

میزان شیوع سردردهای تنشی و میگرنی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر سیدمحمدتقی آیت‌اللهی^۱، توسکا داراب زند^۲، فاطمه بزرگی^۲ و فرود شیبانی منفرد^۲

خلاصه

در پژوهش حاضر میزان شیوع سردردهای تنشی و میگرنی و هم‌بسته‌های آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال تحصیلی ۱۳۷۵-۷۶ مورد ارزیابی قرار گرفته است. این پژوهش به صورت مقطعی بر روی یک نمونه تصادفی شامل ۳۱۰ نفر دانشجوی که به روش سیستماتیک انتخاب شده بودند انجام گرفته است. ابتدا با استفاده از پرسش‌نامه‌های نیمه سازماندهی شده و بر اساس معیارهای تشخیصی تقسیم‌بندی انجمن بین‌المللی سردرد، غربال‌گری سردرد انجام گرفت و تعداد ۱۲۳ دانشجوی مشکوک به سردرد (۳۹/۷٪) غربال شدند. این عده تحت معاینه‌های بالینی قرار گرفتند و در نتیجه ۸۰ نفر (۲۵/۸٪) از آنان مبتلا به سردردهای میگرنی، تنشی و یا سردرد توأم میگرنی و تنشی تشخیص داده شدند. میزان شیوع سردرد تنشی، میگرنی و سردرد توأم میگرنی و تنشی به ترتیب ۱۵/۸٪، ۷/۴٪ و ۲/۶٪ برآورد شد. شانس ابتلا به سردرد تنشی در پسران نسبت به دختران ۳/۴ برابر بدست آمد که از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/01$). در حالی که همین نسبت در مورد میگرن و سردرد توأم تنشی و میگرنی در هر دو جنس معنی‌دار نبود. رابطه عوامل متعدد با سردردهای مذکور مورد بررسی قرار گرفت و بین سردرد میگرنی و سردرد توأم تنشی و میگرنی با الگوی خواب رابطه‌های معنی‌داری پیدا شد ($P < 0/05$). شانس ابتلا به سردرد میگرنی در دانشجویانی که خواب غیرطبیعی داشتند، ۲/۵ برابر دانشجویانی بود که از خواب طبیعی برخوردار بودند. همین نسبت در مورد مبتلایان به سردرد توأم تنشی و میگرنی ۷/۸ برابر افراد طبیعی برآورد شد که هر دو نسبت از نظر آماری معنی‌دار بودند ($P < 0/05$). به طور کلی سردرد، اعم از سردرد میگرنی و تنشی و غیر آن با سابقه سردرد در خانواده فرد رابطه معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/001$).

واژه‌های کلیدی: شیوع، سردرد، میگرن، سردرد تنشی، دانشجویان

مقدمه

سردرد شایع ترین سندرم درد می باشد که می توان آن را به عنوان تکرار شونده ترین نشانه در بیماری های اعصاب تلقی نمود. سردرد، خود به تنهایی می تواند به صورت یک بیماری نمایان شود و یا نشانگر یک بیماری سیستمیک یا موضعی باشد. سردرد تنشی و میگرن به علت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی فرد، کاهش کارایی او و مختل سازی فعالیت های ساعات فراغت به عنوان دو مشکل در عصر حاضر مطرح می باشند (۲۱، ۲۲).

بر اساس طبقه بندی کمیته ویژه انستیتوهای بهداشتی جهانی، سردرد ناشی از کوتاهی عضلات اطراف کاسه سر را سردرد تنشی می گویند که گاه در موقعیت های تنش زا رخ می دهد و تداوم آن به افسردگی می انجامد و نسبت به میگرن شایع تر است (۸). این نوع سردرد از محیط هم تأثیر می پذیرد (۴). میگرن یک اختلال چند جانبه سیستم خودکار را به وجود می آورد که سردرد تنها جزئی از آن را تشکیل می دهد و به واسطه حملاتی که با فواصل بدون نشانه مجزا می گردد، مشخص می شود. در میگرن بدون پیش در آمد، بعضی از محققین جریان خون مغزی را طبیعی گزارش داده اند، در حالی که برخی دیگر آن را با شدت یا تمرکز سردرد مرتبط نمی دانند (۲۶).

