگذارد. اینها شامل تأثیر هورمون ها، حاملگی ها، یائسگی، مراقبت از اعضای خانواده، بچه های کوچک و سالمندان، برنامه شغلی، داروهای مصرفی و استرس های زندگی روزانه می شوند.

زنان از همه لحاظ با مردان متفاوت هستند، خواب هم از این قاعده مستثنی نیست. برای زنانی که در سن باروری هستند، هر ماه با خود تغییرات هورمونی به همراه می آورد که نه تنها ممکن است موجب سندرم قبل از قاعدگی شود بلکه اختلالات خواب نیز ایجاد کند. یک مشکل شایع در ترشح هورمون یعنی سندرم تخمدان چند کیستی می تواند به یک مشکل خطرناک یعنی آپنه خواب منجر شود. و هنگامی که زنی حامله می شود، یک تغییر فاحش در فیزیولوژی و آناتومی او رخ می دهد تا برای معجزه تولد آماده شود. مادر برای این معجزه تاوان می پردازد. در حدود ۸۰ درصد از زنان حامله خواب مختل دارند و بعضی از آنها دچار آپنه خواب و اختلالات حرکتی می شوند. اطمینان یافتن و پیش گیری از کمبود اسیدفولیک یا آهن در مادر آینده می تواند موجب بهبود خواب او شود و از بروز یک بیماری نورولوژیکی دائمی در نوزاد در حال رشد جلوگیری کند.

یک تغییر فاحش دیگر در سطوح هورمونی، در دوران یائسگی رخ می دهد که یک زن را از بسیاری لحاظ دچار مشکل می کند. کاهش در سطوح طبیعی هورمون های زنانه، خطر مشکلات تنفسی خواب و بیماری قلبی در یک زن را افزایش می دهد و همین طور موجب علائم یائسگی شدید مانند گرگرفتگی می شود که می تواند شدیداً خواب را مختل کند. بیش از نصف زنان در حال یائسگی

یا یائسه شده بی خوابی دارند. با این که درمان‌هایی وجود دارند، اما بهترین روش برای درمان مشکلات خواب در دوران یائسگی مشخص نیست. بعضی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان جایگزینی هورمون ممکن است خطر بعضی بیماری‌ها در بعضی زنان را افزایش دهد. امیدوارم شما یاد گرفته باشید که به جستجوی اطلاعات و پژوهش‌های جدیدی که به آن نیاز دارید، بروید. فهرستی از وبسایت‌ها در بخش منابع آخر کتاب جمع آوری شده که می‌تواند از این لحاظ کمک‌کننده باشد.

زن امروزی نقش‌های متعددی دارد. او در خانه و محیط شغلی‌اش کار می‌کند. غالباً کار شیفتهی انجام می‌دهد و در معرض فشارهای زندگی مدرن قرار دارد. به‌علاوه، هنگامی که فرزندان او مشکلات خواب دارند یا همسرش یک اختلال خواب مثل آپنه خواب دارد این زن است که لطمه می‌بیند. خوابیدن در کنار کسی که آپنه خواب دارد می‌تواند شکنجه‌آور باشد. حداقل ۳۰ درصد از همه مردان آمریکای شمالی خروپف می‌کنند- بنابراین در آنجا تعداد زیادی از زنان دچار محرومیت از خواب هستند. خبر خوب این است که اکثر مشکلات خواب را می‌توان درمان کرد.

