

ویژگی‌های همه‌گیرشناسی و بالینی سردردهای میگرنی و تنشی و برآورد شیوع در مراجعان به بیمارستان فارابی کرمانشاه، سال ۹۰-۱۳۸۹

بهروز بهروز^۱، کیانوش امینی^۲، فرحناز شاکنیا^۳، احمد عابدی^۴، نظام‌الدین قاسمی^۵

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

^۲ متخصص مغز و اعصاب، گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

^۴ استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

^۵ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

نویسنده رابط: بهروز بهروز، آدرس: کرمانشاه، سرپل ذهاب، تازه آباد، خ شهید باهنر، پلاک ۴۸۶۷، کد پستی: ۶۷۷۱۹۴۶۸۳۹، تلفن: ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲.

پست الکترونیک: Behrouz.psych64@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۲۰؛ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۱۱

مقدمه و اهداف: سردرد یکی از شایع‌ترین عارضه‌هایی است که می‌تواند مشکلی جدی برای افراد، در هر گروه سنی، به وجود آورد.

پژوهش حاضر، با هدف برآورد شیوع سردردهای تنشی و میگرنی، گزارش ویژگی‌های بالینی سردرد و مقایسه آن‌ها با هم، صورت گرفت.

روش کار: پژوهش به روش مقطعی، روی ۱۱۵۰ بیمار مراجعه‌کننده با شکایت سردرد، به بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال‌های

۹۰-۱۳۸۹ انجام شد و در پایان، ۳۵۰ نفر به‌عنوان بیمار تشخیص داده شدند و فهرست طبقه‌بندی بین‌المللی سردرد (IHS) را تکمیل

کردند. داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی فراوانی و درصد، با نرم‌افزار SPSS 16 تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که زنان بیشتر از مردان به سردرد مبتلا بودند ($P < 0/001$). همچنین، میگرن در گروه‌های سنی ۴۱-۳۰ سال، با

۵۴ نفر مبتلا (۱۵/۴٪)، بیشتر شیوع داشت، اما سردرد تنشی در گروه‌های سنی ۵۳-۴۲ سال، با ۵۸ نفر مبتلا (۲۳/۳٪)، شایع‌تر بود و

رابطه‌ای معنادار بین موقعیت و نوع سردرد مشاهده شد ($P < 0/001$). همچنین، پژوهش نشان داد که (۲۰/۴٪) از مبتلایان به میگرن و

(۸/۹٪) از مبتلایان به سردرد تنشی به‌علت سردرد شغل خود را از دست داده بودند. و بین سردرد تنشی و سابقه درگیری در شغل دوم

رابطه‌ای معنادار وجود داشت ($P < 0/026$).

نتیجه‌گیری: سردردهای تنشی و میگرنی دو عارضه جداگانه‌اند و در ایجاد هر یک، دیگری کاملاً بی‌تأثیر است. عارضه سردرد توجه

بیشتر و ارائه راهکارهایی را می‌طلبد که با کمک آن‌ها، روندی مناسب برای پیشگیری، تشخیص و درمان آن، در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: سردرد تنشی، سردرد میگرنی، مراجعان به بیمارستان فارابی

مقدمه

زنان ۹۹٪ گزارش شده است (۸). بیشتر سردردها از نوع میگرن

(Migraine Headaches) یا سردرد تنشی (Tension Headaches)

هستند. این سردردها می‌توانند خفیف و با فواصل نه چندان کم و

یا شدید و دیرپا باشند. سردردهای شدید و تکرارشونده

فعالیت‌های روزمره زندگی را محدود می‌سازند، کیفیت زندگی را

می‌کاهند و باعث کاهش بهره‌وری می‌شوند (۱).

سردرد تنشی به‌عنوان شایع‌ترین سردردی که درمان آن دشوار

است (۹)، با درد دو طرفه غیر ضربانی (فشار یا سفتی، درد کند،

شبیه بانداژ یا کلاه)، درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع

فعالیت‌های روزانه شود، تعریف می‌شود که معمولاً از منطقه پس

سری شروع می‌شود و در ناحیه پیشانی و گیجگاهی نیز وجود

سردرد به‌عنوان یکی از رایج‌ترین شکایت‌ها در کلینیک‌های

عصب‌شناختی (۱)، در اثر کشش، جابه‌جایی، التهاب، اسپاسم

عروق و یا اتساع ساختمان‌های حساس به درد، در سر یا گردن

ایجاد می‌شود (۲). این عارضه شایع‌ترین سندرم درد است (۳) و

بیش از ۹۰٪ انسان‌ها در طول سال حداقل یک حمله سردرد را

تجربه می‌کنند (۴). سالانه ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان از

۱/۴ میلیارد حمله سردرد رنج می‌برند (۵). همچنین، طبق

بررسی‌های انجام‌شده در ایران، شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به

