

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
مَنْ كَفَرَ بِاللَّهِ مِنْ بَعْدِ إِيمَانِهِ سَاءَ مَا يَحْكُمُ اللَّهُ
عَلَيْهِمْ
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
مَنْ كَفَرَ بِاللَّهِ مِنْ بَعْدِ إِيمَانِهِ سَاءَ مَا يَحْكُمُ اللَّهُ
عَلَيْهِمْ

٥٧٧٣١



دانشگاه علوم پزشکی کرمان

و خدمات بهداشتی و درمانی

دانشکده پزشکی مهندس افصلی پور

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی روانپزشکی

عنوان:

بررسی محتوای رویا در بیماران مبتلا به میگرن و ارزیابی وضعیت خلقی آنان

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر علیرضا غفاری نژاد

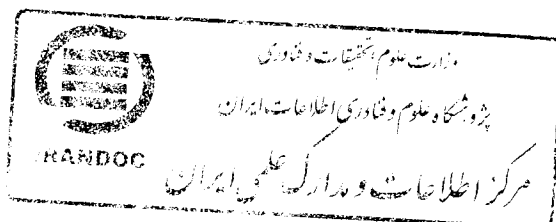
پژوهش و نگارش:

دکتر علی مهدی زاده

۱۳۸۸/۱۰/۱۳

۱۴۹۷۷۵

تابستان ۸۹





وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کرمان
دانشکده پزشکی - آموزش بالینی

نمره نهایی دفاع از پایان نامه

پایان نامه تحصیلی دکتر علی مهدی زاده

تحت عنوان بررسی محتوای رویا در بیماران مبتلا به میگرن و ارزیابی وضعیت خلقی آنها در استان کرمان
به مدت دو سال

جهت دریافت درجه دکترای تخصصی روانپزشکی

در تاریخ ۱۳۸۹/۴/۹ با حضور اساتید راهنما و اعضای محترم هیئت داوری دفاع و با میانگین نمره ۲۰
مورد تایید قرار گرفت.

سمت

دانشیار

استاد یا اساتید راهنما

علیرضا غفاری نژاد

۱۹، ۴، ۱۲

مجمع داوران تخصصی و اعضای هیئت داوری
تاسم پزشکی - ۲۶۵۲۹

مهر و امضای دبیر کمیته بررسی پایان نامه

علیرضا غفاری نژاد
دبیر کمیته بررسی پایان نامه
تاسم پزشکی - ۲۶۵۲۹

تذکر:

این فرم می بایست با توجه به نمرات دفاع تکمیل و پس از تائید توسط استاد یا اساتید راهنما و دبیر کمیته پایان نامه ها به تعداد نسخه های پایان نامه تکثیر و در کلیه پایان نامه ها در زمان صحافی درج گردد.

با تقدیر و تشکر از:

استاد دکتر علیرضا غفاری نژاد

که در تمام مراحل تهیه و تدوین این پایان نامه صمیمانه مرا یاری کردند

و با تشکر از: دکتر سید محمد رضا احمدی موسوی

و کلیه اساتید محش

با سپاس فراوان از:

سرکار خانم جمشیدی و کلیه پرسنل بیمارستان شهید بهشتی کرمان

بیمارانی که طب را بر بالینشان آموختیم

و تقدیم به:

با تشکر از:

معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات علوم و اعصاب به خاطر کلیه حمایت های مالی از این طرح پژوهشی

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم،

عمسر مهربانم زهرا،

و فرزندان دلبندم فاطمه و طه

که همواره در سختی‌هایم یاورم بودند

فهرست مطالب

خلاصه مقاله فارسی

مقدمه

روش کار

یافته ها

جداول و نمودارها

بحث و نتیجه گیری

منابع و مؤاخذ

ضمائم

چکیده فارسی

عنوان: بررسی محتوی رویا در بیماران مبتلا به میگرن و وضعیت خلقی آنان

مقدمه: میگرن شایع و حملات شبانه گاهی باعث بیدار شدن فرد از خواب میشود. بعضی محتوی رویاها سردردهای میگرن را تسریع میکنند. در این مطالعه بررسی جامع روی محتوی رویای بیماران میگرنی و وضعیت خلقی آنان صورت گرفت.