مطالعات مختلفی که در سراسر جهان انجام گرفته است میزان شیوع سردردهای تنشی و میگرنی را متفاوت گزارش کرده اند. در عربستان سعودی میزان شیوع آنها به ترتیب ۶۶٪ و ۲۲٪ (۷)، در نمونه ای از افراد ۶۴-۲۵ ساله در دانمارک ۷۸٪ و ۱۶٪ (۲۵)، در کودکان دبستانی شهر آبردین انگلستان ۱۰/۱۶٪ و ۰/۱۹٪ (۵)، در دانشجویان پزشکی دانشگاه اپرتو ۱۶٪ و ۶/۱٪ (۱۸) و در جمعیت مالزی ۲۶/۵٪ و ۹٪ (۶) گزارش شده است. مطالعات جمعیتی در آمریکا و اروپا به طور کلی شیوع میگرن را ۱۱٪ برآورد کرده است (۱۵). در یک پژوهش دیگر که بر اساس مطالعات جمعیتی انجام شده، مروری بر دلایل تفاوت های شیوع سردرد میگرن در جوامع مختلف صورت گرفته است (۲۸).

مطالعه ای که بر روی ۳۸۲ نفر از دانشجویان دانشگاه های شهید چمران، آزاد و پیام نور اهواز انجام گرفته، علایم میگرن را در ۱۵٪ دانشجویان خیلی کم و در ۴۰٪ آنها کمتر از متوسط گزارش کرده است. همین مطالعه اعلام می دارد که حدود ۳۰٪ دانشجویان به میزان نسبتاً زیاد و تقریباً ۱۵٪ در حد بسیار بالایی از این عارضه رنج می برند (۳). شیوع میگرن و افسردگی و رابطه آنها با یکدیگر بر روی ۲۳۸ نفر از دانشجویان دانشکده پزشکی کرمان انجام گردیده و نتایج حاصله نشان می دهد که ۹/۲٪ به میگرن و ۷/۱٪ آنها به افسردگی توأم با میگرن مبتلا بوده اند (۱). مطالعه

دیگری بر روی ۱۰۲۹ نفر از کارمندان ادارات دولتی شهر کرمان انجام گرفته که میزان شیوع میگرن را ۱۰/۴٪ برآورد کرده است (۲).

تا کنون هیچ پژوهشی در مورد شیوع سردرد تنشی در ایران انجام نگرفته است و تفاوت میزان این گونه سردردها در جهان و ارتباط آن با عوامل محیطی و اجتماعی، ضرورت انجام این مطالعه را در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی که آینده سازان کشور هستند توجه می نماید. از این رو، مطالعه حاضر به بررسی و برآورد میزان شیوع میگرن و سردرد تنشی در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداخته و برخی از عوامل مرتبط با آنها را مورد مطالعه قرار داده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر در سال تحصیلی ۷۶-۱۳۷۵ بر روی ۳۱۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در مقاطع تحصیلی کاردانی، کارشناسی (پیوسته و ناپیوسته) و دکترای حرفه ای در دانشکده های بهداشت، پزشکی، پیراپزشکی، پرستاری و مامایی، توانبخشی، داروسازی و دندانپزشکی به تحصیل اشتغال داشتند، انجام گرفت.

ابتدا فهرست شماره دانشجویی دانشجویان که بر حسب مقطع تحصیلی و دانشکده مرتب شده بود از اداره کل خدمات آموزشی دانشگاه تهیه شد و نمونه ای ۱۰ درصدی با روش نمونه گیری سیستمیک تصادفی انتخاب گردید. اندازه نمونه با استفاده از حدود اطمینان ۹۵٪ و دقت برآورد میزان شیوع تا ۰/۰۵ مقدار واقعی آن و با توجه به حداکثر میزان آن در مطالعه اولیه (P=۰/۰۲۸) در میان دانشجویان شاغل به تحصیل، ۳۱۰ نفر تعیین شد. سپس گروه مورد نظر برای پژوهش با استفاده از شماره های دانشجویی انتخاب شده، اسامی و مشخصات دانشجویان مورد نظر مشخص و برای هر یک پرسش نامه ای تکمیل شد. این پرسش نامه ساختار یافته از سه بخش تشکیل می شد. بخش اول اطلاعات کلی دانشجو، بخش دوم سؤالات بر اساس معیارهای تقسیم بندی بین المللی سردرد (۱۲) و مقیاس های جدیدتر آن (۱۹) و بخش سوم سؤالات مربوط به عوامل مؤثر در ایجاد یا تشدید سردرد را تشکیل می داد.