درمانگاه اعصاب و روان، سردرد گزارش شده است (۶) که این

وضعیت، سردرد را به هدفی بزرگ برای مداخلات سلامتی تبدیل

کرده‌است (۷). شیوع سردرد در طول عمر، در مردان ۹۳٪ و در

۴/۲۴۵٪ بود (۳۰). در ناپروبی، ۸۶٪ افراد سردرد و ناتوانی در کارکردن به درجات مختلف داشتند و نیز، میگرن بیشتر بر کارکردن و فعالیت‌های اجتماعی آنان تأثیر داشت. ۲۳/۶٪ افراد مبتلا به سردرد در یک سال گذشته حداقل یک روز هفته غیبت از کار به علت سردرد داشتند و بین شدت سردرد و تعداد روزهای غیبت از کار یا تحصیل رابطه‌ای معنی‌دار وجود داشت (۳۱). در پژوهشی دیگر، افزایش سن، جنس مؤنث، سطح اقتصادی- اجتماعی پایین، سطح تحصیلات پایین مادر، سابقه خانوادگی سردرد و استرس، به‌عنوان عوامل مؤثر در افزایش شیوع سردرد مطرح شدند (۲۳). در مطالعه‌ای روی دانشجویان دختر، افراد میگرنی به‌طور معنی‌دار یک یا بیش از یک خویشاوند درجه اول یا دوم میگرنی داشتند و در میگرن قاعدگی نیز این مسأله صادق بود و از سویی، در بین بستگان درجه اول، میگرن در مادران افراد مبتلا بیشتر از پدرانشان بود. بر این اساس، عوامل ژنتیکی و هورمونی را در ایجاد میگرن مؤثر دانستند (۳۲). شیوع میگرن و سردردهای تنشی در مطالعه‌های انجام‌شده در ایران بدین قرار بوده است: ۷/۴٪ و ۱۵/۸٪ بین دانشجویان پزشکی شیراز (۳۳)، ۱/۷٪ و ۵/۵٪ بین دانش‌آموزان ابتدایی مدارس شیراز (۳۴)، ۱۰٪ و ۲۴٪ بین آموزگاران مدارس ابتدایی شهر شیراز (۳۵) و شیوع میگرن بین دانشجویان پزشکی زنجان ۱۱٪ بود (۳۶). پژوهش حاضر، با هدف برآورد شیوع سردردهای میگرنی، تنشی و سردرد توأمان میگرنی- تنشی، بین افراد مراجعه‌کننده با شکایت سردرد به بیمارستان تخصصی فارابی شهر کرمانشاه (۹۰-۱۳۸۹)، تشخیص عوامل خطر شغلی و گزارش ویژگی‌های بالینی این سردردها و مقایسه آن‌ها با هم، با معیار IHS (International Headache Society) انجام شده است.

روش کار

این پژوهش به روش مقطعی (Cross-sectional) روی ۱۱۵۰ بیمار مراجعه‌کننده با شکایت سردرد به بیمارستان تخصصی فارابی، طی سال ۹۰-۱۳۸۹ در شهر کرمانشاه انجام شد. از بین آن‌ها، مواردی که سردردشان به دلیل بیماری‌های مغزی، داخلی و سیستمیک، به‌طور عمده شامل بیماری‌های کلیوی، کبدی، غدد

دارد (۱۱،۱۰). سردرد در ۸۰٪ مبتلایان به سردرد تنشی، باعث اختلال در فعالیت طبیعی زندگی می‌شود، به‌طوری که در ۶۰٪ آنان توانایی کارکردن یا فعالیت‌های دیگر کاهش می‌یابد (۱۲). این نوع سردرد در زنان شایع‌تر است و میزان شیوع آن از ۲۸ تا ۳۸ درصد در مردان و ۳۴ تا ۸۶ درصد در زنان متفاوت است (۱۲، ۱۳). سن شروع سردردهای تنشی نوجوانی و بیشترین شیوع آن در سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی است (۱۴، ۱۲). اما سردردهای میگرنی، با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی، دارای شدت بیشتر و قدرت ناتوان‌کنندگی بالاتری‌اند و موجب اختلال در سیستم خودکار بدن می‌شوند (۱۵). این نوع از سردرد که به‌صورت یک‌طرفه و اغلب ضربان‌دار، تظاهر می‌یابد و معمولاً شامل سردرد، تهوع، استفراغ و دیگر نشانه‌های اختلال کارکرد عصبی است (۱۶)، در آغاز، به‌صورت دوره‌ای و مرتبط با تنش است، ولی می‌تواند در شکل مزمن، تقریباً روزانه، رخ دهد (۱۷). فراوانی جهانی این سندرم در مردان ۶-۴ درصد، در زنان ۱۶-۱۲ درصد (۱۸) و در مجموع، ۱۵-۱۲ درصد است (۱۵). استعداد ابتلای خانوادگی در پیدایش این بیماری نقش دارد، هیچ‌گونه محدودیت اجتماعی، اقتصادی یا نژادی برای آن وجود ندارد و شروع آن می‌تواند از هر سنی باشد (۱۹، ۲۰).