مورد دختر چهارده‌ساله کشاورز که زندگی‌اش به‌خاطر لوزه‌های بزرگ او تقریباً نابود شده بود، روشن کرد که آپنه خواب می‌تواند تقریباً هر کسی را دچار کند و گاهی اوقات درمان آن آسان است. ما حالا می‌دانیم که آپنه خواب تقریباً ۲ درصد از همه زنان بزرگسال را دچار می‌کند. به‌علاوه علائم آپنه خواب زنان گاهی با علائم مردان متفاوت است. در نتیجه، زنانی که دچار آپنه خواب هستند غالباً تشخیص اشتباه دریافت کرده‌اند و برای افسردگی درمان شده‌اند. شما متوجه شدید که بسیاری از پزشکان و جمعیت عمومی، آپنه خواب را یک اختلال مردان چاق تلقی می‌کنند. معهذا بسیاری از زنان آپنه خواب دارند و لزوماً چاق نیستند. نوعی آپنه خواب که اخیراً توصیف شده و سندرم مقاومت راه هوای فوقانی نام دارد در زنان شایع‌تر از مردان است و بسیاری از این بیماران اضافه وزن ندارند. امیدوارم که شما پس از خواندن این کتاب بتوانید تشخیص دهید که خودتان یا یکی از اعضای خانواده‌تان چه وقت باید به‌دنبال کمک تخصصی بروید و چه درمان‌هایی مؤثر یافته شده‌اند.

مقدار خوابی که بدن شما بآن نیاز دارد همان قدر منحصر به شما است که رنگ موی تان. اما شما باید هم‌اکنون درباره این که چند ساعت خوابیدن، طبیعی محسوب می‌شود، چگونه خواب و بیداری توسط مغز کنترل شده‌اند و چگونه یک ساعت در مغز خواب‌آلودگی و بیداری را کنترل می‌کند، شناخت بهتری پیدا کرده باشید. این ساعت بدن به کنترل بسیاری از عملکردهای جسمی شما، کمک می‌کند. هنگامی که ساعت بدن شما با ساعت جمعیت عمومی متفاوت باشد، اگر زود کار بیفتد شما ممکن است نتوانید تمام شب را بدون وقفه بخوابید و اگر دیر کار بیفتد شما ممکن است قادر به خوابیدن نباشید. مسافرت می‌تواند این ساعت را شدیداً مختل کند و منجر به هواپیمازدگی شود. شما فهمیدید که ساعت چه اشکالی ممکن است داشته باشد و چطور درستش کنید.

مورد هنرمندی که خلاقیتش سرکوب شده بود نشان داد که چگونه یک مشکل قلبی می‌تواند موجب بی‌خوابی شود و تأثیر شگرفی روی زندگی یک زن بگذارد. شایع‌ترین مشکل خواب در زنان، بی‌خوابی است. در واقع، حقیقت دیگر درباره خواب زنان این است که بی‌خوابی در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است. اطلاعات درباره بی‌خوابی خوشبختانه به شما کمک کرد که بفهمید بی‌خوابی یک بیماری نیست، بلکه نشانه اتفاق دیگری است که در بدن می‌افتد - یک بیماری طبی، روان - شناختی یا روان‌پزشکی یا یک واکنش به استرس. بیماری‌های طبی که دامنه آن از نارسایی قلبی تا دیابت، ریفلاکس اسید، زخم معده، آرتریت و بسیاری بیماری‌های دردناک دیگر از جمله سرطان قرار دارند می‌توانند به بی‌خوابی منجر شوند. شما فهمیدید که چگونه این بیماری‌ها می‌توانند موجب بی‌خوابی شوند و پزشک خانوادگی شما چگونه می‌تواند بدون استفاده از قرص‌های خواب بلکه با درمان‌های خاص بیماری‌های طبی، به رفع بی‌خوابی شما کمک کند. امیدوارم حالا سرنخ‌هایی که ما را به علت احتمالی بی‌خوابی می‌رساند به راحتی شناسایی شده باشند.

مورد همسر پزشکی که پس از اولین حاملگی خود به مدت بیش از سی سال از RLS رنج می‌برد به - وضوح نشان داد که سندرم پاهای بی‌قرار و اختلالات حرکتی می‌توانند کسی را که تلاش می‌کند بخوابد دچار رنج و عذاب کنند. این بیماری‌ها ممکن است در حدود ۱۵ درصد از جمعیت بزرگسال را دچار کنند.