پرسش نامه معیار تقسیم بندی بین المللی سردرد به منظور غربالگری دانشجویان به کار رفت و در صورتی که دانشجو نسبت به ابتلاء به میگرن یا سردرد تنشی مشکوک تشخیص داده شده و در غربال ابتلاء می افتاد، به منظور حذف علل ثانویه مورد معاینات بالینی قرار می گرفت و تشخیص قطعی توسط پزشک

تنشی در پسران ۳/۴ برابر بیشتر از دختران بود که از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/01$, $OR = 3/4$). همین نسبت برای سردرد میگرنی و سردرد توأم به ترتیب در پسران ۰/۷ و ۰/۸ برابر دختران به دست آمد، که هیچ یک معنی دار نبودند ($P > 0/05$).

در رابطه با سردرد میگرنی و تنشی عواملی چون بحث‌های کم اهمیت روزانه، مقطع تحصیلی، دست غالب، آفتاب و گرمای زیاد و رشته تحصیلی مورد آزمون قرار گرفت ولی رابطه معنی داری به دست نیامد. بین رشته تحصیلی دانشجویان و سردردهای میگرنی و تنشی رابطه معنی داری مشاهده نشد. گرچه رشته‌های پیراپزشکی و داروسازی بیشترین درصد ابتلاء و رشته‌های پرستاری و مامایی کمترین میزان ابتلاء به سردرد میگرنی را داشتند. در مورد سردرد تنشی رشته‌های پیراپزشکی بیشترین و فیزیوتراپی کمترین درصد ابتلا را به خود اختصاص دادند.

جدول ۲ میزان شیوع سردرد بر حسب الگوی خواب را با حدود اطمینان ۹۵٪ و معنی داری آن نشان می‌دهد. نسبت شانس سردرد تنشی در میان دانشجویانی که خواب غیرطبیعی شامل خواب نامنظم، زیاد خواب دیدن، دیردیر خواب رفتن، خواب سطحی و سبک داشتن، پریدن از خواب و کابوس دیدن، داشتند نسبت به دانشجویانی که خواب طبیعی داشتند ۱/۳ برابر بوده است که تفاوت معنی داری را نشان نمی‌دهد. همین نسبت در مورد سردرد میگرنی و سردرد توأم میگرنی و تنشی در گروه دانشجویان با الگوی خواب غیرطبیعی به ترتیب ۲/۵ و ۷/۸ برابر دانشجویان با خواب طبیعی بود که رابطه معنی داری را نشان می‌دهد ($P < 0/05$).

اعلام می‌گردید. اطلاعات مربوطه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و با استفاده از حدود اطمینان میزان شیوع و نسبت شانس و آزمون‌های روند استقلال χ^2 و نسبت شانس (Z) بررسی گردیدند.

نتایج

نمونه مورد مطالعه شامل ۱۴۱ زن (۴۵/۵٪) و ۱۶۹ مرد (۵۴/۵٪) بود و دامنه سنی دانشجویان از ۱۸ تا ۴۰ سال متغیر بود. بیش از دوسوم دانشجویان یعنی ۲۱۵ دانشجوی (۶۹/۴٪) در سن کمتر از ۲۵ سالگی قرار داشتند. از این مجموعه ۴۶ دانشجوی (۱۵٪) در دوره‌های کاردانی، ۱۰۳ دانشجوی (۳۳٪) در دوره‌های کارشناسی و ۱۶۱ دانشجوی (۵۲٪) در دوره‌های دکترای حرفه‌ای تحصیل می‌کردند. از این میان ۲۶۳ دانشجوی (۸۴/۸٪) مجرد و ۴۷ دانشجوی (۱۵/۲٪) متأهل بودند.