روش ها و مواد: مطالعه بصورت مقطعی بر روی ۱۸۵ بیمار میگرنی در عرض دو سال انجام شد. تشخیص میگرن براساس IHS بود. تست بک ۲۱ سوالی استفاده شد. رویاها براساس تست Hall Van De Castle تفسیر شدند. داده ها بوسیله SPSS17 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: از ۱۸۵ بیمار ۱۳۳ نفر زن بودند. در میگرن شبانه متوسط حملات در ماه بیشتر بود ($P = 0.006$). ۲۳۱ رویا از ۱۳۰ بیمار ثبت شد. افراد با میگرن شبانه رویاها را بیشتر یادآورده و ثبت کردند ($P = 0.02$). خشونت در رویاها با میگرن شبانه و بروز سردرد رابطه معناداری نداشت. رویا های با محتوای دوستی، جنسی و بدشناسی در میگرن شبانه بیشتر بود ($P = 0.001$).

محتوی غمگینی، بدشناسی، عصبانیت، گیجی، جنسی ($p = 0.001$) و شکست ($p = 0.039$) باعث تسریع سردردها شدند. شدت افسردگی مستقل از میگرن شبانه بود.

بحث و نتیجه گیری: هیجانهای مثبت یا منفی باعث افزایش سردردها می شوند. مطالعه های کاملتر محتوی رویاها در فرهنگ ها و بیماران مختلف و در افراد سالم و مقایسه آنها می تواند به شناخت بیشتر این پدیده کمک کند.

کلید واژه ها: میگرن شبانه، محتوی رویا، سردرد بعد از رویا، افسردگی

مقدمه

مقدمه

میگرن یکی از شایع ترین سردرد ها می باشد که طیف وسیعی از جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد. سالانه ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از حمله سردرد رنج می برند (۱). میگرن در کشورهای غربی ۱۲٪ بالغین را درگیر کرده است. ۶٪ مردان در این کشورها از سردرد رنج می برند (۲). زنان سه برابر مردان به میگرن مبتلا می شوند. بیشترین شیوع میگرن بین ۲۵ تا ۵۵ سال می باشد (۱،۱۹). همچنین میگرن در افراد متأهل و با تحصیلات بالا بیشتر دیده می شود (۲۳).

میگرن همچنین بار زیادی را هم به فرد و هم به جامعه وارد می آورد. به طوری که بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی رتبه ۱۹ در بین همه اختلالات ایجاد کننده ناتوانی را به خود اختصاص داده است (۳،۱۸). در سال ۲۰۰۵، از هر ۴ آمریکایی یک نفر به حملات میگرنی مبتلا بوده است. ۲۵٪ زنان آمریکایی که مبتلا به میگرن می باشند، بیش از ۴ حمله شدید در ماه را تجربه می کنند و ۳۷٪ کل افراد مبتلا به میگرن ۵ روز یا بیشتر در ماه دچار سردرد شدید هستند. در طول ۳ ماه، ۳۵٪ افراد مبتلا به میگرن حداقل یک روز به دلیل حملات میگرنی سر کار خود حاضر نمی شوند (۴). در ایران شیوع میگرن به طور کلی موجود نمی باشد اما در گروه های مختلف جمعیتی، طیف وسیعی از شیوع ها گزارش شده است. به طور مثال شیوع میگرن در آموزگاران شیراز ۱۰٪ و در دانش آموزان دبیرستانی در رشت ۸۶٪ گزارش شده است (۵،۶).

میگرن از جمله سردرد های عروقی می باشد که اغلب با اختلالات روانپزشکی مانند اضطراب، افسردگی، استرس و اختلالات خواب (مثل سندرم پای بیقرار) همراه است و ریسک خودکشی در افراد مبتلا بیشتر از بقیه جامعه است (۷،۸،۹).

علائم جسمی و نورولوژیک همراه از جمله مشخصه های بارز سردرد های میگرنی می باشد. به عنوان مثال در سردردهای میگرنی کلاسیک (با اورا)، قبل از ایجاد درد علائم نورولوژیک چشمی نمایان می شود (۱۰، ۲۰). کلاً میگرن بدون اورا شیوع بیشتری دارد (۱۰). در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۷ در اسپانیا انجام شد، از بین ۱۵۵ بیمار بررسی شده، ۹۹ نفر مبتلا به میگرن بدون اورا و ۵۶ نفر میگرن با اورا داشتند (۱۱). گاهی نیز علائم گوارشی، حساسیت به نور، صدا و دیگر محرک های حسی، قبل و یا همراه با حملات سردرد بروز می کنند. حملات سردرد ممکن است شبانه بوده و حتی شدت آنها به گونه ای باشد که فرد را از خواب بیدار کند (۱۲).