شیوع سردرد در جوامع مختلف، متفاوت است، به‌طوری که در نروژ، برزیل، ترکیه، قطر، عربستان، یوگسلاوی و کنیا، به ترتیب، ۷۶/۸٪، ۸۲/۹٪، ۴۹/۲٪، ۸۵٪، ۴۹/۸٪، ۶۶٪ و ۸۸٪ گزارش شده است (۲۷-۲۱) و در تمام موارد، شیوع سردرد در زنان بیشتر از مردان بوده است. شیوع سردرد در کنیا ۸۷٪ بود که از این میزان، سردرد میگرنی ۳۸٪، سردرد تنشی ۵۰٪ و سردرد طبقه‌بندی‌نشده ۱۲٪ را به خود اختصاص داده‌اند (۲۷). در عمان نیز، شیوع سردرد ۹۶/۸٪ و شیوع میگرن و سردرد تنشی هرکدام ۱۲/۲٪ گزارش شد که در زنان، شیوع سردرد بالاتر از مردان بود (۲۸). سردرد بر فعالیت‌های شغلی و اجتماعی افراد تأثیری به‌سزا دارد. در پژوهشی در کشور برزیل، ۱۲/۷٪ افراد مبتلا به سردرد، سردرد خفیف و بدون محدودیت در کارکرد، ۵۷/۹٪ سردرد شدید با محدودیت عملکرد قابل توجه در هر روز و ۳٪ سردرد تحمل‌ناپذیر را گزارش کرده‌اند (۲۹). مطالعه تأثیر سردرد بر کیفیت زندگی افراد در برزیل نشان داد که ۶۲/۷٪ از افراد میگرنی هنگام حملاتشان کاهش عملکرد شغلی داشتند و این رقم در مبتلایان به سردرد تنشی

سال، با ۵۸ نفر مبتلا (۲۳/۳٪)، شایع‌تر بود (جدول شماره ۱). به لحاظ ویژگی‌های بالینی، ۵۱ نفر (۴۳/۲٪) از مبتلایان به میگرن و ۱۰۷ نفر (۵۲/۷۰٪) از مبتلایان به سردرد تنشی، بیش از یک حمله در یک هفته داشتند. میانگین تعداد حمله‌ها در ماه و طول مدت سردرد در جدول شماره ۲ آمده است. سردرد نبض‌دار در ۱۰۱ نفر (۸۵/۶٪) از مبتلایان به میگرن و ۸۴ نفر (۴۱/۳۷٪) از مبتلایان به سردرد تنشی مشاهده شد.

سردرد یک‌طرفه، به‌ترتیب در ۵۸ نفر (۴۹/۱٪) و ۲۵ نفر (۲۱/۲٪) از مبتلایان به سردرد میگرنی و سردرد دوطرفه، به‌ترتیب در ۹۸ نفر (۴۸/۳٪) و ۳۲ نفر (۱۵/۷٪) از مبتلایان به سردرد تنشی، و همچنین، سردرد دوطرفه در ۹ نفر (۳/۱٪) از مبتلایان به سردرد توأم میگرنی- تنشی دیده شد و رابطه‌ای معنادار بین موقعیت سردرد و نوع سردرد مشاهده شد ($P < 0/0001$) (جدول شماره ۳).

تهوع (۴۴/۱٪) و بی‌اشتهایی (۲۸/۸٪)، به‌ترتیب نخستین و دومین نشانه مرتبط با سردرد میگرنی بودند. استفراغ، ترس از نور و ترس از صوت نیز، به‌ترتیب در (۱۳/۶٪)، (۷/۷٪) و (۵/۸٪) از مبتلایان به میگرن مشاهده شد (جدول شماره ۴).

(۷۲٪) از مبتلایان به میگرن و (۴۰٪) از مبتلایان به سردرد تنشی دارای سردرد شدید بودند و بین شدت سردرد و نوع سردرد رابطه‌ای معنادار مشاهده شد ($P = 0/0001$). (۲۰/۴٪) از مبتلایان به میگرن و (۸/۹٪) از مبتلایان به سردرد تنشی، به‌علت سردرد، شغل خود را از دست داده بودند. بین سردرد تنشی و سابقه درگیری در شغل دوم رابطه‌ای معنادار وجود داشت ($P < 0/026$). هرچند نسبت شانس میگرن و سردرد تنشی در بیماران با مشاغل آزاد، نسبت به گروه‌های کارمند و خانه‌دار بیشتر بود، اما رابطه‌ای معنادار بین سردرد و گروه‌های شغلی گفته‌شده دیده نشد ($P > 0/05$).

