

شیوع میگرن در کودکان دبستانی بیرجند، سال ۱۳۹۰

طیبه خزاعی^۱، محمد دهقانی^۲، غلامرضا شریف‌زاده^۳، حمیدرضا ریاسی^۲، جعفر فانی^۴، حامد یوسفی^۴

^۱ مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

^۲ استادیار گروه داخلی اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

^۳ استادیار اپیدمیولوژی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی و عضو مرکز تحقیقات سلامت خانواده و محیط دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

^۴ کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

نویسنده رابط: طیبه خزاعی، نشانی: بیرجند، خیابان غفاری، کد پستی: ۹۷۱۷۸۵۳۵۷۷، تلفن: ۰۵۶۱-۹۰۵۶۱-۴۴۴۳۰۴۱، پست الکترونیک: thayebehk@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۱۵؛ پذیرش: ۹۲/۶/۲

مقدمه و اهداف: میگرن، شایع‌ترین سردرد کودکان با ظهور علایم قبل از ۱۰ سالگی می‌باشد. بیش از ۳۰ درصد مبتلایان، دچار ناتوانی و کاهش فعالیت روزانه می‌شوند، بنابراین تشخیص و درمان به موقع حملات سردرد باعث افزایش توان یادگیری و جلوگیری از غیبت دانش‌آموزان می‌شود. هدف این مطالعه، تعیین شیوع میگرن در کودکان دبستانی بیرجند بوده است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی شده از ۴ منطقه شهر بیرجند در ۸ دبستان از طریق مصاحبه با والدین، پرسشنامه‌های انجمن بین‌المللی سردرد (ICHD-2) و برای تعیین ناتوانی ناشی از سردرد (PedMIDAS) ۷ تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۴ و با تست آماری مجذور کای تحلیل شد.

نتایج: از ۱۱۰۷ کودک با میانگین سن $9 \pm 1/41$ سال، ۵۵۱ (۴۹/۳ درصد) دختر، و ۵۵۶ (۵۰/۷ درصد) پسر، ۱۸۵ (۱۶/۵۶ درصد) سر درد و ۴۰ (۲/۱۶ درصد) میگرن داشتند. بیش‌ترین زمان بروز حمله سر درد میگرن، روز اول هفته با شدت متوسط و عامل تشدید کننده: استرس و فعالیت فیزیکی و تسکین دهنده: خواب و استراحت بود. محل وقوع آن دوطرفه و همراه با تهوع و استفراغ بود. میانگین حملات سر درد در سه ماه گذشته $8/58 \pm 7/65$ ساعت و طول مدت $6/38 \pm 5/02$ ساعت با فواصل $24/70 \pm 26/21$ روز بود. فراوانی میگرن بر حسب سن و جنس تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. بیش‌تر افراد سابقه خانوادگی داشته، اما مراجعه به پزشک نداشتند. ۷۹/۳۷ درصد دانش‌آموزان ناتوانی درجه یک، ۱۰/۵۴ درصد درجه دو، ۹/۰۵ درصد درجه سه و ۱/۰۴ درصد ناتوانی درجه چهار را گزارش نمودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به افزایش شیوع میگرن با سن و خطر مزمن شدن بیماری و اختلال در عملکرد فردی و اجتماعی، لازم است با شناخت زودرس و تعدیل عوامل تشدید کننده و آموزش روش‌های پیش‌گیری غیر دارویی، از بروز حملات سردرد و عود آن جلوگیری نمود.

واژگان کلیدی: شیوع، میگرن، کودکان، مدرسه، بیرجند

مقدمه

شدت می‌یابند، و با بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، و فتوفوبیا همراه است (۹-۶). میگرن سردردی است موردی با زمینه ارثی و خانوادگی که از هنگام کودکی، نوجوانی یا اوایل میان‌سالی آغاز می‌شود (۳). میگرن در کودکان و بزرگسالان با هم تفاوت‌هایی دارد. میگرن در کودکان نسبت به بزرگسالان اغلب به صورت میگرن بدون اورا و دوطرفه می‌باشد، و از نظر زمانی نیز طول مدت سردرد در کودکان نسبت به بزرگسالان کم‌تر است (۹). مطالعات اولیه نشان داده‌اند که در ۲۰ درصد بزرگسالان مبتلا به میگرن، ظهور علایم قبل از سن ۱۰ سالگی بوده است (۲).