زنان به ویژه در خطر هستند. کمبود آهن یک علت زیربنایی RLS است. زنان به علت سیکل‌های قاعدگی خیلی بیشتر از مردان احتمال دارد که در طول زندگی‌شان دچار کمبود آهن شوند، و RLS اکثر اوقات در دوران حاملگی شروع می‌شود. شما یاد گرفتید که این اختلال را در خود و افراد خانواده‌تان تشخیص دهید و از درمان‌های ساده‌ای که غالباً می‌توانند این اختلال را علاج کنند، آگاه شدید.

شما در این کتاب مطالب زیادی درباره این که چگونه مغز و سیستم عصبی نیروی زیادی روی کیفیت و کمیت خواب اعمال می‌کند، خواندید. مشخصه تقریباً همه بیماران روان‌پزشکی، خواب آشفته است. شایع‌ترین اختلالات افسردگی است که در حدود ۵ تا ۱۰ درصد از بزرگسالان را مبتلا می‌کند. زنان بیش از مردان برای افسردگی درمان شده‌اند و بنابراین احتمال بیشتری دارد که مشکلات خواب ناشی از افسردگی را داشته باشند و بیش‌تر امکان دارد که با ضدافسردگی‌ها تحت درمان باشند که بسیاری از آنها می‌توانند موجب اختلال خواب شوند. هم‌سو با ضدافسردگی‌ها، اثر سایر داروها روی خواب می‌تواند خوب، بد یا ناخوشایند باشد. بسیاری از داروهای خواب‌مانند داروهای تجویز شده، بدون نسخه و آنهایی که از فروشگاه‌های مواد غذایی سالم تهیه می‌شوند، اثرات منفی بالقوه‌ای روی خواب دارند. بسیاری از داروها، چه با نسخه و چه بدون نسخه می‌توانند مشکل خوابی که از قبل وجود داشته بدتر کنند و ممکن است حتی مشکلات خواب ایجاد نمایند. چون زنان از نظر آماری تقریباً دو برابر مردان دارو می‌گیرند با احتمال بیشتری دچار این اثرات ناخواسته می‌شوند.

سایر مشکلات خوابی که تحت کنترل مغز هستند می‌توانند خواب یک زن را مختل کنند و ممکن است منجر به ترس از خوابیدن شوند. این مشکلات خواب شامل خواب‌گردی، حرف زدن در خواب، فلج خواب، توهمات و حتی رفتار خشونت‌آمیز می‌شوند. در یک اختلال، خواب‌رونده به محتوای خواب خود واکنش نشان می‌دهد و ممکن است از خودش دفاع کند و به هم‌تختی‌اش صدمه بزند. اگرچه این اختلال در مردان بسیار شایع‌تر است، اما این هم تختی زن او است که گاهی اوقات دچار عواقب آن می‌شود. خوشبختانه این مشکل معمولاً خیلی به سهولت درمان می‌شود.

در نهایت، مورد دانشجوی پزشکی که متوجه شد نارکولپسی دارد، نشان داد که اگر چه این یک بیماری جدی است اما قابل درمان می‌باشد و کسانی که دچار آن هستند می‌توانند افراد کاملاً موفق‌تری شوند. اگرچه نارکولپسی دست مایه شوخی‌های سینمایی بوده است اما یک مشکل جدی محسوب می‌شود. آن یک بیماری نورولوژیکی نسبتاً نادر است که روی مغز تاثیر می‌گذارد و در آن، رویابینی در زمان نامناسب رخ می‌دهد- آن ممکن است حتی هنگامی که فرد بیدار است اتفاق بیفتد! شما فهمیدید که چون این بیماری معمولاً در سنین نوجوانی شروع می‌شود، ویرانگرست و اگر درمان نشود می‌تواند زندگی یک فرد را نابود کند. این بیماری ممکن است به صورت بسیاری از بیماری‌های طبی دیگر ظاهر شود. یک بیمار زن معمولی، پانزده سال پس از شروع علائم، تشخیص صحیح را دریافت می‌کند. شما یاد گرفتید که چگونه این اختلال را در خود یا اعضای خانواده‌تان تشخیص دهید و به آنها کمک کنید که با این بیماری مادام‌العمر زندگی کنند. اگر چه این اختلال ویرانگر به نظر می‌رسد اما جای امیدواری وجود دارد. افراد دچار نارکولپسی اگر درست درمان بشوند می‌توانند زندگی موفق‌تری داشته باشند.