بر اساس پرسش‌نامه سردرد، ۱۲۳ نفر (۳۹/۷٪) در غربال ابتلاء به سردردهای میگرنی و تنشی قرار گرفتند که با رعایت معیارهای تقسیم‌بندی جهانی سردرد (IHS) و تشخیص بالینی، تنها ۲۳ دانشجوی (۷/۴٪) مبتلا به سردرد میگرنی، ۴۹ نفر (۱۵/۸٪) مبتلا به سردرد تنشی و ۸ دانشجوی (۲/۶٪) مبتلا به سردرد توأم تنشی و میگرنی تشخیص داده شدند. تعداد دانشجویان و میزان شیوع سردردهای میگرنی و تنشی و حدود اطمینان و نسبت شانس ابتلا بر حسب جنس در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که میزان سردرد تنشی در پسران خیلی بیشتر از دختران بود، لکن میزان سردرد میگرنی و نیز سردرد توأم در آنها کمتر از دختران بود. شانس ابتلا به سردرد

جدول ۱: توزیع فراوانی و میزان شیوع سردرد میگرنی و تنشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز بر حسب جنس همراه با شاخص‌های آماری مربوطه

مقدار P	حدود اطمینان ۹۵٪ نسبت شانس	نسبت شانس OR	حدود اطمینان ۹۵٪ میزان شیوع کل (درصد)	کل نمونه		دختر		پسر		جنس نوع سردرد
				درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
< 0/01*	۱/۶; ۶/۹	۳/۴	۱۱/۷; ۱۹/۹	۱۵/۸	۴۹	۷/۸	۱۱	۲۲/۵	۳۸	سردرد تنشی
> 0/05	۰/۳; ۱/۶	۰/۷	۴/۵; ۱۰/۳	۷/۴	۲۳	۸/۵	۱۲	۶/۵	۱۱	سردرد میگرنی سردرد توأم تنشی و میگرنی
> 0/05	۰/۲; ۳/۳	۰/۸	۰/۸; ۴/۴	۲/۶	۸	۲/۸	۴	۲/۴	۴	سالم (غیر مبتلا)
-	-	-	۶۹/۳; ۷۹/۳	۷۴/۲	۲۳۰	۸۰/۹	۱۱۴	۶۸/۶	۱۱۶	
-	-	-	-	۱۰۰/۰	۳۱۰	۱۰۰/۰	۱۴۱	۱۰۰/۰	۱۶۹	جمع

* معنی دار

جدول ۲: توزیع فراوانی و میزان شیوع سردرد میگرنی و تنشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز بر حسب الگوی خواب همراه با شاخص‌های آماری مربوطه

مقدار P	حدود اطمینان ۹۵٪ نسبت شانس	نسبت شانس OR	غیر طبیعی		طبیعی		الگوی خواب نوع سردرد
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	
> ۰/۰۵	۰/۶; ۲/۷	۱/۳	۱۸/۹	۱۱	۱۵/۱	۳۸	سردرد تنشی
< ۰/۰۵*	۱/۰; ۶/۲	۲/۵	۱۳/۸	۸	۶	۱۵	سردرد میگرنی
< ۰/۰۱*	۱/۸; ۱۹/۹	۷/۸	۸/۷	۵	۱/۲	۳	سردرد توأم تنشی و میگرنی
-	-	-	۵۸/۶	۳۴	۷۷/۸	۱۹۶	سالم
-	-	-	۱۰۰/۰	۵۸	۱۰۰/۰	۲۵۲	جمع

*معنی‌دار

جدول ۳: رابطه سردرد و سابقه خانوادگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز

خانواده دانشجوی	دانشجو	سردرد ندارد	سردرد دارد	جمع کل
سردرد ندارد	۸۱	۵۱	۱۳۲	
سردرد دارد	۲۱	۷۰	۹۱	
جمع کل	۱۰۲	۱۲۱	۲۲۳	