داخلی و عفونی، از پژوهش خارج و کنار گذاشته شدند. همچنین، بیماران میگرنی که در ویزیت اولیه با تشخیص پزشک غیر نورولوژیست با احتمال سینوزیت درمان شده بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند و در پایان، ۳۵۰ نفر به‌عنوان بیمار سردردی تشخیص داده شدند. گرفتن شرح حال به‌وسیله پزشک مرکز انجام شد و در صورت لزوم، از روش‌های تصویربرداری مغزی، تست‌های آزمایشگاهی یا مشاوره با متخصصان مختلف رشته‌های پزشکی، برای تأیید تشخیص علل سردرد استفاده شد. علل سردرد با توجه به تقسیم‌بندی انجمن بین‌المللی سردرد IHS تعیین شدند. برای هر بیمار پرونده‌ای شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، شغل (با دسته‌بندی مشاغل آزاد، کارمند، خانه‌دار (برای زنان بیمار)) تشکیل شد. تشخیص اولیه سردرد از سوی نخستین پزشک معالج (غیرنورولوژیست) و تشخیص نهایی سردرد از سوی نورولوژیست، براساس معیارهای IHS، داده شد. به‌عبارت دقیق‌تر، ملاک تشخیص سردرد، نظر نهایی متخصص مغز و اعصاب (نورولوژیست)، در کنار معیارهای IHS بود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از کسب رضایت‌نامه از بیماران و دادن آگاهی‌های لازم، به آن‌ها اطمینان داده شد که از اطلاعات دریافت‌شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد. در پایان نیز، داده‌های جمع‌آوری شده بانرم‌افزار آماری SPSS16 و با شاخص‌های فراوانی و درصد، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از بین ۱۱۵۰ بیمار مراجعه‌کننده با شکایت سردرد به بیمارستان تخصصی فارابی شهر کرمانشاه، ۳۵۰ نفر (۳۰/۴٪) به‌عنوان بیمار دارای سردرد تشخیص‌گذاری شدند. با استفاده از معیار IHS و معاینه‌های بالینی تخصصی، ۱۱۸ نفر (۱۰/۲٪) سردرد میگرنی، ۲۰۳ نفر (۱۷/۶٪) سردرد تنشی و ۲۹ نفر (۲/۵٪) سردرد توأم میگرنی- تنشی داشتند. براساس نتایج به‌دست آمده، شانس ابتلا به سردرد زنان، نسبت به مردان، بیشتر بود ($P < 0/0001$). میگرن در گروه‌های سنی ۳۰-۴۱ سال، با ۵۴ نفر مبتلا (۱۵/۴٪)، بیشتر شیوع داشت، اما سردرد تنشی در گروه‌های سنی ۴۲-۵۳

جدول شماره ۱- برآورد شیوع سردرد بین بیماران مراجعه‌کننده، بر حسب سن، جنس و گروه شغلی

| سن (سال) | تعداد کل نمونه | تعداد نمونه با سردرد | سردرد میگرنی (%) | سردرد تنشی (%) | سردرد توأم میگرنی- تنشی (%) |
|------------------|----------------|----------------------|------------------|----------------|-----------------------------|
| ۱۸-۲۹ | ۴۵۹ | ۱۱۷ | ۴۰ (۸/۷) | ۷۲ (۱۵/۷) | ۵ (۱/۱) |
| ۳۰-۴۱ | ۳۵۲ | ۱۲۹ | ۵۴ (۱۵/۴) | ۶۳ (۱۷/۹) | ۱۲ (۳/۴) |
| ۴۲-۵۳ | ۲۴۹ | ۸۳ | ۱۶ (۶/۴) | ۵۸ (۲۳/۳) | ۹ (۳/۶) |
| ۵۴-۶۵ | ۹۰ | ۲۱ | ۸ (۸/۹) | ۱۰ (۱۱/۱) | ۳ (۳/۳) |
| مجموع | ۱۱۵۰ | ۳۵۰ | ۱۱۸ (۱۰/۲) | ۲۰۳ (۱۷/۶) | ۲۹ (۲/۵) |
| حدود اطمینان ۹۵٪ | - | - | ۹/۳-۱۳/۱ | ۱۷/۱-۲۱/۹ | ۲/۱-۴/۳ |
| P-Value | - | - | $P < 0.005$ | $P < 0.024$ | $P = 0.104$ |
| جنسیت | | | | | |
| مرد | ۳۴۹ | ۶۹ | ۱۹ (۵/۴) | ۴۵ (۱۲/۹) | ۵ (۱/۵) |
| زن | ۸۰۱ | ۲۸۱ | ۹۷ (۱۲/۱) | ۱۵۴ (۱۹/۳) | ۳۰ (۳/۷) |
| P-Value | - | - | $P < 0.001$ | $P < 0.001$ | $P < 0.003$ |
| نوع اشتغال | | | | | |
| آزاد | ۵۹۲ | ۲۱۴ | ۷۲ (۱۲/۲) | ۱۱۸ (۱۹/۸) | ۲۴ (۴) |
| کارمند | ۲۶۱ | ۶۷ | ۱۸ (۶/۹) | ۴۳ (۱۶/۵) | ۶ (۲/۳) |
| خانه‌دار | ۲۹۷ | ۶۹ | ۲۵ (۸/۴) | ۳۸ (۱۲/۸) | ۶ (۲/۲) |
| P-Value | - | - | $P = 0.382$ | $P < 0.002$ | $P = 0.067$ |

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) تعداد حمله‌ها در ماه و طول مدت سردرد در بیماران مراجعه‌کننده با شکایت سردرد

| نوع سردرد | جنسیت | تعداد حمله‌ها در ماه | | طول مدت هر سردرد (ساعت) | |
|-------------------------|-------|----------------------|--------------|-------------------------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| سردرد میگرنی | زن | ۶/۱ | ۶/۲ | ۱۶/۵ | ۲۱/۴ |
| | مرد | ۵/۹ | ۵ | ۱۶/۸ | ۲۱/۹ |
| سردرد تنشی | زن | ۷/۵ | ۶/۸ | ۱۲ | ۱۸/۵ |
| | مرد | ۶ | ۶/۲ | ۱۲/۵ | ۱۸ |
| سردرد توأم میگرنی- تنشی | زن | ۹/۳ | ۸/۷ | ۱۷ | ۱۹/۵ |
| | مرد | ۹ | ۷/۱ | ۱۷/۹ | ۱۹/۱ |