از مورد شدیدی چون نارکولپسی گرفته تا موضوع ساده‌ای چون نوشیدن مقادیر زیادی قهوه، تلاش شده که مشکلات زیادی که می‌توانند خواب شما را مختل کنند، فهرست شوند. اگر بعد از خواندن این کتاب متوجه شوید که یک مشکل خواب دارید خبر خوب این است که امکان کمک وجود دارد. در سراسر جهان، درمانگاه‌ها و پزشکانی وجود دارند که خودشان را وقف افرادی با مشکلات خواب کرده‌اند.

حالا که شما این کتاب را خواندید، با احتمال بسیار بیشتری می‌توانید یک مشکل خواب در خود یا یکی از اعضای خانواده‌تان را تشخیص دهید. شما یاد گرفته‌اید که چه وقت می‌توانید به خودتان کمک کنید و چه موقع زمان آن رسیده که مشکل خواب را با پزشک‌تان در میان بگذارید. شما با برخورداری از دانش و علائم دقیق خود قادر خواهید بود به پزشک‌تان کمک کنید که به شما کمک کند.

هدف این کتاب این بود که اطلاعات و ابزاری در اختیار شما قرار دهد که کمک‌تان کند هر روز

صبح با احساس نشاط از خواب بلند شوید و کاملاً بیدار و آماده باشید که به امور جاری خود
بپردازید. فعلاً، من خواب‌های خوشی برای شما آرزو می‌کنم.

پیوستار ۱

دفتر روزانه خواب مربوط به بنیاد ملی خواب

National Sleep Foundation Sleep Diary

	COMPLETE IN MORNING						COMPLETE AT END OF DAY					
	I went to bed last night at:	I got out of bed this morning at:	Last night, I fell asleep in:	I woke up during the night: (Please write 24/7)	When I woke up for the day, I felt: (Check one)	Last night, I slept a total of: (Check one)	My sleep was disturbed by: (Please write down any noise, person or situation that woke you or kept you from sleeping. Write nothing if none.)	I consumed caffeine drinks in the:	I smoked or ate 20 minutes or less in the:	Approximately 2-3 hours before going to bed, I consumed:	Medication(s) I took during the day: (Include any over-the-counter)	About 1 hour before going to sleep, I did the following activity: (Write down any activity)
DAY 1					<input type="checkbox"/> Refreshed <input type="checkbox"/> Somewhat refreshed <input type="checkbox"/> Drugged			<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> A heavy meal <input type="checkbox"/> Not applicable		
DAY 2					<input type="checkbox"/> Refreshed <input type="checkbox"/> Somewhat refreshed <input type="checkbox"/> Fatigued			<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> A heavy meal <input type="checkbox"/> Not applicable		
DAY 3					<input type="checkbox"/> Refreshed <input type="checkbox"/> Somewhat refreshed <input type="checkbox"/> Fatigued			<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> A heavy meal <input type="checkbox"/> Not applicable		

DAY 4					<input type="checkbox"/> Refreshed <input type="checkbox"/> Somewhat refreshed <input type="checkbox"/> Fatigued			<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> A heavy meal <input type="checkbox"/> Not applicable		
DAY 5					<input type="checkbox"/> Refreshed <input type="checkbox"/> Somewhat refreshed <input type="checkbox"/> Fatigued			<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> A heavy meal <input type="checkbox"/> Not applicable		
DAY 6					<input type="checkbox"/> Refreshed <input type="checkbox"/> Somewhat refreshed <input type="checkbox"/> Fatigued			<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> A heavy meal <input type="checkbox"/> Not applicable		
DAY 7					<input type="checkbox"/> Refreshed <input type="checkbox"/> Somewhat refreshed <input type="checkbox"/> Fatigued			<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> With several hours before going to bed <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> A heavy meal <input type="checkbox"/> Not applicable		

Copyright 1999, National Sleep Foundation. Printed with permission.