 $\chi^2=۰.۳۱/۷$

df=۱

P<۰/۰۰۱

OR=۰.۵/۳

حدود اطمینان ۹۵٪ نسبت شانس: (۲/۹; ۹/۷)

برآورد نموده است هم‌خوانی دارد (۱۸). بعضی از مطالعات میزان شیوع سردرد تنشی را در محدوده ۸۰-۶۰٪ تمام سردردها گزارش نموده‌اند (۱۳، ۱۹، ۲۰، ۲۳) که با نتایج این مطالعه سازگار نیست. اختلافات جوامع گوناگون به ویژه نوع شخصیت افراد در تشدید یا تسکین دردهای تنشی مؤثر می‌باشد. تفسیر دقیق‌تر موضوع به انجام آزمون شخصیتی و تبیین نتایج آن نیاز دارد که خود موضوع تحقیق دیگری است. هم‌چنین میزان شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی کرمان ۹/۲٪ گزارش شده که با میزان آن در دانشجویان پزشکی شیراز قابل مقایسه بوده (۲) و در محدوده اطمینان مربوطه قرار می‌گیرد (جدول ۱). میزان کلی فراوانی میگرن، در مطالعه ما ۳۱ نفر (۱۰/۰٪) به دست آمده که از آنچه در بعضی از مقالات ذکر شده است کمتر می‌باشد (۱، ۱۴، ۲۴، ۲۸). مقایسه نتایج شیوع در مطالعه ما با سایر بررسی‌های جمعیتی به دلیل تفاوت‌های جمعیتی، تفاوت روش‌های مطالعه و معیارهای تشخیصی باید با احتیاط انجام گردد.

در این پژوهش میزان شیوع سردرد تنشی در دانشجویان پسر و دختر اختلاف معنی‌داری داشت (P<۰/۰۱) و شانس ابتلا در

جدول ۳ رابطه سردرد با سابقه سردرد در خانواده دانشجویان را نشان می‌دهد. انواع سردرد اعم از میگرنی و تنشی در میان دانشجویانی که در خانواده آنها سابقه سردرد وجود دارد، ۵/۳ برابر بیشتر از دانشجویانی است که سابقه سردرد در خانواده‌هایشان وجود نداشته است و رابطه معنی‌داری را بین این دو نشان می‌دهد (P=۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

بیشتر مطالعاتی که در مورد شیوع سردردهای میگرنی و تنشی انجام گرفته است براساس مشاهدات به دست آمده از درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها بوده است. مطالعه حاضر این مزیت را دارد که با استفاده از نمونه‌ای که معرف جمعیت مشخصی می‌باشد، میزان‌ها را محاسبه کرده است.

گرچه روش مطالعه حاضر با بسیاری از مطالعات دیگر تفاوت دارد اما نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۴ در پرتقال و در بین دانشجویان دانشکده پزشکی انجام گرفته و میزان سردردهای تنشی و میگرنی را به ترتیب ۱۶٪ و ۶/۱٪

دو با سردردهای مذکور دست نیافت، اما نشان داد که آفتاب و گرمای زیاد در ۱۷ نفر از مبتلایان به سردرد تنشی و ۱۰ نفر از افراد مبتلا به سردرد میگرنی از عوامل تشدید کننده بوده است. به عبارت دیگر، حدود یک سوم از مبتلایان به سردردهای مذکور در مواجهه طولانی با آفتاب و گرمای شدید قرار داشته‌اند.

در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین دست غالب و سردردهای تنشی و میگرنی به دست نیامد که این یافته با نتایج مطالعه‌ای که در سال ۱۹۸۸ انجام گرفته بود، هماهنگی دارد (۱۷).