خواب یکی از بحث انگیزترین رفتارهای انسان محسوب می شود و تقریباً یک سوم حیات انسان را در بر میگیرد. هرچند کارکردهای دقیق خواب هنوز روشن نشده است، اما وجود آن برای بقاء ضروری است. روانپزشکی بخصوص با خواب سروکار دارد زیرا آشفتگی های خواب عملاً در تمامی بیماری های روانپزشکی بروز می کند و بخشی از ملاکهای تشخیصی بسیاری از اختلالات روانپزشکی محسوب می شود (۱۳).

یونانیان باستان نیاز به خواب را به خدای هیپنوز (خواب) و پسرش مورفئوس، که او هم از موجودات تاریکی و شب بود نسبت می دادند و معتقد بودند مورفئوس رویاها را به شکلهای انسانی در می آورد (۱۳).

رویا تجربه ای روانی و شخصی است که هیچگاه در حین تجربه ثبت نمی شود. حافظه و عواطف تجزیه ای می توانند خود را بصورت فرمهایی مانند کابوس نشان دهند. کابوس شبانه در بچه ها با اختلال روانپزشکی همراه نیست و ۵۰٪ بچه ها کابوس شبانه می بینند اما در بزرگسالان علیرغم اینکه شیوع کابوس های شبانه بسیار کمتر و حدود ۱٪ می باشد اما ۵۰٪ آنها با اختلالات روانپزشکی از جمله شخصیت مرزی و اسکیزوفرنی همراهند (۱۴).

تمایزترین خصوصیت خواب REM رویابینی است. اکثر کسانی که در خواب REM بیدار می شوند (۹۰-۶۰٪) دیدن رویا را ذکر می کنند. رویا بینی در خواب nonREM هم روی می دهد اما نوعاً صریح و هدفدار است (۱۳). گاهی اوقات کابوس ها بدنبال داروهای مهار کننده خواب REM ایجاد می شوند که باید دارو را قطع کرد (۱۴). رویاها در روانکاوی نقش مهمی ایفا کرده اند به گونه ای که فروید معتقد بود " رویا شاهراه دستیابی به ناخود آگاه است. " از دوران باستان تا کنون رویاها به نحو بارزی در هنر و ادبیات نمود یافته اند (۱۳).

الگوهای مختلف رویا در طی وضعیت های جسمی - روحی مختلف ممکن است تغییر کند. مطالعات مختلف نشان داده که فرد درست قبل از بیدار شدن، رویا یا کابوس می بیند. فراوانی رویا دیدن در سردرد های با اورا و بدون اورا یکسان می باشد (۱۱، ۱۵).

محتوای رویا می تواند بر روند و خصوصیات برخی بیماری های روانی تأثیر داشته باشد. در مطالعه ای که ما بر روی محتوای خواب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام دادیم، ارتباط ابتلا به این بیماری و محتوای رویا به اثبات رسید (۱۶). محتوای رویاهایی که شامل خشم، بدشانسی، بیم و تهاجمی بودن هستند می توانند سردرد های میگرنی را تسریع کنند. بزرگترین گروهی از رویاها که در سردردهای میگرنی به اوج خود میرسند رویاهای با محتوای ترس هستند (۱۷).

بر اساس بررسی متون به انجام رسیده تا کنون بررسی جامعی با حجم نمونه بالا بر روی محتوای خواب بیماران مبتلا به حملات میگرنی شبانه و همچنین ارزیابی وضعیت خلقی آنها صورت نگرفته است. در مطالعه حاضر، به بررسی محتوای رویا در بیماران مبتلا به حملات میگرن شبانه در طی ۲ سال در شهر کرمان پرداختیم. همچنین وضعیت خلقی بیماران مورد ارزیابی قرار گرفته است.

