

مقایسه کیفیت خواب و سردردهای میگرنی در افراد با خواب مناسب و نامناسب

سعید اسدنیا^۱، دکتر فیروزه سپهریان آذر^۲، دکتر آرش موسی رضایی اقدم^۳، سعید سعادت‌مند^۴

تاریخ دریافت: 1391/08/02 تاریخ پذیرش: 1391/10/02

چکیده

پیش زمینه و هدف: مشکلات خواب در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی بسیار شایع است. هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت خواب و سردردهای میگرنی در افراد با خواب مناسب و نامناسب می‌باشد.

روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری در برگزیده کلیه دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند که به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای ساده انتخاب شدند. بدین منظور در مرحله اول، تعداد ۲۸۰ نفر آزمون کیفیت خواب پیتمسبورگ و پرسش‌نامه سنجش علائم سردرد میگرنی نجریان را تکمیل نمودند. در مرحله بعد، ۱۱۵ نفر از دانشجویانی که نمره آنان در آزمون کیفیت خواب پایین تر، و ۱۱۵ نفر از دانشجویانی که نمره آنان بالاتر از نقطه برش بود، انتخاب و به عنوان افراد با خواب مناسب و نامناسب گروه بندی شدند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری ($P = 0/001$) بین دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی وجود دارد و گروه با خواب نامناسب میانگین بالاتری را در متغیر سردردهای میگرنی، کیفیت خواب و زیر مقیاس‌های آن یعنی کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب آور و اختلال عملکرد روزانه کسب نمودند.

نتیجه گیری: افرادی که از کیفیت خواب مناسبی برخوردار نیستند، سردردهای میگرنی و مشکلات خواب بیشتری را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند. **کلیدواژه‌گان:** کیفیت خواب، سردردهای میگرنی، خواب نامناسب.

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره هفتم، ص ۷۹۹-۸۰۶، ویژه‌نامه اسفند ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، ستاد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، اداره مشاوره و راهنمایی دانشجویی، تلفن: ۰۹۱۴۸۵۳۲۴۶۵ - ۰۴۴۱۲۲۳۴۸۷۹

Email: S_asadnia@yahoo.com

مقدمه

میگرن یکی از متداول‌ترین انواع سردرد در همه جوامع بشری، از جمله ایران می‌باشد که می‌تواند تمام ابعاد زندگی شخصی، اجتماعی و کاری بیمار را تحت تاثیر قرار دهد (۳) و بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، رتبه نوزدهم را در بین همه اختلالات ایجاد کننده ناتوانی به خود اختصاص داده است (۴). این نوع سردرد با طول مدت ۴-۷۲ ساعت و فواصل بدون درد و گاهی با علامت‌هایی قبل از حمله سردرد مثل خطوط زیگزاگ یا ستاره در میدان بینایی و در طول حمله با علایمی از قبیل استفراغ، تهوع، ترس از نور و ترس از صدا تشخیص داده می‌شود (۲).

سردرد یکی از معضلات بشر است، هرچند بسیاری از مبتلایان به سردرد هیچگاه به دنبال درمان نمی‌روند اما نیمی از مبتلایان به سردرد بروز اختلال در کارکرد روزانه را گزارش می‌نمایند. میزان ناتوانی که سردرد در طی سال ایجاد می‌نماید معادل یا حتی بیشتر از بیماری‌های عمده بشر مانند فشارخون، آرتروز روماتیسم، سرطان پستان است (۱). بیش از یک میلیون بیمار سرپایی که سال ۲۰۰۷ در آمریکا مشاوره دریافت کرده‌اند، گرفتار اختلالات سردرد بودند. این اختلال در میزان افزایش غیبت از کار، کاهش بازدهی در کار، افزایش پری‌شانی‌های روان شناختی و همچنین در پایین آمدن کیفیت زندگی سهمیم است (۲).

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)^۲ استادیار روان شناسی، دانشگاه ارومیه^۳ استادیار نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه^۴ کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی

خواب فرآیندی فعال است که به واسطه سیستم عصب مرکزی، عوامل عصبی - غدد درون ریز و رفتاری تنظیم می شود. خواب و استراحت نقش ترمیمی و حفاظتی داشته و در بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم هستند. اغلب افراد تا زمانی که به مشکلات ناشی از خواب دچار نشوند به فواید خواب توجه ندارند. تحقیقات بهروزی فر، زنوسی، نظافتی و اسماعیلی (۱۴) نشان داده است که در افراد مبتلا به بی خوابی، میانگین تعداد موارد بستری در ماه تقریباً دو برابر افراد بدون سابقه اختلال خواب بوده است.