جدول شماره ۳- موقعیت سردردهای میگرنی و تنشی

| نوع سردرد | یک طرفه | دو طرفه | پشت سر | جلوی سر | تمام سر | دیگر موارد |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|----------|------------|
| | | | | | | |
| سردرد میگرنی | ۵۸ (۴۹/۱) | ۲۵ (۲۱/۲) | ۱۵ (۱۲/۷) | ۴ (۳/۴) | ۴ (۳/۴) | ۱۲ (۱۰/۱) |
| سردرد تنشی | ۲۱ (۱۰/۳) | ۹۸ (۴۸/۳) | ۳۲ (۱۵/۷) | ۲۷ (۱۳/۳) | ۱۸ (۸/۹) | ۷ (۳/۵) |
| سردرد توأم میگرنی- تنشی | ۴ (۱۳/۸) | ۹ (۳/۱) | ۳ (۱۰/۳) | ۳ (۱۰/۳) | ۴ (۱۳/۸) | ۶ (۲۰/۷) |
| مجموع | ۸۳ (۲۳/۷) | ۱۳۲ (۳۷/۷) | ۵۰ (۱۴/۳) | ۳۴ (۹/۷) | ۲۶ (۷/۴) | ۲۵ (۷/۱) |

جدول شماره ۴- نشانه‌های همراه با سردرد

| نوع سردرد | بی‌اشتهایی | | استفراغ | | ترس از صوت | | تهوع | | ترس از نور | |
|-------------------------|------------|---------|---------|---------|------------|---------|------|---------|------------|---------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی |
| سردرد میگرنی | ۲۸/۸ | ۱۶ | ۱۳/۶ | ۷ | ۵/۸ | ۵۲ | ۴۴/۱ | ۹ | ۷/۷ | |
| سردرد تنشی | ۲۶/۶ | ۱۶ | ۷/۸ | ۴۱ | ۲۰/۲ | ۷۶ | ۳۷/۵ | ۱۶ | ۷/۸ | |
| سردرد توأم میگرنی- تنشی | ۲۷/۶ | ۲ | ۶/۸ | ۲ | ۶/۸ | ۱۲ | ۴۱/۴ | ۵ | ۱۷/۳ | |
| مجموع | ۲۷/۵ | ۳۴ | ۹/۷ | ۵۰ | ۱۴/۳ | ۱۴۰ | ۴۰ | ۳۰ | ۵/۷۰ | |

بحث

نتایج پژوهش Dahlof و معیار IHS همخوانی دارد (۴۰). در (۵۵/۹) از مبتلایان به سردرد میگرنی، نشانه‌های همراه با سردرد (استفراغ، بی‌اشتهایی، ترس از صوت و نور) مشاهده شد که با نتایج پژوهش‌های پیشین و معیارهای IHS همخوانی داشت (۴۰، ۴۱)، اما از پژوهشی که در کره توسط Roh صورت گرفت، پایین‌تر بود (۳۸). در پژوهش حاضر، رابطه‌ای معنادار از لحاظ شدت سردرد بین سردرد میگرنی و سردرد تنشی مشاهده شد که با پژوهش Iniguez همخوان بود (۴۲). برآورد شدت سردرد در برآورد بار میگرن روی افراد و جامعه نقشی کلیدی دارد. همچنین، اندازه‌گیری شدت سردرد می‌تواند در پیش‌بینی ناتوانی مربوط و نیاز به تسهیلات بهداشتی و سلامتی دارای اهمیت باشد. این اندازه‌گیری همچنین، در شناسایی گروه‌های هدف، برای توجه و مراقبت‌های ویژه، بسیار مؤثر است (۳۳). همچنین در پژوهش حاضر، رابطه‌ای معنادار بین سردرد تنشی و سابقه درگیری در شغل دوم مشاهده شد ($P < 0/026$) که با نتایج (۴۳) همخوانی دارد، اما رابطه‌ای معنادار بین گروه‌های شغلی و سردردها وجود نداشت ($P < 0/05$) که این نتیجه، با نتایج پژوهش Zetola ناهمخوان بود (۴۴).