پیوستار ۲

منابع اینترنت

Resources

All of the websites mentioned in this section were valid as of January 2007.
For updates: www.guidetosleep.com/us/resources.htm

Three Vital Information Sources (US)

A key part of the National Sleep Foundation's mission is to improve public health and safety by educating the public about sleep and its disorders. From the organization's website, you can link to patient support groups, professional sites, sites for students, and many other useful organizations.

National Sleep Foundation
1522 K Street, NW, Suite 500
Washington, DC 20005
Phone: (202) 347-3471
Fax: (202) 347-3472
E-mail: nsf@sleepfoundation.org
Website: www.sleepfoundation.org

The American Academy of Sleep Medicine (AASM) is an organization for sleep medicine professionals. An important part of its mission is to ensure that patients receive quality care. From the AASM website you can get a listing of member centers that have been accredited by the AASM. You can contact the organization via e-mail for additional information about centers including accredited nonmember centers.

The American Academy of Sleep Medicine

One Westbrook Corporate Center, Suite 920

Westchester, IL 60154

Phone: (708) 492-0930

Fax: (708) 492-0943

Website: www.aasmnet.org

The National Institutes of Health have two resources of great interest to the public: *Medline Plus*, which has excellent information about health topics and drugs and has an online medical encyclopedia, and the *Garfield Star Sleepnet* website, which has information about sleep disorders for children, parents, teachers, and pediatricians.

Medline Plus: www.nlm.nih.gov/medlineplus

Garfield Star Sleepnet: www.nihhi.nih.gov/health/public/sleep/starslp

About Sleep Medicine Services

Sleep medicine services are covered by most U.S. health insurance plans including Medicare. The resources available to Americans vary considerably depending on where you live, what coverage you have, and other factors. Medicare covers most services needed by patients with sleep disorders.

Seeing a Sleep Specialist

Some American doctors have taken the American Board of Sleep Medicine Fellowship examination. To take this exam a doctor generally has to complete all medical training (medical school, internship), then usually must complete additional postgraduate training in a specialty (for example, internal medicine, pulmonary medicine, neurology, or psychiatry) and then have additional specialized training (usually a year) in sleep medicine. Many doctors have taken all the training but have chosen not to take the examination. The website that lists U.S. doctors that have passed this examination is www.absm.org/

Diplomasmaintaining.htm. In this listing *Internal Medicine* refers to a doctor who specializes in medical diseases in adults. *Pulmonology* refers to a doctor who has received certification in respiratory disorders.

Online Resources Related to Chapter Contents**Chapter 1: What Is Sleep?**

National Sleep Foundation

1522 K Street, NW, Suite 500

Washington, DC 20005

Phone: (202) 442-7475

Website: www.sleepfoundation.org

This is the major foundation dealing with all aspects of sleep and its disorders.

National Heart, Lung, and Blood Institute

National Center on Sleep Disorders Research

Two Rockledge Center, Suite 10038

6701 Rockledge Drive, MSC 7920

Bethesda, MD 20892-7920

Phone: (301) 435-0199

Website: www.nih.gov/about/nhlbi/index.htm

This is the major U.S. government agency that provides information about sleep and its disorders.