عوامل زیادی تعادل حیاتی و تنظیم شبانه روزی خواب و به نوبه خود کیفیت و کمیت خواب را تحت تاثیر قرار می دهند برنامه خواب و بیداری نامنظم، ورزش بدنی نامنظم، شیفت کاری، بهداشت ضعیف خواب، اختلالات فیزیکی، تجویز دارو، الکل، نیکوتین، داروها، صدای بلند، روشنایی در زمان نامناسب، همچنین استرس و اختلالات خواب از جمله این عوامل می باشند (۱۵).

نتایج مطالعات متعدد (۲، ۱۴، ۱۵) حاکی از آن است که سردرد و کیفیت خواب نامطلوب همبندی زیادی باهم دارند. با این که سازه کیفیت خواب به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد، باز نگری مربوط به ادبیات پژوهشی نشان می دهد که هنوز کیفیت خواب به طور کامل فهمیده نشده است (۱۶).

کسکین و کلیسوگلو^۷ (۱۷) اشاره می کنند که اصطلاح کیفیت خواب هنوز به طور ضعیفی تعریف شده اما با این حال به طور وسیعی توسط محققان، درمانگران و حتی بیماران به کار برده می شود، در حالی که کیفیت خواب ضعیف یکی از خصیصه های کلیدی بی خوابی می باشد؛ اما مطالعات اندکی در مورد اینکه چگونه افراد موفق می شوند احساس ذهنی خود را درباره کیفیت خواب خوب یا بد تفکیک کنند انجام شده است. بی خوابی یکی از زیرمقیاس های اختلالات خواب محسوب می شود که در آن شخص هنگام به خواب رفتن با دشواری مواجه می شود، شب بیدار می ماند یا صبح زود بیدار می شود. این اختلال به طور کلی ممکن است گویای کیفیت نامطلوب خواب باشد. مفهوم کیفیت خواب به طور گسترده اطلاعاتی درباره مدت خواب، عوامل فیزیولوژیکی و همچنین ادراک روان شناختی درباره خواب مناسب ارائه می دهد (۱۸).

کلید پیشگیری از سردرد مشخص کردن عوامل محرک و برانگیزاننده می باشد و این عوامل عمومیت نداشته و حتی یک عامل همیشه برانگیزاننده حمله، در همان شخص نمی باشد (۳). بیکوآل و لیپتون^۱ اشاره کردند که مداخلات دارویی و رفتاری، هوشیار بودن بر وضعیت بدن و تشویق بیمار برای حفظ وزن بهنجار، اجتناب از مصرف مفرط دارو، اجتناب از مصرف زیاد کافئین، بررسی مشکلات خواب و خروپف و تلاش در جهت درمان آن و غربالگری و درمان افسردگی و سایر اختلالات روان پزشکی همبود از پیشرفت سردرد میگرنی جلوگیری می کند (۵).

رابطه بین سردردهای اولیه و خواب (میگرن، تنشی و خوشه‌ای) در ادبیات پژوهشی تاریخچه‌ای طولانی دارد، راسموسن^۲ به نقل از مایزلس و بورچت^۳ (۶) گزارش می کند که اختلال خواب در بیماران مبتلا به سردرد شیوع بیشتری دارد.

توماسو، ساردادو، ویکچینو، سرپینو، استاسی^۴ (۷) گزارش کردند که اختلالات خواب نشانگان رایج در افراد مبتلا به سردرد می باشد و در اشکال مزمن سردرد و بیماران دارای اختلالات روان پزشکی همبود شیوع بیشتری دارد، همچنین درد مزمن ممکن است علت کیفیت ضعیف خواب باشد. در واقع می توان گفت وجود اختلالات روان پزشکی همبود و اختلالات خواب در افراد مبتلا به سردردهای اولیه که شامل میگرن، نوع تنشی و خوشه‌ای می باشد، به طور مسلم مشخص شده است. نتایج مطالعات نشان می دهد که بی خوابی، نشانه رایجی در بیماران مبتلا به سردرد مزمن روزانه می باشد (۸) و برخی مطالعات دیگر (۹-۱۱) به مختل شدن الگوی خواب در افرادی که از سردردهای میگرنی رنج می برند، اشاره می کنند. عده ایی از محققان مانند ایسیک^۵ و همکاران (۱۲) نتیجه گرفتند که خروپف کردن، نابهنجاری های خواب، عرق کردن در طی خواب و خواب آلودگی در طی روز در بین کودکان مبتلا به میگرن در مقایسه با گروه کودکان بدون میگرن و سردرد بسیار رایج است.