شیوع سردرد در نقاط مختلف جهان از آسیا (۵۰ درصد) تا آفریقا (۲۰ درصد) متفاوت است. حداکثر شیوع میگرن در اروپا

سردرد از علایم مهم بیماری‌های مختلف در طب اطفال می‌باشد. ۶-۲ درصد تمام ویزیت‌های اورژانس کودکان و نوجوانان به علت سردرد می‌باشد. در میان انواع سردردها، میگرن پس از سردرد تنشی شایع‌ترین نوع سردرد است، که در کودکان به اشکال مختلف رخ می‌دهد و نیاز به تشخیص و درمان به موقع دارد (۴-۱). هم‌چنین مشخصات و عوامل خطر آن در گروه‌های سنی مختلف، متفاوت می‌باشد (۵).

تعریف میگرن بر اساس جامعه‌ی جهانی سردرد عبارت است از: سر دردهای عود کننده‌ای که با یا بدون اورا هستند، و ۷۲-۱ ساعت به طول می‌انجامد (۶). ماهیتاً یک‌طرفه، و ضربان‌دار هستند، با شدت متوسط یا شدید و با فعالیت‌های روتین روزمره

مطالعه با توجه به اهمیت موضوع سردرد در کودکان و تفاوت‌های موجود بین ویژگی‌های میگرن در گروه‌های سنی مختلف و نبود اطلاعات دقیق در این زمینه در کشور، با هدف تعیین شیوع سردرد میگرنی در کودکان مدرسه‌ای شهرستان بیرجند انجام شده است.

روش کار

نوع مطالعه توصیفی- تحلیلی و ابزار و روش جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه (Headache Society Criteria-2 (IChD-2) از انجمن بین‌المللی سردرد بوده که در آن مدت زمان حمله میگرن در کودکان کم‌تر از ۱۵ سال به ۲۲-۱ ساعت تغییر یافته است.

مقیاس انجمن بین‌المللی سردرد (IHS) به شرح زیر استفاده گردید. در صورتی که ۵ حمله از حملات سردرد ویژگی‌های زیر را داشته باشد؛ تشخیص میگرن داده می‌شود.

۱- طول مدت حمله سردرد ۲۲-۱ ساعت؛

۲- وجود حداقل دو مورد از چهار مشکل زیر:

الف) یک‌طرفه باشد؛ ب) ضربان‌دار باشد؛ ج) از لحاظ شدت متوسط که با فعالیت روزمره و پیاده‌روی تشدید شود؛ و د) همراه با حالت تهوع، استفراغ یا ترس از نور و ترس از صدا باشد.

روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. با توجه به میزان شیوع سردرد در مطالعات اولیه (۵٪) و سطح اطمینان ۹۵ درصد، تعداد ۱۱۰۷ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند؛ بدین ترتیب که از ۴ منطقه شهر بیرجند از هر منطقه یک دبستان دخترانه و پسرانه و سپس در هر مدرسه از روی دفتر نمره کلاس با توجه به فاصله طبقات تعیین شده به‌طور تصادفی سیستماتیک از هر مقطع ۲۸ نفر انتخاب شدند، و به جای افرادی که حاضر به شرکت نبودند از کلاس ب به همین ترتیب افراد انتخاب شدند.

با ارسال دعوتنامه رسمی از طرف دانشگاه و هم‌چنین تماس با ایشان و توضیحات کامل در مورد اهداف مطالعه و پمفلت آموزشی در مورد بیماری میگرن و معرفی منابع برای مطالعه بیشتر مشارکت ایشان جلب گردید؛ ضمن این‌که برای افراد مبتلا ویزیت رایگان در نظر گرفته شد. از ایشان خواسته شد تا هر یک از والدین که اطلاعات بیشتری در مورد کودک می‌توانند ارائه کنند؛ در جلسه شرکت کرده، و بیش‌تر مادران حضور یافتند.

پرسشنامه از طریق مصاحبه حضوری با کودک و والدین توسط یک کارشناس ارشد پرستاری تکمیل شد، که شامل ویژگی‌های

(۱۵ درصد) و حداقل شیوع در افریقا (۵ درصد) گزارش گردیده است (۱). میزان شیوع میگرن در هر دو جنس در سنین ۱۲-۶ سال در کشورهای امارات متحده عربی، عربستان (ریاض)، هند (جاپور)، هنگ‌کنگ، مصر، آمریکا (کلوند)، فنلاند، ایتالیا (مونرئال)، اسکاتلند (آبروین)، انگلستان (بیرمنگهام)، و سوئد به ترتیب ۳/۸، ۶/۲، ۱۱، ۱/۲، ۱۶/۶، ۸/۶، ۳، ۱۰/۶، ۳/۷ و ۹ درصد گزارش شده است (۶).