General Information About Sleep in Women

www.sleepfoundation.org/publications/women.html

www.sleepfoundation.org/PressArchives/women/sleep.html

www.sleepfoundation.org/publications/1998womenpanel.html

Syllabus About Sleep for University Students

www.sleepfoundation.org/sterpsyllabus

Chapter 2: Sleep Through the Stages of Life**Sleep in Infants, Toddlers and Children**

www.sleepfoundation.org/publications/j&Jbrochurac.pdf
www.nlm.nih.gov/healthpub-ahlic/sleep/sleep
www.sleepfindings.org

Chapter 3: How the Menstrual Cycle Affects Sleep

www.fwhc.org/health/moon.htm
www.postgradmed.com/issues/2000/oct_01/frye.htm
www.sleepfoundation.org/publications/women.html#2

Chapter 4: How Pregnancy Affects Sleep**General Information About Pregnancy**

www.babycentre.co.uk/pregnancy

Websites About Sleep in Pregnancy

www.babycentre.co.uk/refcap/547463.html
www.sleepfoundation.org/publications/women.html#4

Chapter 5: How Menopause Affects Sleep**Latest Data and Recommendations**

<http://medlineplus.gov>

General Information

<http://womenshealth.about.com/library/blmenindex.htm>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/100111a15/menopause.html>

Hormone Therapy

<http://www.4women.gov/menopause/index.htm>

Alternative Treatments

<http://vaocam.nih.gov/health/alerts/menopause>
www.aocg.org/forum_home/publications/misc/pb0028.htm
www.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&all=PubMeds&ret_val=1743177&dopt=Abstract

Chapter 7: My Family's Sleep Problems Are Keeping Me Awake**America's Families from the 2000 Census**

www.census.gov/prod/2001pubs/p20-537.pdf

Canada's Families from the 2001 Census

www.canada.com/national/features/special

SIDS

www.sidsandids.org
www.nlm.nih.gov/medlineplus/audiotext/infantdeathoutcome.html
www.sids.org.uk

Alzheimer's Disease

Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
www.alz.org

Alzheimer's Disease Education and Referral Center

www.alzheimers.org

Alzheimer's Society (UK)

www.alzheimers.org.uk

Alzheimer's Australia

www.alzheimers.org.au

NIH Websites About Alzheimer's

www.nlm.nih.gov/medlineplusency/article/000760.htm
www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html

Clinical Trials of Alchemetris

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/FinalCondition?ui=1042891&rank=1>

Chapter 9. Sleeping in a World That Never Sleeps

Shift Work

www.sleepfoundation.org/publications/shiftworker.htm

Facts About Driving and Drowsiness

www.sleepfoundation.org/activities/danufacts.html
www.aaaafoundation.org/pdf/wakeup.pdf
www.drowsydriving.org