یافته دیگر پژوهش حاضر، بیانگر این بود که سردردهای تنشی و میگرنی دو عارضه جداگانه‌اند و در ایجاد هریک، دیگری کاملاً بی‌تأثیر است. این یافته با نتایج پژوهش Iniguez و Ulrich همخوانی دارد (۴۵، ۴۲). این بیماری امروزه اقزون بر عوارض جسمی، باعث کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن زمان مفید کاری و کاهش بهره‌وری، غیبت‌های مکرر شغلی و مصرف نابه‌جای مسکن‌ها می‌شود و از دیگر سو، با توجه به این‌که سردردها غالباً در سنین تولیدکنندگی و باروری اقتصادی (سردرد تنشی در نوجوانی و میگرنی، ۲۰-۵۰ سالگی) بروز می‌یابند (۱، ۴۶، ۱۴، ۱۲)، این امر توجه بیشتر و ارائه راهکارهایی را می‌طلبد

پژوهش حاضر مطالعه‌ای بر پایه بررسی مراجعان با شکایت سردرد به بیمارستان تخصصی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۹۰-۱۳۸۹ است. معیار تشخیصی سردرد و غربالگری آن بر پایه معیار بین‌المللی سردرد IHS و تشخیص بالینی به‌وسیله نورولوژیست بود. نتایج این پژوهش بیانگر شیوع بالاتر سردرد در زنان (۸۰/۲٪)، در مقایسه با مردان (۱۹/۸٪)، بود که با نتایج دیگر پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، کاملاً همخوان بود (۲۷-۲۱). در پژوهش حاضر، شیوع میگرن (۱۰/۲٪) برآورد شد که با نتایج پژوهش‌های آیت‌اللهی بین آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز (۱۰٪) و PrysePh بین جمعیت عمومی کانادا (۱۰٪) و همچنین، با نتایج پژوهش یوسفی که بین دانشجویان پزشکی زنجان (۱۱٪) انجام شده‌است، همخوانی دارد (۳۷-۳۵). شیوع سردرد تنشی برآوردشده در پژوهش حاضر (۱۷/۶٪) و با نتایج پژوهش‌های Roh JK بین جمعیت عمومی کره (۱۶/۲٪) و Amango در پرتقال (۱۶٪) و همچنین با نتایج پژوهش Koseoglu بین زنان ترکیه (۱۸/۸٪) همخوانی دارد (۳۹، ۳۸). شیوع سردردهای توأم میگرنی- تنشی (۲/۵٪) برآورد شده‌است که با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده بین دانشجویان پزشکی شیراز (۲/۷٪) همخوان بود (۳۳)، اما کمتر از نتیجه پژوهش انجام‌شده در بین آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز (۵/۲٪) و کره جنوبی (۷/۸٪) بود (۳۸، ۳۵).

در پژوهش حاضر، (۴۹/۱٪) از مبتلایان به میگرن، از سردرد یک‌طرفه، (۴۸/۳٪) از مبتلایان به سردرد تنشی، از سردرد دوطرفه و (۳۱٪) از مبتلایان به سردرد توأم میگرنی- تنشی رنج می‌بردند. این نتایج، در مقایسه با برخی از پژوهش‌های پیشین، پایین بود (۴۱، ۴۰، ۳۸). کیفیت ضربانی سردرد در (۸۵/۶٪) و (۴۱/۳٪)، به‌ترتیب در افراد میگرنی و تنشی مشاهده شد که با

IHS همخوانی داشت. مقایسه گزارش‌های ما با معیار IHS، همخوانی بین این معیار و تشخیص نورولوژیست را نشان می‌دهد و این نتیجه‌گیری در واقع، می‌تواند اعتبار بالای این معیار را نشان دهد. یافته‌های مربوط به شدت سردرد و به‌دنبال آن، از دست دادن کار به‌علت سردرد، در بازتابانند اهمیت اثر اجتماعی میگرن و ضرورت ارائه راهکارهایی برای درمان و پیشگیری آن، بسیار مهم است. امیدواریم که نتایج حاصل از این مطالعه بتواند در توجه و ارائه راهکارهایی در این حوزه مفید واقع گردد. البته برای تأیید ویژگی‌های همه‌گیرشناسانه و بالینی سردرد در ایران، با توجه به تنوع استانی و همچنین تنوع خرده‌فرهنگ‌ها، به مطالعه‌های بیشتر و جامع‌تر در دیگر نقاط کشور نیاز است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری همه مسئولان و مراجعان محترم شرکت‌کننده در این پژوهش، سپاسگزاری می‌کنند.

تا با کمک آن‌ها بتوان روندی مناسب را برای پیشگیری، تشخیص و درمان سردردها برگزید. این راهبردها می‌توانند با بررسی فراوانی توزیع، تشخیص عوامل خطر اولیه و درمان ارزیابی گردند و در مجموع، تشخیص و درمان مناسب افراد می‌تواند اثر سردرد روی افراد و بار سردرد روی جامعه را کاهش دهد (۷). برای نمونه، پژوهش Dueland و همکاران نشان داد که ۴۶٪ افراد مبتلا به سردرد حداقل یک روز غیبت از کار داشتند که میانگین غیبت از کار به‌دلیل میگرن، ۱/۹٪ روز در عرض شش ماه بود. (۴۳). همچنین، مطالعه تأثیر سردرد بر کیفیت زندگی افراد در برزیل نشان داد که ۶۲/۷٪ از افراد میگرنی هنگام حملاتشان کاهش عملکرد شغلی داشتند و این رقم در مورد سردرد تنشی ۲۴۵/۴٪ بود (۳۰).