در مطالعه zheng jin روی ۴۸۱۲ دانش‌آموز، ۴۶۶ نفر (۹/۶۸ درصد) سردرد در ۳ ماه گذشته را تجربه کرده بودند، و ۴۴/۸۵ درصد مبتلا به میگرن بودند. نسبت میگرن با سن از ۲۳/۲۹ به ۴۳/۴۸ درصد تغییر داشت، و نسبت بالا در سنین ۱۴ و ۱۵ سال مشاهده شد (۱۰).

میزان شیوع میگرن در مطالعات داخل کشور شامل آیت‌الهی (۱/۷ درصد)، قایقران (۸/۸۵ درصد)، مؤیدی (۳۶/۵۳ درصد)، طالبیان (۴۵/۳ درصد)، بهرامی (۶۵/۴۴ درصد) بوده است (۱،۲،۸،۹،۱۱).

در مطالعه‌ای روی ۷۲۳ نوجوان بیرجند (۱۳۸۹)، شیوع سردرد بطور کلی ۶۸/۵٪ واز بین آنها ۶/۹٪ میگرن بوده است. میانگین نمره افت عملکرد تحصیلی ۱۱/۵۹±۱۳/۷۱ بود، که بر حسب مقیاس MIDAS در حد متوسط محسوب می‌شود، و افت عملکرد تحصیلی با تعداد حملات، شدت و فواصل سردرد همبستگی مثبت داشت (۱۲).

بیش از ۳۰ درصد مبتلایان به میگرن و ۲۰ درصد مبتلایان به سردرد تنشی، دچار ناتوانی و از دست دادن فعالیت روزانه می‌شوند، بنابراین کاهش تعداد حملات سردرد باعث افزایش توان یادگیری و جلوگیری از غیبت از مدرسه در دانش‌آموزان می‌شوند (۱).

محققان روایی اطلاعات کسب شده از طریق پرسشنامه و نیز همبستگی گزارشات والدین و کودکان مبتلا به سردرد را تأیید نموده‌اند (۱۰). حساسیت معیار تشخیص میگرن در مطالعات مختلف ۸۶/۶-۴۷ درصد و دقت آن ۹۸/۶-۹۲/۴ درصد گزارش شده است (۱۳).

از آن‌جا که مهم‌ترین راه تشخیص بررسی علائم و مشخصات جمعیت شناختی بیماری است (از اقدامات پاراکلینیک برای تشخیص افتراقی استفاده می‌شود) و گرفتن شرح حال و معاینات پزشکی در جمعیت‌های بزرگ امکان‌پذیر نمی‌باشد و عدم تشخیص به موقع، علاوه بر افت عملکرد تحصیلی روش‌های تشخیصی پر خطر و گران‌قیمت را به دنبال خواهد داشت، این

شماره (۴) ذکر شده است.

بیشتر دانش‌آموزان (۱۱۱ (۶۰ درصد) سابقه خانوادگی سردرد داشته و ۵۵ (۲۹/۷ درصد) سابقه‌ی آلرژی نداشته و ۱۳۵ (۷۳ درصد) هم به پزشک مراجعه نکرده بودند. بیشترین فراوانی مربوط به سن ۹ سالگی و کمترین فراوانی مربوط به سن ۸ سالگی بود. بیشترین محل سردرد کودکان در ۵۴/۱ درصد موارد جلوی سر و کیفیت سردرد در ۳۱/۴ درصد موارد فشاری و با شدت متوسط بود. بیشترین عوامل تشدید کننده سردرد به ترتیب استرس، فعالیت فیزیکی و بوی سیگار بود. بیشترین عوامل تسکین دهنده به ترتیب خواب، استراحت، مصرف مسکن و تغییر محیط بود. جدول شماره (۱) شایع‌ترین علامت همراه با سردرد، تهوع ۲۹/۲ درصد و شایع‌ترین علامت او را، حساسیت به نور ۴۷/۶ درصد بود (جدول شماره (۲)).