در مطالعه‌ای که در استان‌های شرقی عربستان سعودی انجام شده، ۲۰٪ از افراد تحت مطالعه سردردهای توأم تنشی و میگرنی داشتند (۷). تحقیق حاضر این میزان را ۲/۱۶٪ برآورده کرده است که اختلاف بسیار زیادی با آن دارد. عوامل محیطی ممکن است در افزایش یا کاهش میزان مذکور مؤثر باشند و همین امر لزوم انجام مطالعات متعدد را در این زمینه حتی برای دو کشوری که در یک منطقه جغرافیایی هم جوار قرار دارند نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر سردردهای میگرنی و تنشی از هم مستقل بودند و ارتباط معنی‌داری بین این دو یافت نشد ($P < 0/05$). سن خاص دانشجویان و الگوی زندگی آنان ممکن است در تفسیر این پدیده ما را یاری دهد و تفسیر بیولوژیک ارتباط میگرن با عوامل فیزیولوژیک و ارتباط سردرد تنشی با شرایط اجتماعی را روشن کند، تفسیر اثر متقابل این دو نوع سردرد به تأمل بیشتری نیاز دارد (۲۸) و در محدوده مطالعات طرح‌ریزی شده بالینی دیگری قرار می‌گیرد و مطالعات بیشتری را در جوامع دیگر می‌طلبد.

تلاش مطالعه حاضر علاوه بر تعیین میزان شیوع سردردهای میگرنی و تنشی، شناسایی همبسته‌های این دو بیماری بود. از آن جا که ممکن است تأثیرات متقابل عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دیگری که این مطالعه قادر به ردیابی آنها نبود در یک مدل چند متغیره آماری برای سردردهای مذکور دخالت داشته باشد، ادامه مطالعه حاضر برای افشار دیگر اجتماعی و به ویژه نوجوانان از اولویت خاصی برخوردار است. هم‌چنین مطالعه میزان بروز این بیماری‌ها به ویژه در دانشجویان می‌تواند به اقدامات مؤثری در پیشگیری و یا کاهش میزان بروز آنها بیانجامد و از شیوع افسردگی که ممکن است در اثر ادامه بیماری‌های مذکور به وجود آید، پیشگیری نماید. توجه به عوامل مداخله‌گر و مخدوش‌ساز در طرح مطالعات جدید در این زمینه و تعیین اثر واقعی هر یک از بیماری‌های مذکور بسیار ضروری است.

پسران ۳/۴ برابر شانس آن در دختران برآورد شد. رابطه جنسیت با شیوع سردرد تنشی در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است. بعضی از مطالعات هیچ تفاوت جنسی را در رابطه با شیوع سردرد تنشی نیافته‌اند (۱۱، ۱۶، ۲۹) که نتایج آنها با مطالعه حاضر سازگار نیست، در حالی که برخی دیگر فراوانی بیشتر آن را در زنان گزارش نموده‌اند (۲۳). از آن جا که در ایران مسؤلیت تأمین مالی خانواده بیشتر بر عهده مردان می‌باشد، نگرانی‌های دانشجویان پسر از وضعیت آینده شغلی خود می‌تواند به عنوان عامل مستعد کننده‌ی میزان بالاتر شیوع سردرد تنشی در میان آنان باشد.

در مورد شیوع سردرد میگرنی هیچ گونه اختلاف معنی‌داری در دو جنس پسر و دختر در مطالعه حاضر وجود نداشت که با پژوهش دیگری که در کرمان صورت گرفته سازگاری دارد (۱) و با پژوهش‌هایی که در خارج از کشور انجام پذیرفته، مغایر است (۹، ۱۰، ۱۶، ۲۷) که این امر می‌تواند ناشی از تفاوت موجود در روش‌های مطالعه، محدودیت بازه سنی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و تفاوت‌های مختلف بین جوامع گوناگون باشد و بیانگر تفاوت الگوی بیماری میگرن در جوامع مختلف است. هم‌چنین تأثیر سن در انواع مختلف میگرن در هر دو جنس نیز گزارش شده است (۲۹). البته تأثیرات سنی احتمالاً به دلیل بازه محدود آن در مطالعه حاضر مشهود نبود.