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، ویژگی‌های بالینی، مانند یک‌طرفه بودن سردرد، ضربه‌ای بودن سردرد، ترس از صوت و ترس از نور با معیار

منابع

1. Kurt S, Kaplan Y. Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2008; 110: 46-50.
2. Olesen JT, Peer H, Welsh K, Micheal A. *The Headache*. 2th ed. Lipincottwilliams&Wilking Philadelphia, 2000;: 1024-52.
3. GholamrezaMirzaei M. Prevalence of frequent migraines and loss of function in Shahrekord city high school students. *Medical Journal of Shahrekord*, 2004; 55-62.
4. Kachoei H, Amelly G, Sharifibonnab MM, Tavallaei SA, Keshavarzi N. Contributing factors in migraine attacks. *Kowsar Medical Journal*. 2009; 11: 279-84.
5. Evans RW, Evans J, Mathew NT, Rosenthal RC. *Handbook of Headache*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 80-1.
6. Nemati V. Study of neurological complications - the psychological result of the war. *Symposium Proceedings*, Tehran: Tehran University of Medical Sciences Department of Psychiatry and Psychology, 2003;: 59-63.
7. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001; 41: 646-57.
8. Kernick D. An introduction to the basic principles of health economics for those involved in the development and delivery of headache care. *Cephalalgia*, 2005; 25: 709-14.
9. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *The Lancet Neurology*. 2008; 1: 70-83.
10. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik MG, Cordingley GE, Carlson BW. Management of Chronic Tension-Type Headache With Tricyclic Antidepressant Medication, Stress Management Therapy, and Their Combination A Randomized Controlled Trial. *The Journal of American Medical Association*. 2001; 285: 2208-2215.
11. Ndryvly T. *Sicily Principles of Internal Medicine: Infectious Diseases*. Translated by Arjomand M, et al. Tehran: Publications Arjomand. 2010. 264-9.
12. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. *Headache in clinical practice*. London and York: Martin Dunitz, 2002. 11-30.
13. Stone RG, Wharton RB. Simultaneous multiple modality therapy for tension headaches and neck pain. *Biomedical Instrumentation & Technology*, 1997; 31: 259-62.
14. Black JM, Matassarini Jacobs E. *Medical surgical nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997. 5th ed. 820.
15. Delsen J, Tfelt-Hansen P, Welch, Michael A: *The Headaches*. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins, 2000. 22.
16. Kasper DL, Harrison S. *Principle of internal medicine*. New York: Mcgraw-Hill publishing. 2005, 110-23.
17. Penzien DB, Andrasik F, Freidenberg BM, Houle TT, Lake AE, Lipchick GL, et al. Guidelines for trails of behavioral treatments for recurrent headache, (1st. ed.). *American Headache Society behavioral clinical trials workgroup. Headache*, 45(Suppl 2), 2006, 110- 32.
18. Raymond DA, Allan HR. *Adams Principles of Neurology*. 8th ed. New York: McGraw Hill. 2005; 147.
19. Adams RD. Headache and other craniofacial pains. In: Adams and victor's. *Principles of neurology*. From McGraw Hill Company. New York: USA, 2011; 181-3.
20. Lipton RB, Stewart WF. Prevalence and impact of migraine. *Neurologic Clinics*, 1997; 15: 1-13.
21. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL, Stovner LJ, Sand T. The prevalence of migraine and tension-type headache among adolescents in Norway. *The Nord-Trondelag Health Study (Head-HUNT-Youth), Large population based epidemiological study*. *Cephalalgia*. 2004; 24: 373-9.
22. Barea LM, Rotta NT, Stein A, Barros HM, Tannhauser M. Analgesic use for headache treatment by schoolchildren of southern Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug saf*. 1997; 6: 359-66.
23. Bugdayci R, Ozge A, Sasmz T, Kurt AO, Kaleagasi H, Karakelle A, Tezcan H, Siva A. Prevalence and factors