بیشترین زمان بروز حمله سردرد در ۸۷ نفر (۴۷ درصد) روز اول هفته بود. در ۵۱ (۲۷/۶ درصد) کودکان طول مدت حمله سردرد ۱-۷۲ ساعت بوده است. محل سردرد میگرن در ۱۱۶ (۶۲/۷ درصد) کودکان یک‌طرفه و در ۷۱ (۳۸/۴ درصد) ضربان‌دار بوده و در ۸۳ (۴۴/۹ درصد) با پیاده‌روی تشدید و در ۹۲ (۴۹/۷ درصد) همراه با تهوع و استفراغ بود. زمان بروز اولین حمله سردرد میگرن در بیشتر موارد ۵۲ (۲۸/۱ درصد) در سن ۷ سالگی بود. میانگین تعداد حملات سردرد در سه ماه گذشته $8/58 \pm 7/65$ دفعه و طول مدت سردرد $6/38 \pm 5/02$ ساعت و فواصل حملات $24/70 \pm 26/21$ روز بود (جدول شماره ۳). فراوانی میگرن در کودکان بر حسب سن ($P=0/091$) و جنس تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. ($P=0/13$) (جدول شماره ۴)

۷۹/۳۷ درصد دانش‌آموزان ناتوانی درجه یک، ۱۰/۵۴ درصد درجه دو، ۹/۰۵ درصد درجه سه و ۱/۰۴ درصد ناتوانی درجه چهار را گزارش نمودند. میزان ناتوانی ناشی از سردرد در کودکان بر حسب سن و جنس تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد.

دموگرافیک و شرح کامل از سردرد کودکان (محل، نوع، و شدت و مدت، عوامل تسکین دهنده و تشدید کننده سردرد و...) بود. یک پمفلت آموزشی نیز برای توجیه کودکان و والدین داده شد. در صورت لزوم بیماران به متخصص اعصاب ارجاع داده می‌شدند. برای تعیین افت عملکرد یا ناتوانی ناشی از سردرد از پرسشنامه (Pediatric Migraine Disability Assessment Score classification) (PedMIDAS) ۷ استفاده شد که دارای ۶ سؤال مربوط به سردرد طی سه ماه گذشته است. سه سؤال اول تأثیر سردرد بر عملکرد تحصیلی: سؤال ۱ در مورد تعداد روزهای غیبت از مدرسه، سؤال ۲ در مورد غیبت روزانه با جزئیات، و سؤال ۳ در مورد وجود ۵۰ درصد عملکرد کم‌تر از توانایی معمول دانش‌آموزان مدرسه می‌پرسد. سؤال ۴ تأثیر سردرد در خانه و هر گونه ناتوانی در انجام تکالیف و کارهای روزمره را مورد پرسش قرار می‌داد. دو سؤال نهایی در مورد فعالیت‌های اجتماعی، از جمله ورزش: سؤال ۵ در مورد غیبت کامل از مدرسه و سؤال ۶ در مورد وجود ۵۰ درصد عملکرد کم‌تر از توانایی معمول دانش‌آموزان مدرسه می‌پرسد. درجه‌ی ناتوانی یک عبارتست از: نمره ۰-۱۰ و درجه دو شامل نمره ۱۱-۳۰ و درجه سه شامل نمره ۳۱-۵۰ و درجه چهار نمرات بالاتر از ۵۰ می‌باشند (۱۴).

این پرسشنامه به فارسی ترجمه و سپس توسط دو نفر از متخصصان مسلط به زبان لاتین مجدداً به لاتین برگردانده شد؛ بدین ترتیب روایی آن مشخص گردید. برای تعیین پایایی نیز روی نمونه ۳۰ نفری اجرا و ضریب همبستگی سؤالات ۰/۷۵ تعیین گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۴ و با تست آماری مجذور کای تحلیل شد. نتایج به صورت درصد فراوانی، و میانگین گزارش شد. $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۱۰۷ کودک با میانگین سن $9 \pm 1/41$ سال، ۵۵۱ (۳/۴۹ درصد) دختر و ۵۵۶ (۷/۵۰ درصد) پسر بررسی شدند. از این تعداد ۱۸۵ نفر (۱۶/۶ درصد) میگرن داشتند. مقایسه شیوع میگرن در کودکان بر حسب سن و جنس در جدول

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی کودکان بر حسب محل، کیفیت، شدت سر درد، عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده سر درد