گرچه رابطه معنی‌داری بین سابقه سردرد در خویشاوندان درجه اول و وجود سردرد در مبتلایان یافت شد، اما تعداد ۸۷ دانشجو (۲۸/۱٪) از سابقه سردرد در خویشاوندان درجه اول خود بی‌اطلاع بودند و به همین جهت تنها برای ۲۲۳ دانشجو در این زمینه اطلاعات مربوطه به دست آمد. با توجه به این که تقریباً تمام دانشجویانی که از وجود سردرد در خانواده بی‌اطلاع بودند، مربوط به گروه سالم و تعداد آنها نیز قابل توجه بوده است، نتایج این جدول باید با احتیاط مورد تفسیر قرار گیرد.

پژوهش حاضر رابطه معنی‌داری بین الگوی خواب و وقوع سردرد را نشان می‌دهد. در مطالعه‌ای که در خارج از کشور نیز صورت گرفته است به رابطه مشابهی دست یافته‌اند و نوع خواب را در بروز سردرد میگرنی و تنشی مؤثر شناخته‌اند (۱۶). بنابراین الگوی خواب طبیعی می‌تواند عامل مؤثری در تسکین بیماری‌های مذکور باشد و در پیشگیری حملات مکرر این دو نوع سردرد مؤثر واقع شود.

برخی از مطالعات، قرار گرفتن در برابر آفتاب و گرمای زیاد را برای مدت طولانی از عوامل تشدید کننده میگرن و سردرد تنشی می‌دانند (۷). پژوهش حاضر هر چند به رابطه معنی‌داری بین این

سیاسگزاری

تمس رسید. وقت و ظرافت کار سرکار خانم لیلا میرغفاری در نایب کامپیوتری این مقاله شایسته تقدیر است. نظرات و پیشنهادات داوران مقاله مذکور را با سپاس فراوان ارجح می‌نهم.

از سرکارخانم دکتر فریبا مرادی که معاینات بالینی را انجام دادند کمال سپاسگزاری را داریم. حوصله و همکاری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز در نمونه انتخابی را سپاس می‌داریم که بدون همکاری آنها این مطالعه به انجام

Summary

Estimating Prevalence Rates of Migraine and Tension-Type Headache among the Students of Shiraz University of Medical Sciences.

SMT. Ayatollahi, PhD¹; T. Darabzand, MS²; F. Bozorgy, BS²; and F. Sheybani Monfared, MS²

1. Associate Professor, 2. Researcher, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran.

This study investigated the prevalence rates of migraine and tension-type headaches among the students of Shiraz University of Medical Sciences during the academic year 1996-1997. The study was carried out cross-sectionally on a representative random sample of 310 students selected systematically. A semi structured questionnaire was used to screen headache among the students, applying the international Headache Society Classification. A total of 123 (39.7%) students were screened for headache and examined clinically for a proper diagnosis. As a result 80 (25.8%) students were diagnosed to have migraine, tension-type headache or coexisting migraine and tension-headache. Prevalence rates for tension-headache, migraine, coexisting tension-headache and migraine were 15.5%, 7.4% and 2.6% respectively. Odds ratio of tension-headache in boys was 3.4 times higher than that of girls, ($P < 0.01$), but it was not statistically different for migraine and coexisting migraine and tension-headache. The relationships between the headaches and several factors were examined and significant associations were found between migraine and coexisting migraine and tension-type headache with sleeping pattern of students ($P < 0.05$). The odds ratio of migraine in students who had abnormal sleeping pattern was 2.5 times higher than those with normal sleeping pattern, but for coexisting migraine and tension-headache with regard to sleeping pattern it was estimated to be 7.8 times higher than normal. Both odds ratios were statistically significant ($P < 0.05$). In general, headaches including migraine, tension-type, etc were significantly associated with family history of headache ($P < 0.001$).

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1999; 6(3): 141-148

Key Words: Epidemiology, Prevalence, Headache, Migraine, Tension-type headache, Student

منابع

1. حمزه‌ای مقدم، اکبر، غفاری‌نژاد، علیرضا و بهرامپور، بابک: بررسی شیوع میگرن و افسردگی و رابطه آنها با یکدیگر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۶، سال چهارم، شماره ۲، ص ۸۵-۹۰.
2. حمزه‌ای مقدم، اکبر، بهرامپور، عباس و مبشر، مینا: بررسی شیوع میگرن و رابطه آن با برخی عوامل دموگرافیک در کارمندان شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۷، سال پنجم، شماره ۲، ص ۸۴-۹۱.
3. نجاریان، بهمن: سردرد میگرن. مجله بهداشت جهان، ۱۳۷۶، شماره ۱۱، ص ۵۲-۵۴.