براساس مطالعه‌ای در آمریکا دلگادو^۶ و همکاران (۱۳) گزارش کردند، افراد مبتلا به سردردهای مزمن روزانه نیمرخ روانشناختی و کیفیت خواب مشابه را نشان دادند.

¹ Biquel & Lipton

² Rasmussen

³ Maizels & Burchette

⁴ Tommaso, Sardaro, Vecchio, Serpino, Stasi

⁵ Isik

⁶ Delgado

⁷ Keskin & Kilicoglu

همچنین نتایج مطالعات جداگانه نیز نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به میگرن در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بیشتر از اختلال خواب رنج می‌برند (۲۴).

نتایج پژوهش بوآردمن، توماس، میلان و جیروفت^۷ (۲۵) نشان داد که در افراد کم خواب شدت و فراوانی بروز سردرد بیشتر می‌باشد. سپهریان آذر، اسدنیان، سعادت‌مند و موسی‌الرضایی (۲۶) نیز گزارش می‌کنند که کیفیت خواب با سردردهای میگرنی رابطه معناداری دارد. آلبرتی^۸ (۸) نیز به این نتیجه رسید اختلالات خواب به عنوان یکی از دلایل اصلی سردرد می‌باشد. شکایت درباره کیفیت خواب بسیار رایج بوده و کیفیت خواب ضعیف شاخص مهمی برای ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها است (۲۷). تعداد زیادی از مطالعات (۲۸) نشان داده‌اند که شیوع بالای کیفیت خواب نامطلوب در میان دانشجویان از ۱۹/۱۷ تا ۵۷/۵ درصد متغیر بوده است. در واقع کیفیت خواب نامطلوب می‌تواند مشکلاتی در هیجان، تفکر و انگیزش ایجاد کرده (۲۹) و بر سلامت روانی و جسمانی تأثیر منفی داشته باشد (۲۸). همچنین سردردهای اولیه که شامل نوع تنشی، میگرن و خوشه‌ای می‌باشد یکی از دلایل رایج غیبت از کار یا امتناع از هر فعالیت شخصی یا اجتماعی است و می‌تواند بر روند زندگی و فعالیت‌های علمی دانشجویان تأثیر بگذارد، بنابراین توجه به مقوله کیفیت خواب و سردرد در دانشجویانی که کیفیت خواب مناسبی ندارند مهم و ضروری می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه کیفیت خواب و سردردهای میگرنی در افراد با خواب مناسب و نامناسب انجام شد. بر این اساس فرضیه‌های زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفت.

۱- بین کیفیت خواب و زیرمقیاس‌های آن در

افراد با خواب مناسب و نامناسب تفاوت وجود دارد.

۲- بین سردردهای میگرنی در افراد با خواب

مناسب و نامناسب تفاوت وجود دارد.

مواد و روش کار

طرح کلی این پژوهش از منظر شیوه گرد آوری داده‌ها جزء مطالعات توصیفی و از نوع مقایسه‌ای است. جامعه آماری در برگزیده کلیه دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ساده انتخاب شدند. بدین منظور در مرحله اول،

هاروی، ستینسون، ویتاکر، موسکویتز و ویرک^۱ (۱۹) نیز معتقدند کیفیت خواب پدیده‌ای پیچیده بوده که تعریف و همچنین اندازه‌گیری آن دشوار می‌باشد. کیفیت خواب وابسته به حدس و گمان ذهنی درباره شروع آسان خواب، حفظ خواب، مجموع زمان خواب و بیدار شدن زود هنگام از خواب می‌باشد به علاوه فقدان بیقراری در هنگام شب، نبود حرکات در طی خواب، نبود اضطراب، استرس یا داشتن آرامش هنگام خوابیدن است.

ارتباط بین خواب و میگرن در پژوهش کلمن و راینس^۲ (۲۰) تایید شده است، آن‌ها دریافتند که شکایت از خواب در بین افراد مبتلا به میگرن شیوع زیادی دارد، در این مطالعه بیشتر از یک سوم از ۱۲۸۳ فرد مبتلا به میگرن گزارش کردند که در آغاز به خواب رفتن و حفظ خواب که یک الگوی سالم خواب می‌باشد مشکل دارند، همچنین عده زیادی از افراد شرکت کننده در این پژوهش معتقد بودند که خوابیدن یک اثر درمانی مفیدی در کاهش درد میگرن دارد. کم خوابی و پر خوابی نیز ممکن است منجر به تحریک سردرد میگرن شود. در واقع اغلب حملات میگرن، با طول مدت خواب شب قبل پیش بینی می‌شود. همچنین خواب یکی از عوامل تسکین دهنده درد میگرن نیز محسوب می‌شود (۸). هکمن و همکاران^۳ (۱) نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال خواب در مقایسه با افراد سالم بیشتر اوقات در زمان بیدار شدن، از سردرد رنج می‌برند. در مطالعه سیدل، هادرت، وبر، متری، پال، ردی، قرباغی و همکاران^۴ (۲۱) کیفیت خواب نامطلوبی برای افراد مبتلا به سردرد میگرن گزارش شده است. مطالعه ویلاجینس، سپتیک، دزوللیجسی، مکسیمویک و کوستیک^۵ (۲۲) در کشور بلغراد نشان داد که افراد مبتلا به سردرد میگرنی میانگین خواب کمتری دارند.