روش کار

مواد و روش ها:

در این مطالعه که به صورت مقطعی به انجام رسید تعداد ۱۸۵ بیمار مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک سرپایی روانپزشکی شهر کرمان بین سال های ۸۷ و ۸۸ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی افراد به صورت کاملاً آگاهانه و با رضایت وارد مطالعه شدند و به آنها اطمینان داده شد که این اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. ابتدا خصوصیات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات در فرم جمع آوری اطلاعات، ثبت شد.

شرح حال دقیق از بیماران اخذ و معاینه نورولوژیک و روانپزشکی کامل انجام شد. در صورت وجود اختلالات طبی عمده مثل تشنج و یا مصرف مواد و هر نوع اختلال عمده روانپزشکی دیگری بجز افسردگی وارد مطالعه نشدند. نوع میگرن، تعداد حملات، وجود حملات شبانه، مدت ابتلا به سردرد های میگرنی بررسی و در فرم مشخصات بیمار ثبت گردید. هر بیمار فقط یک بار وارد مطالعه شده و مراجعات بعدی بیماران ثبت نمی شد. خصوصیات میگرن ها و انواع اوراهای توصیف شده از سوی بیماران به دقت بررسی و تشخیص میگرن بر اساس ضوابط IHS (معیارهای تشخیصی انجمن بین المللی سردرد) صورت گرفت و برای ارزیابی شدت افسردگی فرد، تست Beck ۲۱ سؤالی استاندارد شده در ایران مورد استفاده قرار گرفت. بر این اساس، هر فرد نمره ای بین صفر تا ۶۳ کسب می کرد که بر اساس طبقه بندی Beck، شدت افسردگی به : افسردگی خفیف (نمره ۱۶-۲۷)، متوسط (نمره ۲۸-۳۹)، شدید (نمره ۴۰-۵۱) و خیلی شدید (۵۲-۶۳) تقسیم می شود.

جهت بررسی محتوای رویاهای بیماران، ابتدا به بیماران فرصت داده شد تا رویاهایی را که در ۶ ماه گذشته دیده بودند را به یاد آورند و به صورت باز هر آنچه که به یاد می آورند را ثبت کنند. رویاهای افراد بی سواد توسط همراه بیمار ثبت شد. بیمار در این مدت نباید داروی خاصی مصرف کرده باشد. هر رویا بر اساس تست Hall van de

castle که حاوی ۱۱ دسته اصلی محتویات رویا می باشد، مورد تفسیر قرار گرفت. این ۱۱ دسته شامل موارد زیر می باشد: Characters, aggression, friendliness, sexuality, Activity, success & failure, Misfortune & good fortune, emotions, setting, objects, descriptive elements.

در بررسی محتوای کارکتر در رویاها، کارکتر شامل افرادی بود که در رویا حضور داشتند و یا به آنها اشاره شده بود. اگر بصورت کلی یعنی "هرکسی"، "مردم"، یا "هیچ کس" بود لحاظ نشده است. حیوانات هم وارد شده اند. همچنین کارکترها از لحاظ هویت (آشنا یا غریبه)، در قید حیات بودن یا نبودن و بر اساس جنس از هم تفکیک شدند. اگر یک کارکتر چندین بار در یک رویا تکرار شده بود، فقط یکبار وارد شد. خود رویابین اگر در خواب حضور داشت یا مورد اشاره قرار گرفت به صورت جداگانه ثبت شد.

در بخش Activity فعالیت‌هایی که در رویا انجام شده بود به شش دسته تقسیم شد که عبارتند از: اعمال شنیداری، فکری، غیر کلامی، حرکتی، دیداری و کلامی. اعمال حرکتی عبارتند از کلیه اعمالی که در یک محل انجام شده اند مانند لباس پوشیدن، مسواک زدن، بلند شدن، نوشتن و اعمالی که در آن تغییر در محل صورت میگیرد مثل راه رفتن، شناکردن و همچنین اعمالی که حرکت در بُعد فضایی دورتر بود مانند مسافرت رفتن (با هواپیما یا ماشین). عبارات مبهم مانند خرید کردن که درون آن حرکت هم هست وارد نشد. همچنین پرت شدن هم به عنوان فعالیت حرکتی محسوب نشد. فعالیت کلامی عبارتست از هر نوع بیرون آمدن صدا مثل صحبت کردن، فحش، نجوا. فعالیت غیر کلامی به فعالیت‌هایی مانند خنده کردن، گریه کردن و یا اخم کردن اطلاق شد. فعالیت های دیداری شامل هر نوع فعالیت مربوط به بینایی مثل تماشا کردن، خواندن، نگاه زیر چشمی می باشد. گوش کردن در دسته فعالیت های شنیداری قرار گرفت. افعالی مانند آرزو کردن و احساس کردن در دسته فعالیت های فکری قرار