متغیر	فراوانی (درصد)
یک طرفه	۱۱ (۵/۹)
دو طرفه	۳۰ (۱۶/۲)
جلوی سر	۱۰۰ (۵۴/۱)
اطراف و دور سر	۳۷ (۲۰/۰)
پشت سر و پشت چشم	۷ (۳/۸)
کیفیت سردرد ضربان دار	۴۷ (۲۵/۴)
کوبنده	۲۸ (۱۵/۱)
فشاری	۵۸ (۳۱/۴)
کند و مبهم	۳۲ (۱۷/۳)
سایر موارد	۲۰ (۱۰/۸)
شدت سردرد	۶۰ (۳۲/۴)
خفیف	۱۰۳ (۵۵/۷)
متوسط	۲۲ (۱۱/۹)
شدید	
عوامل تشدید کننده	
فعالیت فیزیکی	۵۱ (۲۷/۶)
خوردن غذا و مایعات	۲۳ (۱۲/۴)
بوی سیگار	۳۶ (۱۹/۵)
استرس	۶۳ (۳۴/۱)
سایر موارد	صفر (۶/۵)
عوامل تسکین دهنده	
خواب و استراحت	۸۱ (۴۳/۸)
مصرف مسکن	۷۴ (۴۰)
تغییر محیط	۳۰ (۱۶/۲)

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی علائم همراه و اورا در کودکان مبتلا به سردرد

مشخصات	فراوانی (درصد)	جمع
تهوع	۵۴ (۲۹/۲)	۲۹/۲
استفراق	۱۴ (۷/۶)	۳۶/۸
رنگ پریدگی	۵۲ (۲۸/۱)	۶۴/۹
ترس از صوت	۱۳ (۷/۰)	۷۱/۹
ترس از نور	۱۱ (۵/۹)	۷۷/۸
بی‌اشتهایی	۲۶ (۱۴/۱)	۹۱/۹
دل درد	۱۵ (۸/۱)	۱۰۰/۰
حساسیت به نور	۸۸ (۴۷/۶)	۴۷/۶
حساسیت به صدا	۷۷ (۴۱/۶)	۸۹/۲
درخواست خوابیدن	۱۱ (۵/۹)	۹۵/۱
دراز کشیدن	۹ (۴/۹)	۱۰۰/۰

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی کودکان بر حسب خصوصیات حمله سر درد میگرنی

جمع	فراوانی (درصد)	خصوصیات حمله
۳۲/۴	۶۰ (۳۲/۴)	خفیف
۸۸/۱	۱۰۳ (۵۵/۷)	متوسط
۱۰۰/۰	۲۲ (۱۱/۹)	شدید
۷۸/۴	۱۴۵ (۷۸/۴)	میگرن ندارد
۱۰۰/۰	۴۰ (۲/۱۶)	میگرن دارد
۶۱/۶	۱۱۴ (۶۱/۶)	خیر
۱۰۰/۰	۷۱ (۳۸/۴)	بلی
۶۲/۷	۱۱۶ (۶۲/۷)	خیر
۱۰۰/۰	۶۹ (۳۷/۳)	بلی
۷۲/۴	۱۳۴ (۷۲/۴)	خیر
۱۰۰/۰	۵۱ (۲۷/۶)	بلی
۵۰/۳	۹۳ (۵۰/۳)	خیر
۱۰۰/۰	۹۲ (۴۹/۷)	بلی
۵۵/۱	۱۰۲ (۵۵/۱)	خیر
۱۰۰/۰	۸۳ (۴۴/۹)	بلی

جدول شماره ۴- مقایسه شیوع میگرن در کودکان بر حسب سن و جنس

متغیر	سن / جنس	فراوانی (درصد)		جمع	سطح معنی دار
		میگرن دارد	میگرن ندارد		
سن	۷	۱۱ (۳۳/۳)	۲۲ (۶۶/۷)	۳۳	
	۸	۸ (۱۹/۵)	۳۳ (۸۰/۵)	۴۱	
	۹	۲ (۷/۴)	۲۵ (۹۲/۶)	۲۷	
	۱۰	۱۱ (۲۹/۷)	۲۶ (۷۰/۳)	۳۷	
	۱۱	۸ (۱۷/۰)	۳۹ (۸۳/۰)	۴۷	
	جمع	۴۰ (۲۱/۶)	۱۴۵ (۷۸/۴)	۱۸۵	۰/۰۹
جنس	مؤنث	۱۹ (۱۷/۸)	۸۸ (۸۲/۲)	۱۰۷	
	مذکر	۲۱ (۲۶/۹)	۵۷ (۷۳/۱)	۷۸	
	جمع	۴۰ (۲۱/۶)	۱۴۵ (۷۸/۴)	۱۸۵	۰/۱۳

(۳/۸ درصد) از میزان کمتری (۴،۱۵،۱۶) برخوردار است.