- affecting headache in Turkish schoolchildren. *Pediatrics International*. 2005; 3: 316–22.
24. Bessisso MS, Bener A, Elsiad MF, AL-khalaf FA, Huzaima KA. Patter of Hedache in School children in the state of Qatar. *Saudi medical journal*. 2005; 26: 566-70.
 25. Al Jumah M, Awade A, AL Azzam S. Headache syndroms amongst school children in Riyadh, Saudi Arabi. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2002; 42: 281-6.
 26. Dzoljic E, Sipetic S, Vlijinac H, Marinkovic J, Brzakovic B, Pokrajac M, Kostic V. Prevalence of menstrually related migraine and nonmigraine primary headache in female students of Belgrade University. *Headache*, 2002; 42: 185-93.
 27. AmagoEo, Jowijo, Njern EK. Migraine headache in a group of medical students at the Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*. 1996; 73: 594-7.
 28. Dleu D, Khan MA, Humadian H, AL Mantheri Z, AL Hashami S. Prevalence and clinical characteristics of Headache in Medical Students in Oman. *Headache*. 2001; 41: 798-804.
 29. Da Costa Mz, Sorares CB, Heinisch LM, Heinisch RH. Freguency of Headache in medical students of Santa Catrina,s Federal university. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2000; 40: 740–44.
 30. Bigal ME, Bigal JM, Betti M, Bordini CA, Speciali JG. Evaluation of the impact of Migraine and episodic Tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. *Headache*. 2001; 41: 710-9.
 31. Amango EO, Jorri JO, Njeru EK. Headache Associated disability in medical students at the konyatta National Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*. 2002; 79: 519-23.
 32. Valjinac H, Dzoljic E, Sipetic S, Kostic V. Hereditary pattens of Belgrad university female students with migraine and nonmigraine primary headache. *Journal of neurology*. 2004; 251: 973-6.
 33. Ayatollahi SM, DarabzandT,SheibaniF. Tension headaches and migraine prevalence in Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2000; 6: 141-48.
 34. Ayatollahi SM, KhosraviA. Case - control study of factors influencing migraine and tension headaches among school children in Shiraz. *Journal of Medical Sciences and Health Services - Health, Hamadan*, 2004; 11: 42-37.
 35. Ayatollahi SM, Chraghyan B. Epidemiologic patterns of tension and migraine Khtrsrdrdhay elementary school teachers of Shiraz, 1381-82 school year. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 2005; 6: 92-85.
 36. Yousefi M. Prevalence of migraine in medical students and doctors, Zanjan University of Medical Sciences, *Medical Sciences – Zanjan*. 1999; 24-18.
 37. Pryse-Phillips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *The Canasian Journal of neurological sciences*. 2000; 19: 333-9.
 38. Roh JK, Kim JS, Ahn YO. Epidemiologic and clinical characteristics of Migraine and Tensioytype headache in Korea. *Headache*. 2008; 38: 356-65.
 39. Koseoglu E, Nacar M, Talaslioglu A, Cetinkaya F. Epidemiological and clinical characteristics of Migraine and Tension type headache in 1146 females in Kayseri, Turkey. *Cephalalgia*. 2003; 23: 381-8.
 40. Dahlof C, Linde M. One-year prevalence of Migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia*. 2001; 21: 664-71.
 41. Piovesan EJ, Kowacs PA, Lange MC, Pacheco C, Piovesan LR, Werneck LC. Prevalence and semiologic aspects of the idiopatic stabbing headache in a Migraine population. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2009; 59: 201-5.
 42. Iniguez C, Larrode P, Mauri JA, Morales F. Clinical features of daily chronic headache. *Revista de Neurologia*. 1997; 25: 1034-7.
 43. Find all citations in this journal (default). Or filter your current search 43. DueLand AN, Leira R, Burke TA, Hillger EV, Bolge S. The impact of migraine on work, family, and Leisure among young women-a multinational study. *Current Medical Research and Opinion*. 2004; 20: 159-69.
 44. Zetola VH, Novak EM, Luiz A, Branco BO, Sato BK, Nita CS, Bubna MH, Prado Rde A, Werneck LC. Headache incidence in a hospital community. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 1998; 56: 559-64.
 45. Portela LF, Rotenberg L, Waissmann W. Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. *Current Medical Research and Opinion*. 2004; 21: 859-70.
 46. Rabins JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. *journal of Headache*. 2008; 45: 92–109

Original Article

The Epidemiology and Clinical Characteristics of Migraine and Tension Headaches among the Patients Referred to Farabi Hospital in Kermanshah City in Year 2011

Behrouz B¹, Amini K², Farhnaz shakhniya³, Abedi A⁴, Ghasemi N⁵

1- Master Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

2- PhD, Neurologist, Department of Neurology, University of Medicine and Health Sciences Kermanshah, Kermanshah, Iran

3- Master Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

4- PhD, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

5- PhD, Student of educational sciences, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

Corresponding author: Behrouz B., Behrouz.psycho64@yahoo.com

Background & Objectives: Peavalu on sage sümptom, mis võib olla tõsine problem iga inimese igas vanuserühmas. Several studies have shown that the prevalence of migraine and tension-type headache (TTH) varied between different geographical regions. Since there is little known about this in the country the current research has been conducted with the aim of estimating the prevalence of these types of migraines, reporting and comparing their clinical characteristics in this region of Iran.

Methods: This study conducted on 1150 admitted patients by first diagnosis of headache in Farabi hospital in Kermanshah during a period of one year from 2010 till 2011. Case definition was based on International Classification of Headache Disorders (ICHD) criteria. Among these, 350 patients were diagnosed as headache patients and completed the International Headache Schedule form. Data were analyzed by the use of descriptive frequency and percentage SPSS 16 software.

Results: The results indicate that women were stricken more than men by headache ($P < 0.0001$). Migraine was more prevalent in the age groups of 30-41 that included 54 individual (15.4%). the tension headache was more common among the age group of 42-53 that constitute 58 people (23.3%) of the participants. A significant correlation was also reported between the position and type of the headache ($P < 0.0001$). Findings of this research showed that 20.4% of people with migraine and nearly 9 percent (9%) of persons with tension headaches have lost their job because of their headaches. There is meaningful relation between tension headaches and experience into their second job struggling ($P < 0.026$).

Conclusion: It is concluded that migraine and tension headaches seem two separate diseases and none of them has any effect on the other. Headache requires more attention and it should be, diagnosed and managed appropriately.

Keywords: Tension headache, Migraine headache, Patients referred Farabi Hospital