نگرفتند. سایر موارد مربوط به فکر کردن در این گروه قرار گرفتند. اگر یک فعالیت پشت سر هم و بدن وقفه تکرار شده بود، فقط یکبار محاسبه شد. فعالیت در کارکترهای مختلف جداگانه ثبت شد.

محتوای خشونت (Aggression) رویا شامل: صدمه منجر به مرگ، ترساندن، تعقیب کردن، تخریب اموال، تهدید کلامی و خصومت. اگر کارکتر در رویا مأمور یک عمل خشونت آمیز نیز بوده باز هم لحاظ شد. اگر خشونت بدون وقفه و پشت سر هم تکرار شد فقط یکبار محسوب شد. اعمال خشونت آمیز بر حسب اینکه فرد رویابین حمله کننده، شاهد خشونت و یا مورد حمله واقع شده باشد دسته بندی شد.

محتوای دوستی (friendliness) شامل: نامزدی، دست دادن، بغل کردن، بوسیدن، ملاقات کردن، کمک کردن، هدیه دادن، قرض دادن، خوش آمدگویی، احوال پرسی، تلفن کردن، همدردی کردن. عمل دوستانه می تواند نسبت به حیوانات باشد. اگر عمل دوستانه به عنوان یک نقش اجتماعی و اختصاصی مثل آتش نشانان یا در جهت حفظ اموال هم بود ثبت شد. اگر اعمال دوستانه بدون وقفه چندین بار انجام شده بود فقط یکبار محاسبه شد. در مورد کارکترهای مختلف جداگانه ثبت شد. فعالیت‌های با محتوای دوستی بر اساس اینکه فرد رویابین اهدا کننده دوستی بوده، شاهد دوستی بوده و یا مورد محبت و دوستی قرار گرفته دسته بندی شد.

محتوای Sexuality رویا، شامل: نزدیکی، نوازش جنسی، خودارضائی، بوسیدن، پیشنهادهای جنسی و فکر عمل جنسی. اگر عمل جنسی به عنوان نقش تخصص هم بود مانند فاحشه ها باز هم ثبت شد. در مورد کارکترهای مختلف جداگانه ثبت شد. اگر عمل جنسی بدون وقفه چندین بار تکرار شده بود، فقط یکبار ثبت شد. رویاها بر حسب اینکه رویا بین شاهد عمل جنسی بوده، فاعل بوده و یا مورد عمل جنسی قرار گرفته دسته بندی شدند.

در دسته موفقیت و شکست، فرد باید مقداری انرژی صرف کرده باشد و اگر در رویا بدون صرف انرژی موفقیتی حاصل شده باشد به عنوان خوش شانس تلقی شد. در مورد شکست هم شخص نمی تواند علیرغم تلاش به هدف برسد. در کارکترهای جداگانه به صورت مستقل ثبت شد و موفقیت های مکرر و بدون وقفه فقط یکبار محسوب شد.

در مورد محتوای احساسی (Emotionally)، هیجانات شامل: غمگینی، عصبانیت، گنجی و خوشحالی می باشد. برای حوادث مختلف اگر احساس های متفاوتی وجود داشت، جداگانه ثبت شد. این هیجانات برای کارکترهای مختلف به صورت مستقل ثبت شد. اگر چندین کلمه بیانگر یک احساس باشند در یک دسته طبقه بندی شدند. هر احساس فقط یکبار ثبت شد.