نتایج مطالعات فوستر، لسکین، سن، آبیات، گلوب و همکاران^۶ (۲۳) حاکی از آن است که بین مراحل خواب و حملات سردردهای میگرنی رابطه وجود دارد، همچنین شواهد زیادی درباره افراد دچار اختلال خواب که مبتلا به میگرن هستند در مقایسه با گروه کنترل ذکر شده است.

¹ Harvey, Stinson, Whitaker, Moskovitz, Virk

² Kelman & Rains

³ Heckman

⁴ Seidel, Hart, Weber, Matteredey, Paul, Riederer, Gharabaghi

⁵ Vlainjace, Sipetic, DZolijice, Maksimovic, Marinkovice, Kostic

⁶ Foster, Liskin, Cen, Abbott, Armisen, Globe

⁷ Boardman, Thomas, Millson, Groft

⁸ Alberti

گردیده است. ماده‌های این مقیاس بر اساس لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات نمره گذاری می‌شود. نجاریان (۳۱) ضریب پایایی این آزمون را با روش بازآزمایی و همسانی درونی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۰ و اعتبار همزمان این آزمون را با پرسش نامه اضطراب، افسردگی و پرسش نامه AAI به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۴ گزارش کرد.

ابوالقاسمی و ساعدی (۳۲) آلفای کرونباخ آزمون سنجش علائم سردرد میگرن را برای کل پرسش نامه ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین در این پژوهش، ضرایب پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷۳ بدست آمد.

یافته‌ها

جهت بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، ابتدا اندازه نمونه در هر خانه مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه حاضر یک متغیر طبقه‌ای و ۹ متغیر وابسته وجود دارد که در جدول ۱ به همراه داده‌های توصیفی آنان نمایش داده شده است. با توجه به مفروضه حداقل ۹ نمونه در هر خانه (۲۰۰ نفر آزمودنی) تعداد نمونه‌ها در پژوهش حاضر بیشتر از تعداد مورد نیاز در هر خانه می‌باشد.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که در همه متغیرهای مورد پژوهش میانگین افراد با خواب نامناسب از افراد با خواب مناسب بیشتر می‌باشد.

براساس بررسی فاصله ماهالانویس با ارزش بحرانی (بر اساس جدول ارائه شده توسط پالانت (۳۳) ۲۷/۸۸ برای ۹ متغیر) مفروضه نرمال بودن برقرار بود و داده‌های پرت اصلاح شد. بعد از اطمینان یافتن از برقراری سایر مفروضه‌های مقدماتی نظیر همخطی، یکسانی ماتریس واریانس کواریانس، برای پی بردن به تفاوت میانگین‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد (جدول ۲ و ۳). از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه با کیفیت خواب مناسب و کیفیت خواب نامناسب در متغیرهای وابسته ترکیبی یافته وجود داشت ($F(9,220) = 45/40$; $P = 0/000$). $0/35 =$ لاندای ویلکز (جدول ۲). همچنین با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت ۰/۶۵ تفاوت دو گروه مربوط به متغیرهای مورد پژوهش است. نتایج متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در در جدول ۳ گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که بین دو گروه افراد مورد مطالعه در متغیر سردردهای میگرنی، کیفیت خواب و زیر مقیاس‌های آن یعنی کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب آور و اختلال عملکرد روزانه تفاوت معناداری وجود دارد. کیفیت خواب با مجذور اتا

تعداد ۲۸۰ نفر دانشجوی آزمون کیفیت خواب پیتسبورگ و پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن نجاریان را تکمیل نمودند. در مرحله بعد، ۱۱۵ نفر از دانشجویانی که نمره آنان در آزمون کیفیت خواب پایین تر، و ۱۱۵ نفر از دانشجویانی که نمره آنان بالاتر از نقطه برش بود، انتخاب و به عنوان افراد با خواب مناسب و نامناسب گروه بندی شدند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای اندازه گیری:

الف) آزمون کیفیت خواب (PSQI)^۱: پرسش نامه کیفیت خواب پیتسبورگ وسیله‌ای برای سنجش کیفیت و الگوی خواب افراد است. این پرسش نامه شامل ۱۸ عبارت است که کیفیت خواب افراد را با ارزیابی ۷ ویژگی در طول ماه گذشته مشخص می‌سازد. این موارد عبارتند از: کیفیت خواب از نظر خود فرد، مدت زمانی که طول می‌کشد تا فرد به خواب برود، طول مدت خواب، کارایی خواب (بازدهی خواب)، مشکلات زمان خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلال در عملکرد روزانه. هر یک از ۷ زیر مقیاس این پرسشنامه نمره صفر تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهد، نمرات بالا نشان دهنده کیفیت ضعیف خواب است. نمره کل بزرگتر از ۵ نشان دهنده این است که شرکت کننده، یک فرد با کیفیت خواب نامطلوب می‌باشد و دارای مشکلات شدید حداقل در ۲ حیطه یا دارای مشکلات متوسط در بیشتر از ۳ حیطه است.

مطالعات متعددی از اعتبار و پایایی این آزمون حمایت می‌کنند (۲۸، ۱۷). بورخالتر، سریکا، انگبریک، جاستریک و استریگر، گست^۲ (۲۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی آزمون را ۰/۸۳ گزارش کرده است. اعتبار این پرسش‌نامه برای جمعیت ایرانی از انستیتوروان پزشکی تهران مورد تایید قرار گرفته است (۳۰). همچنین در این پژوهش، ضرایب پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱۶ بدست آمد.

ب) پرسش‌نامه سنجش علائم سردرد میگرن: این پرسش نامه یک مقیاس ۲۵ سوالی است که بوسیله تحلیل عوامل نجاریان در یک نمونه ۳۸۲ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز ساخت و اعتباریابی شده است.

ماده‌های اولیه آن بر اساس متون روان شناسی و پزشکی و ماده‌های ذیربط در مقیاس‌های HADS^۳، MMPI^۴، AAI^۵ تهیه

^۱ . Pittsburgh sleep quality index.

^۲ . Burkhalter, Sereika, Engberg, Justrice, Steriger, Geest

^۳ Hospital-Anxiety-Depression scale

^۴ Minnesota Multiphase personality inventory

^۵ Ahvaz Aggression inventory

۰/۶۲، بیشترین مجذور اتا را در میان متغیرهای مورد پژوهش داشته است. همچنین توان آماری ۱، حاکی از کفایت حجم نمونه در متغیرهای مورد پژوهش می‌باشد.

جدول شماره (۱): یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

کل شرکت کنندگان ۲۳۰ نفر		افراد با خواب نامناسب ۱۱۵ نفر		افراد با خواب مناسب ۱۱۵ نفر		آزمودنی
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص متغیر
۰/۷۹	۱/۱۰	۰/۷۵	۱/۵۷	۰/۵۲	۰/۶۳	کیفیت ذهنی خواب
۰/۹۳	۱/۴۷	۰/۸۰	۱/۹۶	۰/۷۸	۰/۹۸	تاخیر در به خواب رفتن
۰/۹۴	۰/۷۶	۱/۰۵	۱/۱۷	۰/۵۹	۰/۳۴	طول مدت خواب
۰/۹۵	۰/۵۶	۱/۱۴	۰/۹۱	۰/۵۲	۰/۲۰	خواب مفید
۰/۵۵	۱/۲۳	۰/۵۰	۱/۵۳	۰/۴۱	۰/۹۳	اختلالات خواب
۰/۷۱	۰/۳۳	۰/۸۸	۰/۵۷	۰/۳۴	۰/۰۹	مصرف داروهای خواب آور
۰/۹۲	۱/۰۸	۰/۹۰	۱/۵۰	۰/۷۳	۰/۶۷	اختلال عملکرد روزانه
۳/۴۲	۶/۵۱	۲/۷۸	۹/۲۰	۱/۱۶	۳/۸۳	نمره کلی کیفیت خواب
۱۲/۴۰	۴۸/۵۴	۱۲/۲۹	۵۲/۹۰	۱۰/۹۳	۴۴/۱۸	سردردهای میگرنی

جدول شماره (۲): نتایج آزمون لانداى ويلكز تحليل واريانس چند متغير

توان آماری	مجذور اتا	P	خطا DF	مفروض DF	F	ارزش آماره	نوع آزمون
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۰	۲۲۰	۹	۴۵/۴۰	۰/۳۵	لانداى ويلكز

جدول شماره (۳): نتایج تحليل واريانس چند متغيره متغيره‌های مورد پژوهش دو گروه افراد با خواب مناسب و نامناسب