در مطالعه مروری ابو عارف روی مقالات مرتبط با اپیدمیولوژی سر درد در کودکان و نوجوانان (۳۸ مطالعه) درصد تجمعی سر درد روی جمعیت ۸۰۸۷۶ کودک، ۵۸/۴ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۵۸/۱-۵۸/۸ درصد) به دست آمد. شیوع میگرن در دخترها (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۹/۴-۹/۹ درصد) و در پسرها (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۵/۸-۶/۲ درصد) به دست آمد. یکی از دلایل اختلاف شیوع میگرن مناطق مختلف جهان به

بحث

از ۱۱۱۷ کودک با میانگین سن $9 \pm 1/41$ سال، ۵۵۱ (۴۹/۳ درصد) دختر و ۵۵۶ (۵۰/۷ درصد) پسر، ۱۸۵ نفر سر درد و ۴۰ (۲/۱۶ درصد) میگرن داشتند، که در مقایسه با شیوع میگرن در مطالعات داخلی مانند بهرامی (۶۵/۴۴ درصد) طالبیان (۴۵/۳ درصد) و مؤیدی (۳۶/۵۳ درصد) (۱،۸،۱۱) و خارجی مانند فوونگ (۱۲/۲ درصد) و چانگ (۸/۶ درصد) و بنر

پیش‌گیری از حملات استفاده نکرده بودند (۱۸).

اغلب کودکان مبتلا به میگرن به دلیل فواصل زیاد بین حملات سردرد و شدت کم‌تر آن در کودکی به پزشک مراجعه نمی‌کنند. بنابراین استفاده از اطلاعات مربوط به مطالعات جمعیتی نسبت به بررسی‌های بالینی از ارجحیت بیش‌تری برخوردار است. در این مطالعه ۲۹/۷ درصد کودکان سابقه آلرژی و ۶۰ درصد سابقه خانوادگی میگرن داشتند، که مشابه مطالعه میرزایی، می‌باشد (۳). مسأله ارثی بودن و عوامل دیگری از جمله اختلالات هورمونی و آلرژی به مواد غذایی در ایجاد میگرن مطرح هستند (۲۲). هم‌چنین سابقه‌ی مثبت خانوادگی و الگوی خواب غیر طبیعی به عنوان مهم‌ترین عوامل خطر برای مبتلایان به انواع سردرد شناسایی شدند (۹، ۱۳).

در این مطالعه، عوامل تشدید کننده‌ی سر درد به ترتیب استرس و فعالیت فیزیکی (مشابه مطالعه آیت‌اللهی (۹) و استوونر (۱۸)، و بوی سیگار بود و عوامل تسکین دهنده سر درد به ترتیب خواب، استراحت، مصرف مسکن و تغییر محیط بود. در سایر مطالعات استرس و توقع بیش از حد والدین و هم‌سالان، عامل شروع حمله سر درد گزارش شده است (۱۰).

با شناسایی عوامل تشدید کننده و تعدیل فعالیت‌های مدرسه می‌توان از بروز حملات سر درد پیش‌گیری نمود. با توجه به این‌که تعداد زیادی از کودکان به پزشک مراجعه نکرده، و روش خاصی برای پیش‌گیری اتخاذ ننموده‌اند؛ در معرض خطر عود حملات و مزمن شدن سر درد میگرنی در آینده هستند. مربیان و پرستاران بهداشت مدارس می‌توانند در شناسایی کودکان مبتلا، آموزش روش‌های پیش‌گیری غیر دارویی از حملات سر درد و کاهش عوامل محرک مؤثر باشند. از آن‌جا که در بچه‌ها در بسیاری از موارد پس از خوابیدن سر درد بر طرف می‌شود؛ بهتر است آن‌ها را در اتاق تاریک و بی سر و صدا خواباند. ضمناً باید از کارهای سخت بدنی جلوگیری و در صورت شدت درد مسکن تجویز شود (۲۲، ۲۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به مزمن بودن میگرن و اختلال در عملکرد فردی و اجتماعی با شناخت زودرس عوامل خطر اختلالات میگرنی می‌توان به تطابق افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها کمک کرد.

دلیل معیار تشخیص سر درد IHS می‌باشد، که اخیراً حداقل طول مدت حملات سر درد را ۲-۱ ساعت در نظر می‌گیرد. این اختلاف بیش‌تر از نظر بالینی اهمیت دارد. ابوعارف اختلاف آماری قابل توجهی ($P < 0.05$) در شیوع میگرن در اروپا و آسیا گزارش کرد، که احتمالاً به دلیل زمینه ژنتیکی بیماری و عوامل محیطی می‌باشد، و تغییرات معیار نامبرده تفاوت آماری معنی‌داری در شیوع میگرن ایجاد نکرده است (۱۷).