وقتی در رویا فردی تلاشی انجام نداده باشد ولی اتفاق خوب یا بدی برایش رخ داده باشد در دسته خوش شانس / بدشانس قرار میگیرد. بدشانس خود دسته های متفاوتی دارد از جمله: مردن به علت تصادف یا بیماری (مرگ به علت قتل جزء خشونت محسوب می شود)، مریض شدن (جراحی پلاستیک جزء این دسته نیست)، از دست دادن اموال، خراب شدن اموال، ترسیدن، سقوط، روبرو شدن با موانع و گم شدن. در خوش شانس چیز خوبی اتفاق افتاده است و بوسیله شخص دیگری عمداً ایجاد نشده است (اگر اینگونه باشد به دسته دوستی می رود) و بوسیله تلاش خود شخص هم اتفاق نیافتاده است. خوش شانس بایستی کاملاً اتفاقی باشد. اگر شخص در یک محیط بخشنده هم قرار گرفته بود هم جزء خوش شانس قرار گرفت. خوش شانس یا بدشانس در کارکترهای مختلف جداگانه ثبت شد.

برای بررسی محیط رویا، ابتدا محیط به setting و Objects تقسیم شد. گاهی محیط در خواب نامشخص بود چون رویا کوتاه بیان شده بود. مکان هایی در Setting وارد شده که رویابین آن را بیان کرده بود. اگر شخص یا

کارکتر از یک مکان به مکان جدیدی وارد شده بود، جداگانه ثبت شد. محیط‌ها در دسته‌های محیط آشنا، داخل ساختمان، نامشخص، خارج ساختمان و محیط غریبه دسته‌بندی شدند. در مورد Objects دسته‌های متعددی در نظر گرفته شد که عبارتند از: وسایل تفریحی (مانند شطرنج)، زیارتی، موزه، وسایل بیمارستانی، دولتی، کلیسا، وسایل مسکونی، وسایل کاری (هم وسایل کار و هم محل کار)، اجزاء بدن (اسکلت، ترشحات مانند عرق و ادرار، دندان، چشم،...)، جسد، پوشاک (وسایل آرایشی، عینک و...)، وسایل ارتباطی (دوربین، خودکار، مجله، کتاب، قرآن، تلویزیون، موبایل و...)، خوراکی، وسایل زندگی (جارو، موکت، یخچال،...)، اسلحه، مالی (سفته، پول، کیف پول، چک و...)، طبیعت (خاک، خورشید، باران، رود،...)، منطقه (روستا، شهر، میدان، قبرستان،...)، و وسایل حمل و نقل (خیابان، راه، موتور، ماشین، هواپیما،...). هر وسیله فقط یکبار کدبندی شد و لازم نبود وسیله حتماً حضور فیزیکی در رویا داشته باشد، اگر به آن اشاره هم شده بود، ثبت گردید.

در مورد عناصر توصیفی (Descriptive Element)، سه مقیاس در نظر گرفته شد: مقیاس توصیفی، مقیاس زمانی و مقیاس منفی. در مقیاس توصیفی، مفاهیم مربوط به رنگ، اندازه، دما، سن، تراکم و شدت، سرعت و راستا و بررسی (زیبا، زشت، صحیح، غلط)، قرار میگیرند. در مقیاس زمانی، به مقطع‌های زمانی مانند شب و روز یا تاریخ اشاره می‌شود اما حتماً بایستی به زمان خاصی اشاره داشته باشد. در مقیاس منفی لغات "نه"، "هرگز"، "اصلاً"، و تأکید روی آنها قرار گرفت. در مورد همه دسته‌بندی‌های فوق، از بیمار در مورد حملات سردرد پس از دیدن رویا سؤال و ثبت شد.

پس از تکمیل و دسته‌بندی کدبندی‌های رویاها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS 17 شد و با استفاده از تست‌های آماری توصیفی، و تست‌های تحلیلی کای دو و ANOVA و Logistic regression متغیرهای مطالعه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها

نتایج:

در این مطالعه تعداد ۱۸۵ بیمار مبتلا به میگرن مورد ارزیابی قرار گرفتند. ۱۳۳ نفر (۷۱/۵٪) نمونه‌ها زن و ۵۲ نفر (۲۸/۱٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران $34/57 \pm 11/11$ سال بود که میانگین سنی زنان (۳۴/۶۹ سال) اندکی بالاتر از میانگین سنی مردان (۳۴/۲۵ سال) بود اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($P=0.8$) (جدول ۱).

۷۲/۹٪ افرادی که سابقه حمله میگرن شبانه دارند را زنان و ۲۷/۱٪ را مردان تشکیل می‌دادند. بین افرادی که میگرن شبانه داشتند و افرادی که این حمله‌ها را ذکر نمی‌کنند از نظر جنس تفاوت معنادار آماری وجود ندارد ($P=0.4$) (جدول ۴).