توان آماری	اتا	P	F	Ms	DF	Ss	شاخص متغیرها
۱	۰/۳۴	۰/۰۰۰	۱۱۹/۵۷	۴۹/۷۸	۱	۴۹/۷۸	کیفیت ذهنی خواب
۱	۰/۲۸	۰/۰۰۰	۸۷/۱۱	۵۴/۵۴	۱	۵۴/۵۴	تاخیر در به خواب رفتن
۱	۰/۲۰	۰/۰۰۰	۵۵/۶۱	۴۰/۰۷	۱	۴۰/۰۷	طول مدت خواب
۱	۰/۱۴	۰/۰۰۰	۳۷/۵۵	۲۹/۲۴	۱	۲۹/۲۴	خواب مفید
۱	۰/۳۰	۰/۰۰۰	۹۸/۱۵	۲۰/۷۰	۱	۲۰/۷۰	اختلالات خواب
۱	۰/۱۲	۰/۰۰۰	۲۹/۵۸	۱۳/۱۵	۱	۱۳/۱۵	مصرف داروهای خواب آور
۱	۰/۲۰	۰/۰۰۰	۵۸/۰۲	۳۹/۲۴	۱	۳۹/۲۴	اختلال عملکرد روزانه
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۰	۳۶۷/۰۱	۱۶۵۵/۱۷	۱	۱۶۵۵/۱۷	نمره کلی کیفیت خواب
۱	۰/۱۲	۰/۰۰۰	۳۲/۳۳	۴۳۷۳/۹۵	۱	۴۳۷۳/۹۵	سردردهای میگرنی

بحث و نتیجه گیری

جهت دست یابی به اهداف پژوهش و پاسخ علمی به سوالی که برای پژوهشگر مطرح بود به آزمون فرضیه های تحقیق مبادرت شد. یافته های پژوهش نشان داد که بین سردردهای میگرنی و کیفیت خواب دو گروه افراد با خواب مناسب و نامناسب در سطح کمتر از ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته ها با نتایج حاصل از مطالعات فوستر و همکاران (۲۳)، آلبرتی (۸)، توماسو و همکاران (۷)، بیکوآل و لیبتون (۵) و ایسیک (۹) همسو می باشد. نتایج پژوهش فوستر و همکاران (۲۳) نشان داد که می توان با محدود کردن انتخابی مراحل خواب عمیق فراوانی و شدت حملات میگرن را کاهش داد.

توماسوو همکاران (۷) می نویسد تجارب کلینیکی حاکی از آن است که سردرد و اختلال خواب ارتباط بسیار تنگاتنگی باهم دارند و حملات میگرن ممکن است در بلند مدت موجب بدتنظیمی ساعات خواب

شده و به کیفیت نامطلوب خواب بیانجامد. همچنین گزارش می کنند افرادی که مبتلا به سردرد میگرنی می باشند غالباً در طی خواب یا فقط در آغاز به خواب از حملات سردرد شکایت می کنند.

بیکوآل و لیبتون (۵) به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلال خواب در مقایسه با افراد سالم بیشتر اوقات در زمان بیدار شدن از سردرد رنج می برند. همچنین برای کاهش فراوانی و طول مدت حملات میگرن آموزش بهداشت خواب را توصیه می کنند. آلبرتی (۸) به این نتیجه رسید میگرن ممکن است در مدت خواب شبانه یا در پی یک دوره کوتاه خواب روزانه رخ دهد، وی همچنین می نویسد: حملات ممکن است در اثر کم خوابی نیز به وجود آید. در واقع اغلب حملات میگرن با مدت خواب شب قبل پیش بینی می شود، همچنین خواب یکی از عوامل تسکین دهنده درد میگرن محسوب می شود.

ایسیک و همکاران (۹) نیز درمان زیربنایی اختلالات خواب را در بهبود سردرد مفید و موثر یافتند. همچنین گزارش می کنند افرادی که از کیفیت خواب نامناسب برخوردارند در مقایسه با افراد با خواب مناسب بیشتر از سردردهای میگرنی، اضطراب و افسردگی و تنش عضلانی شکایت می کنند. در همین راستا نتایج مطالعات موسی الرضایی و همکاران (۹)، اسدنی و همکاران (۱۱) حاکی از آن است که بهبود در کیفیت خواب منجر به کاهش فراوانی وقوع سردرد نوع تنشی و همچنین نوع میگرنی (۳۵) می شود. نتایج پژوهش سپهریان آذر و همکاران (۲۶) نیز نشان داد افرادی که از

کیفیت خواب مناسبی برخوردارند سردردهای میگرنی کمتری را در طول زندگی خود تجربه می کنند.