4. Abram SE: The Pain Clinic Manual. New York, Lippincott, 1990; PP 197-198.
5. Abu-Arefeh I and Russell G. Prevalence of headache and migraine in school children. *BMJ* 1994; 309(6957): 765-769.
6. Alders EE, Hentzen A and Tan CT. A community based prevalence study on headache in Malaysia. *Headache* 1996; 36: 385-388.
7. Al-Rajeh S, Bademosi O, Ismail H, and Awada A. Headache syndromes in the eastern province of Saudi Arabia. *Headache* 1990; 30(6): 359-362.
8. Bonica J, Loeser J and Chapman R: The Management of Pain. New York, Lead Febiyer, 1990; PP 711-716.
9. Dewey K, Ziegler MD, Ruth S, Hassanieien MS, James R and Couch MD. Characteristics of life headache histories in a non clinic population. *Neurology* 1977; 27(3): 265-269.
10. Gladstein J, Holden EW, Peralta L and Raven M. Diagnoses and symptom pattern in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache* 1993; 33(9): 497-500.
11. Gobel H, Petersen-Braun M and Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1994; 14(2): 97-106.
12. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8(suppl 7): 1-96.
13. Kudrow L: Muscle Contraction Headache. In : Clifford RF (Ed.), Handbook of Clinical Neurology, Revised series 4, Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1986; pp343-352.
14. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D and Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA* 1989; 261(15): 2211-2216.
15. Lipton RB, Stewart WF and Von Korff M. Burden of migraine: Societal costs and therapeutic opportunities. *Neurology* 1997; 48(3): S4-9.
16. Merikangas KR, Dartigues JF, Whitaker A and Angst J. Diagnostic criteria for migraine. A validity study. *Neurology* 1994; 44(6 suppl 4): S11-16.
17. Messinger HB, Messinger MI and Graham JR. Migraine and left handedness: is there a connection? *Cephalalgia* 1988; 8(4): 237-244.
18. Monteiro JM, Matos E and Calheiros JM. Headaches in medical school students. *neuroepidemiology* 1994; 13(3): 103-107.
19. Olesen J and Lipton RB. Migraine Classification and diagnosis. International Headache Society Criteria. *Neurology* 1994; 44(6 Suppl 4): S6-10.
20. Osuntokun BO. Headache as a presenting symptom in Nigerians. *J Nig Med Assoc* 1971; 1: 14-17.
21. Posner J. Disorders of sensation. In: Bennet JC and Plum F (Eds). *Cecil textbooks of medicine*. Vo II, 20th ed., Philadelphia, W.B. Saunders CO., 1996; PP 2030-2014.
22. Raskin H. Migraine and the cluster syndrome. In: Fauci AS, Brounwald E, Isselbacher KJ, et al (Eds). *Harrisons principles of internal medicine*. 14th ed., New York, MC Graw Hill., 1998; PP 2307-2311.
23. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M and Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44(11): 1147-1157.
24. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: Psychological factors. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 1138-1143.
25. Rasmussen BK, Jensen R, and Olesen J. A population based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991; 11(3): 129-134.
26. Schoenen J and Maertens A. Headache. In: Wall P and Melzack R(Eds). *Textbook of pain*. 3rd ed., London, Churchill Livingstone, 1994; pp495-504.
27. Spital H. Managing headache in the workplace. *Nursing Standard* 1993; 7(25): 28-29.
28. Stewart WF, Shechter A and Rasmussen

- BK. Migraine prevalence. A review of population based studies. *Neurology* 1994; 44(6 Suppl 4): S17-23.
29. Wober-Bingol C, Wober C, Wagner-Ennsgraber C, *et al.* IHS criteria and gender: a study on migraine and tension-type headache in children and adolescents. *Cephalalgia* 1996; 16(2): 107-112.