از بین ۱۸۵ بیمار، تعداد ۱۵۵ نفر (۸۳/۷٪) مبتلا به میگرن شبانه بودند. بین افراد مبتلا به میگرن شبانه و افرادی که میگرن شبانه نداشتند از نظر سن، تفاوت معنادار آماری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0.6$) (جدول ۲).

از نظر وضعیت تأهل، ۴۸ نفر (۲۵/۹٪) از کل ۱۸۵ نفر، مجرد بودند. ۱۳۱ نفر (۷۰/۸٪) متأهل، ۳ نفر (۱/۶٪) بیوه و ۳ نفر (۱/۶٪) مطلقه بودند. از بین ۱۵۵ نفری که میگرن شبانه را سابقه می‌دادند، ۲۴/۵٪ مجرد، ۷۲/۹٪ متأهل، ۱/۳٪ بیوه و ۱/۳٪ مطلقه بودند. تفاوت معناداری از نظر وضعیت تأهل بین گروه مبتلا به میگرن شبانه و گروه بدون میگرن شبانه وجود نداشت ($p=0.45$) (جدول ۶).

افراد مبتلا به میگرن شبانه به طور متوسط $7/9 \pm 8/33$ سال دچار حملات میگرنی بودند در حالی که افرادی که میگرن شبانه نداشتند $9/2 \pm 1/01$ سال مبتلا به حملات میگرنی بودند. البته تفاوت بین این دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ($P=0.43$) (جدول ۲).

میانگین تعداد حمله های میگرن در ماه در بین افرادی که میگرن شبانه داشتند $7/8 \pm 5/7$ حمله بود و افرادی که میگرن شبانه نداشتند به طور متوسط $4/6 \pm 4/9$ حمله در ماه را تجربه کردند که تفاوت بین این دو گروه از نظر میانگین تعداد حمله میگرنی در ماه از نظر آماری معنادار بود ($P=0.006$) (جدول ۳).

از نظر وضعیت تحصیلات، $14/1\%$ کل افراد، بیسواد، $15/1\%$ تحصیلات در حد ابتدایی، $50/8\%$ در حد متوسطه و 20% تحصیلات دانشگاهی داشتند. بین گروه مبتلا به میگرن شبانه و گروه بیماران میگرنی بدون حملات از نظر سطح تحصیلات تفاوت معناداری با هم ندارند ($P=0.2$) (جدول ۵).

میگرن ها به دو نوع همراه با اورا و بدون اورا تقسیم شد. از ۱۵۵ نفری که سابقه حملات میگرن شبانه را داشتند، ۵۴ نفر ($34/8\%$) میگرن با اورا و ۱۰۱ نفر ($65/2\%$) مبتلا به میگرن بدون اورا بودند و بین نوع میگرن و حملات میگرن شبانه رابطه معنادار آماری وجود نداشت ($P=0.2$) (جدول ۷).

یکی دیگر از فاکتورهایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت، رویاهای افراد بود. از بین ۱۸۵ بیمار مبتلا به میگرن، ۱۳۰ نفر ($70/3\%$) رویاهای خود را به یاد می آوردند که از این بین ۱۱۴ نفر حملات میگرن شبانه را ذکر می کردند و ۱۶ نفر سابقه بروز این حملات شبانه را نمی دادند. به یاد آوردن رویا رابطه معناداری با حملات میگرن شبانه داشت ($P=0.02$) (جدول ۸).

۲ نفر ($1/1\%$) افراد افسردگی خیلی شدید داشتند که هر ۲ نفر میگرن شبانه را ذکر می کردند. ۲۹ نفر ($15/7\%$) افسردگی شدید، ۴۹ نفر ($26/5\%$) افسردگی Moderate، ۶۴ نفر ($34/6\%$) افسردگی Mild و ۴۱ نفر ($22/2\%$) هم افسردگی نداشتند. در همه گروه های افسردگی، کسر بیشتری از افراد میگرن شبانه را ذکر میکردند که این تفاوت بین گروه با میگرن شبانه و بدون آن، از نظر آماری معنادار نبود ($P=0.37$) (جدول ۱۰). در بررسی افسردگی به