خسروی، رنجبر و کریمی نسب (۳۴) نیز نتیجه گرفتند که اصلاح الگوی خواب و ارتقا سلامت عمومی در پرستاران و کادر بهداشتی می تواند در پیش گیری از ابتلا به سردرد نوع تنشی و انواع دیگر سردرد موثر باشد. تبیین احتمالی دیگر این است که کیفیت خواب نامطلوب بر تنظیم ساعات خواب (۷) تاثیر گذاشته و منجر به افزایش اضطراب و افسردگی (۱۲) می شود و به نوبه خود سلامت روانی، جسمانی و عملکرد روزانه افراد را تحت تاثیر قرار داده (۱۳، ۲۷) و موجب تغییر در شیوه زندگی (۳)، افزایش بیماری (۶) و همچنین سردرد در بلند مدت می شود.

در پایان ذکر می شود که پژوهش های اندکی درباره مقایسه انواع سردرد و کیفیت خواب در بین دانشجویان ایرانی انجام شده و این پژوهش از نخستین مطالعاتی است که به مقایسه سردرد میگرنی و کیفیت خواب در دانشجویان با خواب مناسب و نامناسب پرداخته است. در مورد محدودیت های این مطالعه می توان گفت که محدود نمودن بررسی ها به دانشجویان دانشگاه ارومیه، تعمیم پذیری یافته های پژوهش را با دشواری روبرو می سازد. همچنین عدم بررسی دانشجویان مقاطع تحصیلی دیگر، و نبود تحقیقات مشابه در زمینه پژوهش از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می باشد. علی رغم محدودیت های مطرح شده با توجه به اهمیت کیفیت خواب و سردرد در فعالیت های روزمره افراد و با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می شود، برای دانشجویان سایر دانشگاه ها و نیز سایر جوامع آماری کیفیت خواب و سردرد مطالعه شود و نیز سایر عوامل موثر بر کیفیت خواب نامطلوب و سردردهای میگرنی و تنشی نیز مد نظر قرار گیرد. همچنین ارتباط تنگاتنگ بین الگوی خواب و سردرد ایجاب می کند موضوع خواب در دانشجویان مورد توجه بیشتری واقع شود، نظر به اینکه سال های تحصیلی دانشجویان و حضور آنان در جامعه از حساسیت بیشتری برخوردار است، لازم است به طور مناسب مورد حمایت، راهنمایی و مشاوره قرار گرفته و تدابیر لازم در خصوص بهبود الگوی خواب آن ها صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از اساتید محترم و دانشجویان دانشگاه ارومیه که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند، سپاسگزاری می نمایند.

References:

1. Heckman D, Holroyd A, O'Donnell F, Tietjen G, Utley C, Stillman L. Differences in adherence to headache treatment appointments in persons with headache disorders. *J Natl Med Assoc* 2008; 2: 247-55.
2. Lyngberg AC, Rassmussen BK, Jorgensen T. Prognosis of migraine and tension-type headache: a population-based follow up study. *Neurology* 2005; 65(4): 580-5.
3. Safavi M, Nazari F, Mahmodimajdabadi M. The relationship of Migraine headache and life style among women. *Iran J Nurs* 2008; 21(55): 89-100. (Persian)
4. El Hasnaoui A, Doble A, Gaudin AF. Tools for assessing patient perception of the impact of migraine. *CNS Drugs* 2006; 20(1):24-36.
5. Bigal ME, Lipton RB. Modifiable risk factors for migraine progression (or for chronic daily headaches)clinical lessons. *Headache* 2006; 46: S144-S46.
6. Maizels, M. Burchette, R. Somatic symptoms in headache patients the influence of headache diagnosis, frequency, and comorbidity. *Headache* 2004; 44:983-93.
7. Tommaso M, Sardaro M, Vecchio E, Serpino E, Stasi M, Ranieri M. Central sensitisation phenomena in primary headaches: overview of a preventive-therapeutic approach. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2008; 7: 524-35.
8. Alberti A. Headache and sleep. *Sleep Med Rev* 2006; 3: 1-7.
9. Mosarrezaii Aghdam A, Asadnia S, Zamanlum M. Cognitive behavioural therapy is effective for improving the sleep quality of patient's with tension headaches. Tehran: 19th Iranian Neurology Congress; 2012. P. 66. (Persian)
10. Asadnia S, Sepehrian Azar F, Mosarrezaii A. Efficacy of Gestalt therapy on sleep quality of individuals with tension headache. Tehran: Third Congress of Iranian Psychological Association; 2011. P. 5, 58-60. (Persian).
11. Mosarrezaii Aghdam F, Sepehrian S, Asadnia M, Zamanlu M. Cognitive behaviour therapy is effective for improving the sleep quality of patients with migraine headaches. Sweden: EFNS, European National Conference of Neurology; 2012. P. 563.
12. Isik V, Hamutca R, Ay P, Save D, Arman A, Karkoc F, et al. Prevalence of headache and its association with sleep disorder in children. *Pediatr Neurol* 2006; 36:146-15.
13. Delgado E, Schmidt J, Carlson C, Deleeuw R, Okeson J. Psychological and sleep quality differences between chronice daily headache and temporomandibular disorders pations. New Jersey: Blackwell Publishing Ltd; 2004. P. 446-54.
14. Behrouzifar S, Zenouzi SH, Nezafati M, Esmaili H. Possible effective factors on the sleep quality and quantity of patients after coronary artery bypass graft. *J Ilam Univ Med Sci* 2007; 16(3):22-33. (Persian)
15. Fietze I, Struch J, Holzhausn M, Glose M, Theobald C, Lehnkering H, et al. Sleep quality in professional ballet dancer. *Chronobiol Int* 2009; 26(6): 1249-26.
16. Harvey A, Stinson K, Whitaker K, Moskovitiz D, Virk H. The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep* 2008; 31: 339-83.
17. Keskin N, Kilicoglu A. Relationship between Estradiol level and sleep quality in healthy women. *Firat Tip Dergisi* 2009; 14: 193-5.
18. Clance PR, Thompson MB, Simerly DE, Weiss A. The effects of the Gestalt approach on body image. *Gestalt J* 1994; 17(1): 95-114.
19. Harvey A, Stinson K, Whitaker K, Moskovitiz D, Virk H. The subjective meaning of sleep quality: a

- comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep* 2008; 31(3); 383-93.
20. Kelman L, Rains C. Headache and sleep: examination of sleep patterns and complaint in a large clinical sample of migraines. *Headache* 2005; 45:904-10.
 21. Seidel S, Hart T, Weber M, Matterey S, Paul A, Riederer F, et al. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine—a controlled study. *Cephalalgia* 2009; 14: 1-8.
 22. Vlajinac H, Sipetic S, Dzolijic E, Maksimovic J, Marinkovic J, Kostic V. Some lifestyle habits of female Belgrade university student with migraine and non-migraine primary headache. *Headache Pain* 2003; 4: 67-71.
 23. Foster KA, Liskin J, Cen S, Abbott A, Armisen V, Globe D, et al. The trager approach in the treatment of chronic headache: a pilot study. *Altern Ther Health Med* 2004; 10: 23-9.
 24. Ravi G, Manjeet B, Devendra D, Sameer Sh, Rahul S, Kapil S, et al. Impact of primary headaches on subjective sleep parameters among adolescents. *Ann Indian Acad Neurol* 2008; 11(3): 164-9.
 25. Boardman HF, Thomas E, Millson D, Groft PK. Psychological Sleep and association with headache. *Headache* 2005; 45: 557-669.
 26. Sepehrian F, Asadnia S, Sadatmand S, Mosarrezaii A. The relationship between sleep qualities with migraine headaches among Urmia university students. *Urmia Med J* 2013. (In Press)
 27. Preišegolavičiūtė E, Leskauskas D, Adomaitienė V. Associations of quality of sleep with lifestyle factors and profile of studies among Lithuanian students. *Medicine (Kaunas)* 2010; 46(7):482-89.
 28. Hanly P. Sleep apnea and daytime sleepiness in end-stage renal disease. *Semin Dial* 2006; 17:109-14.
 29. Burkhalter H, Sereika M, Engberg S, Justrice A, Steriger J, Geest S. Structure validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in renal transplant recipients: a confirmatory factor analysis. *Sleep Biol Rhythms* 2010; 8: 274-81.
 30. Farhadynasab A, Azymi H. Pattern and mental quality of sleep and its relationship with personality traits among the student of Hamedan medical university. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2008; 1(47): 11-15. (Persian).
 31. Nagareyan B. Migrain Headache. *J Hygiene World* 1996; 11: 52- 4. (Persian).
 32. Abulgasemi SH, Saedy S. Compare the effectiveness of medicine therapy, mental imagery and gradual desensitization with bio- feedback on patients with migraine headache in Ahwaz. *J N Findings Psychol* 2011; 97-110. (Persian).
 33. Palant J. *Spss survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. 3rd Ed. UK: Open University Press; 2007.
 34. Khosravy A, Rangbar S, Karymynasab M. Prevalence of migraine and tension headache and its association with sleep quality in nurses and midwives working in university of Shahrood. *J Health. Special of Sixth Iranian Congress of Epidemiology* 2010;5: 192 (Persian).