در این مطالعه مشابه تحقیق Stovener فراوانی میگرن بر حسب سن و جنس تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. شیوع سردرد در مناطق مختلف جهان و بر حسب سن و جنس متفاوت بوده، و با افزایش سن در نوجوانان مؤنث بیش‌تر از مذکر گزارش شده، اما شیوع آن در کودکان زیر ۱۴ سال در دو جنس برابر است (۱۸).

در مطالعه طالبیان و بنر و آیت‌اللهی شیوع سردرد کودکان بالاتر رفتن سن افزایش داشت (۴، ۹، ۱۱).

در مطالعه‌های طالبیان (۱۱)، بهرامی (۸) و قایقران (۲) فراوانی سردرد دختران بیشتر از پسران و در کودکان بالاتر از ۱۰ سال شایع‌تر بود. علت تفاوت‌هایی که در تحقیقات مختلف مربوط به شیوع میگرن در کودکان وجود دارد؛ یکی تفاوت در طیف سنی جمعیت مورد مطالعه در تحقیق و دیگری اختلاف در روش و ابزار هر پژوهش می‌باشد (۸).

میانگین تعداد حملات سر درد در سه ماه گذشته $8/58 \pm 7/65$ دفعه و طول مدت سر درد $6/38 \pm 5/02$ ساعت و فواصل حملات $24/70 \pm 26/21$ روز بود، اما در مطالعه آیت‌اللهی میانگین تعداد حملات سر درد در سه ماهه گذشته $4/5 \pm 4/7$ و طول مدت آن کم‌تر از دو ساعت بوده است (۹).

در این مطالعه در بیش‌تر مبتلایان به میگرن درد ضربان‌دار، شدت متوسط تا شدید، تهوع و استفراغ، ترس از نور، تشدید سر درد با فعالیت گزارش شده که با نتایج سایر مطالعات مطابقت دارد (۳، ۹، ۱۹، ۲۰).

در این مطالعه، بیش‌تر کودکان درجه یک ناتوانی را گزارش نمودند، و میزان ناتوانی در کودکان بر حسب سن تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. اگر چه محققان بررسی نموده‌اند با افزایش سن میزان ناتوانی بیش‌تر می‌شود (۲۱). در مطالعه Zheng هم میزان ناتوانی در افراد ۱۵ ساله بیش‌تر بوده است؛ همان‌طور که شیوع میگرن با افزایش سن زیاد می‌شود (۱۰).

در این مطالعه ۱۳۵ (۷۳ درصد) دانش‌آموزان سابقه مراجعه به پزشک نداشتند. در مطالعه استوونر نیز اغلب دانش‌آموزان در طول سه سال گذشته مبتلا به میگرن، روش یا داروی خاصی برای

بیرجند و مدیران دبستان‌هایی که در این مطالعه با ما همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی

منابع

1. Moayed AR, Boroomand Sh. Causes of headache in patients referring to Bandar Abase Pediatric Hospital. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2004; 2: 7 3-76.
2. Ghayeghran AR, Fath Sami Sh. Prevalence of migraine in schoolchildren in Rasht. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 2004; 50: 22-6.
3. Mirzaei GhM. A Review of common migraine in girl's high school and related fall in education in shahrekord region. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2004; 5: 55-62.
4. Bener A, Swadi H, Qassimi EMA, Uduman S. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren in the United Arab Emirates. *Ann Soudi Med*, 1998; 18: 522-24.
5. Ozge A, Saşmaz T, Bugdayci R, et al. The prevalence of chronic and episodic migraine in children and adolescents. *Eur J Neurol*. 2013 Jan; 20:95-101.
6. Barnes N, James E. Migraine headache in children. *Am Fam Physician*. 2009 Dec 15; 80: 1445-6.
7. Kathy B. Gunner, Holly D, et al. Management of Migraine Headaches in Children and Adolescents: Part Two. *J Pediatr Health Care*. 2008; 22: 52-9.
8. Bahrami P. Incidence of migraine in high school students in Khorramabad. *YAFT-E*. 2005; 7: 55-60.
9. Ayatollahi SMT, Khosravi A. A case control study of Migraine and tension-type headache risk factors among Shiraz school children. *Journal of Hamadan University of Medical Sciences* 2005; 34: 42-37.
10. Zheng Jin, Lei Shi, Ya-Jie Wang, et al. Prevalence of headache among children and adolescents in Shanghai, China. *Journal of Clinical Neuroscience*. January 2013; 20: 117-21.
11. Talebian A, Kuhnnavard M, Tabasi SA. Brain CT scans findings in children with chronic and recurrent headaches in Kashan in 1375. *Journal - Mazandaran University of Medical Sciences*, 2000; 10: 30-34.
12. Khazaie T, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzadeh G. Prevalence of migraine and its relationship to educational performance in adolescents of Brijand city (2010). *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2011; 18: 94-101.
13. Aynur Özge, Cristiano Termine, Fabio Antonaci, et al. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. *The Journal of Headache and Pain*. 2011 February; 12: 13-23.
14. Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, et al. Development of a patient-based grading scale for PedMIDAS. *Cephalalgia*, 2004; 24: 844-9.
15. Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, et al. Headache disability among adolescents: a student population-based study. *Headache*. 2010; 50: 210-18.
16. Chong SC, Chan YH, Ong HT, et al. Headache diagnosis, disability and co-morbidities in a multi ethnic, heterogeneous paediatric Asian population. *Cephalalgia*. 2010; 30: 953-61.
17. Abu-Arafah I, Razak S, Sivaraman B, et al. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: asystematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol*. 2010; 52: 1088-97.
18. Stovener Lj, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Blackwell publishing cephalalgia*, 2007; 27:193-210.
19. Conicella E, Raucci U, Vanacore N, et al. The child with headache in a pediatric emergency department. *Headache* 2008; 48; 1005-1011.
20. Kernick D, Reinhold D, Campbell JL. Impact of headache on young people in a school population. *Br J Gen Pract*. 2009; 59: 678-81.
21. Slater S, Crawford MJ, Kabbouche MA, et al. Effects of gender and age on paediatric headache. *Cephalalgia*, 2009; 29: 969-973.
22. Ehsani H. Migraine in children. *IRANIAN JOURNAL OF PEDIATRICS*. 1985; 3: 250-58.
23. Gladstein J. Understanding headache pain in children. *Nursing*. Horsham: Jul 2009; 39: 57-58

Original Article

Evaluation of the Factors Associated with Overweight and Obesity in 30- to 50-year-old Women of Sabzevar

Khazaie T¹, Dehghani M², Sharifzadeh GH³, Riasie HR², Phani J⁴, Usefi H⁴

1- Instructor, Department of Nursing, faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Iran

2- Assistant Professor of Neurology, Birjand University of Medical Sciences, Iran

3- Assistant in Epidemiology, Department of social medicine, Faculty of medicine and member of Family Health, Iran

4- MS in Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Iran

Corresponding author: Khazaie T., thayebehk@yahoo.com

Background & Objectives: Migraine is the most common type of headache in children. Over 30% of patients have disabilities, so early detection and timely treatment is necessary to prevent attacks, increase learning, and prevent absenteeism. The aim of the study was to determine the prevalence of migraine in children.

Methods: In this cross - sectional study with two-stage stratified random cluster sampling the International Headache Society (IHS) for migraine diagnosis and (PedMIDAS) questionnaire were completed through interviews with the students' parents. Data was analyzed with SPSS software and chi-square test.

Results: Of 1117 children with a mean age of 41.1 ± 9 years, 551 (49.3) were female and 556 (50.7) were male of whom 185 (56.16%) had a headache and 40 (2.16%) had migraine. Most of the time, the pain started on the first day of the week with a moderate intensity. Aggravating factors were physical activity and stress, and alleviating factors were sleeping and resting. The pain was bilateral and was accompanied by nausea and vomiting. The mean number of headache attacks in the past three months was 8.85 ± 7.65 which lasted for a mean duration of 6.38 ± 8.02 hours with a mean interval of 24.70 ± 26.21 days.

The frequency of migraine in children by age and sex were not significantly different. More than of the children had a positive family history but were not visited by the doctor. About 79.37% of the students had first degree disability, %54.10 had second degree disability, %9.05 had third degree disability, and % 1.04 had fourth degree disability.

Conclusion: Given the increasing prevalence of migraine with age and the risk of chronic diseases and individual and social impairment, it is important to prevent headache attacks through early identification and moderation of the aggravating factors and education of non-medical preventive methods.

Keywords: Prevalence, Migraine, School Children