Chapter 10. Insomnia

National Sleep Foundation

www.sleepfoundation.org/publications/sleepfacts.html

National Heart Lung and Blood Institute

www.nhlbi.nih.gov/health/public/sleep/insomnia.pdf

American Insomnia Association

www.americaninsomniaassociation.org

NHS Direct

www.nhsdirect.nhs.uk/article.aspx?articleID=216

Australian Sleep Association

www.sleep.org.au

Chapter 11. Restless Legs Syndrome/Ekbom's Syndrome

Restless Legs Syndrome Foundation

www.rls.org

National Institute of Neurological Disorders and Stroke

www.ninds.nih.gov/health_and_medical/disorders/restless_dloc.htm

Ekoum Support Group

www.ekbom.org.uk

Restless Legs Syndrome Australia

www.rls.org.au

Worldwide Education & Awareness for Movement Disorders

(WE MOVE)
www.wemove.org

Chapter 12. Sleep-Breathing Disorders: Snoring and Sleep Apnea

Information About Sleep Apnea from the Canadian Lung Association

www.lung.ca/sleepapnea

Excellent Online Handbook for Newly Diagnosed Sleep Apnea Patients

www.lung.ca/sleepapnea/handbook/Sleep_Apnea_Acting_Handbook.pdf

American Sleep Apnea Association

www.sleepapnea.org

The Sleep Apnea Trust

www.sleep-apnoea-trust.org

National Institute of Health Fact Sheet on Sleep Apnea

www.nhlbi.nih.gov/health/public/sleep/sleepapn.pdf

Tutorial from the National Library of Medicine

www.nlm.nih.gov/medlineplus/ tutorials/sleepdisorders.html

Chapter 13. Narcolepsy

Narcolepsy Network: National

www.narcolepsy-network.org

Narcolepsy Association UK
www.narcolepsy.org.uk

Stanford University: Medications Used in Narcolepsy
www.med.stanford.edu/schwarz/psychiatry/narcolepsy/medications.html

Chapter 15: Medical Conditions

This chapter reviewed many medical conditions. An excellent place to learn more about many of these medical problems is a site at the National Library of Medicine, which has tutorials on many chronic diseases: www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials.html.

Migraine

Migraine: Tutorial from National Library of Medicine
www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/headacheandmigraine.html
Medical Information About Migraine
www.acunetology.com/migraine
Migraine Action Association
www.migraine.org.uk
Headache Australia
www.headacheaustralia.org.au

Cluster Headache

American Academy of Family Physicians
<https://www.aafp.org/handouts/afp.html>
Support Group with Extensive Information
www.clusterheadaches.com

Parkinson's Disease

Tutorials from National Library of Medicine
www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/parkinsonsdisease.html
Sleep Problems in Parkinson's Disease
www.parkinson.org/sleepDisorders.htm
www.parkinsons.org.uk
www.parkinsons.org.au

Gastroesophageal Reflux
Tutorial from National Library of Medicine
www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/gernl.html
Heartburn and Pregnancy
www.babycenter.com/0,,mfrcf047349412.html
Peptic Ulcer Disease
www.nidcd.nih.gov/health/digest/julw/pspticulcers/pepticulcers.html

Diabetes

Tutorial from National Library of Medicine
www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/diabetes.html

Chapter 16: Psychiatric Disorders

National Alliance for the Mentally III (NAMI)
www.nami.org

National Mental Health Association (NMHA)
www.nimha.org

National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse
www.mhscfhelp.org/index2.html

Depressive and Bipolar Support Alliance (DBSA)
www.DBSAAlliance.org

National Foundation for Depressive Illness, Inc.
www.depression.org

National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD)
www.narsad.org

From the National Institutes of Health
nimhinfo@nih.gov

Mental Health Foundation
www.mentalhealth.org.uk
Mind

Mind.org.uk
Sane Australia
www.sane.org

General Information on All Psychiatric Disorders
www.nimh.nih.gov

www.nimh.nih.gov/depression
General Review of Mental Illnesses in Women
www.nimh.nih.gov/publicar/womenwoms.cfm
Information on Depression (800) 421-4211

www.nimh.nih.gov/publicar/depressionwoma.cfm
Information on Anxiety (888) 8-ANXIETY
www.nimh.nih.gov/aaxiocy/anxietywoman.cfm
Information on Schizophrenia
www.nimh.nih.gov/publicat/schizopki.cfm

Chapter 17: Drugs and Products That Contribute to Sleep Disorders

Useful Websites

www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html
This is an excellent site that allows you to check on the drugs that you are taking including what they are supposed to be used for and any known side effects.

www.fda.gov/cder/consumerinfo/druginstructions.html
This site provides information about drug interactions and side effects among drugs you might be using.

www.keepfoundation.org/caffeine.html
This site reviews caffeine and lets you calculate how much caffeine you are taking in each day.

http://kalehe.ath.tcnj.edu/~lunnss/units/nutrition/caffeine.html
This site provides links with information about caffeine.

www.drugabuse.gov/drugpages/Clubdrugs.html
www.drugabuse.gov/drugpages/mindia/ecstasy.html
www.whitehouse.gov/whodropfact/club/index.html

These sites have valuable information on the various types of street drugs that are being used in clubs—important reading for parents.