

شیوع میگرن و برخی از برانگیزنده‌های آن در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بوکان-۱۳۸۹

ابراهیم عبداله‌پور^۱، یحیی سلیمی^{۲*}، بهنام جبه‌داری^۳، مریم حجبی^۴، زهرا جرجران شوشتری^۵

تاریخ دریافت: 1391/07/12 تاریخ پذیرش: 1391/09/24

چکیده

پیش زمینه و هدف: میگرن سردرد بسیار دردناکی است و غالب افرادی که به آن مبتلا هستند، دچار حملات مکرر سردرد برای مدت چندین سال می‌باشند. این عارضه با از دست رفتن روزهای مدرسه و تضعیف قابلیت اجرای آکادمیک بر موفقیت دانش آموزان در تحصیل تأثیرگذار است. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع میگرن و فراوانی برخی از برانگیزنده‌های آن در دانش آموزان دبیرستانی به انجام رسید.

روش کار: این مطالعه به صورت مقطعی در بهار ۱۳۸۹ و در ۸۵۷ نفر از دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بوکان به انجام رسید. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای صورت پذیرفت و از پرسشنامه جامعه بین‌المللی سردرد و نظر پزشک متخصص برای تشخیص نهایی میگرن استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های گرد آوری شده توسط نرم افزار STATA انجام پذیرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه شیوع میگرن ۴/۷۸ درصد (۱۲٪) با اورا و ۷۸٪ بدون اورا) و میان مدت زمان حملات میگرنی شش ساعت بدست آمد. در میان برانگیزنده‌های میگرن نیز بیشترین فراوانی به اختلال خواب با ۶۳ درصد و کمترین آن به مواد غذایی کنسرو و فلفل با ۴۴ درصد اختصاص داشت.

بحث و نتیجه گیری: شیوع ۴/۷۸ درصدی میگرن در کنار متوسط تا شدید بودن ۸۳ درصد از موارد حملات آن که می‌تواند در کاهش کارایی دانش آموزان تأثیرگذار باشد اهمیت میگرن را در این گروه سنی نمایان می‌سازد. مدیریت برانگیزنده‌های اختلال خواب، گرمای شدید و استرس‌های عاطفی در راستای کاهش حملات میگرن و در نتیجه کاهش ساعات غیبت از مدرسه توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: میگرن، شیوع، برانگیزنده، بوکان، دانش آموزان دبیرستانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره ششم، ص ۶۶۹-۶۶۱، بهمن و اسفند ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: کرمانشاه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، تلفن: ۰۹۱۴۳۸۱۳۳۵۳

Email: yahyaorama@gmail.com

مقدمه

سردرد یک مشکل شایع در تمامی سنین از کودکی تا کهن‌سالی است و تقریباً تمامی افراد را یک بار در زندگی‌شان گرفتار می‌کند. این عارضه شایع‌ترین نشانگان درد بوده و می‌توان آن را به عنوان شایع‌ترین نشانه در بیماری‌های اعصاب تلقی نمود (۱، ۲). سردردهای میگرنی و تنشی بدلیل تأثیر گذاری بر زندگی انسان و کاهش کارایی افراد به عنوان یک

مشکل اساسی در زندگی بشر مطرح شده‌اند (۳). از جمله آثار عمده بهداشتی سردرد می‌توان به تأثیرات اقتصادی قابل توجه از قبیل مراقبت‌های پزشکی (تشخیص، درمان و دارو) و هزینه‌های غیر پزشکی که منجر به از دست رفتن تولید (کاهش بازده) خواهد بود اشاره کرد (۱). در بین سردردها میگرن عارضه بسیار دردناکی است که غالب افرادی که به آن مبتلا هستند، دچار حملات مکرر سردرد برای مدت چندین سال می‌باشند.

^۱ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان بوکان، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

^۲ دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (نویسنده مسئول)

^۳ نورولوژیست، بیمارستان شهید قلی پور، بوکان

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

^۵ کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

برانگیزنده میگرن احتمال رخداد سردرد را در فواصل زمانی کوتاه افزایش می‌دهند و از طرف دیگر شناسایی عوامل برانگیزنده به عنوان یک استراتژی اساسی درمان میگرن توصیه شده است (۲۱-۲۳). مدیریت میگرن تنها دربرگیرنده درمان آن نیست بلکه آموزش بیماران در زمینه مکانیسم بیماری و راهکارهای اجتناب از حملات میگرن می‌تواند پر اهمیت باشد (۲۴). به یاد داشته باشیم ماهیت میگرن بدلیل غیر کشف شده بودن به گونه‌ای است که نادیده گرفتن آن با توجه به میزان بروز سالانه آن (۴۵٪) در طول یک یا دو دهه می‌تواند منجر به افزایش چشمگیر در میزان شیوع و در نتیجه بار بیماری به ویژه در میان گروه‌های سنی فعال جامعه (از جمله دانش آموزان) شود. با این وجود مطالعات کمی در ارتباط با شیوع برانگیزنده‌های میگرن در ایران به انجام رسیده است. از آنجائی که تعیین اولویت یک موضوع بهداشتی در میان سایر موضوعات بهداشتی را می‌توان از مهم‌ترین کاربردهای میزان شیوع بشمار آورد مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع میگرن و فراوانی برخی از برانگیزنده‌های آن در کنار تعیین برخی از ویژگی‌های این نوع سردرد (ترس از نور و ...) طراحی شده است.

روش کار

جمعیت مورد مطالعه: مطالعه حاضر به صورت مقطعی در سه ماهه بهار ۱۳۸۹ و در ۸۵۷ نفر از دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بوکان به انجام رسید. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت خوشه‌ای صورت پذیرفت (Design Effect) به منظور کاهش اثر نمونه‌گیری غیر تصادفی بر شیوع برآورد شده اعمال شد). بدین منظور پس از شناسایی تمامی دبیرستان‌های تشکیل دهنده جامعه مرجع که شامل تمامی دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بوکان در تمامی رشته‌های تحصیلی می‌شد، به هر یک از کلاس‌های تحصیلی (هر چهار پایه اول، دوم، سوم و پیش دانشگاهی) دبیرستان‌های مذکور یک کد واحد اختصاص یافت. انتخاب نمونه مورد بررسی (جمعیت مورد مطالعه) به صورت تصادفی و توسط جدول اعداد تصادفی صورت پذیرفت و نمونه‌گیری تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها

پس از نمونه‌گیری جهت شناسایی افراد مبتلا به میگرن کل افراد حاضر در نمونه با استفاده از یک پرسشنامه عمومی سردرد مورد بررسی و غربالگری قرار گرفتند. در افرادی که به سابقه سردرد در پرسشنامه عمومی اشاره کرده بودند، تشخیص میگرن در دو مرحله به انجام رسید. به این ترتیب که تشخیص اولیه میگرن با استفاده از معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد (پرسشنامه International Headache Society) شامل

چنین حملاتی باعث تغییرات قابل توجهی بر شرایط زندگی از جمله افت عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی شخص بیمار می‌گردد (۴). در آخرین طبقه بندی بار بیماری‌ها سازمان جهانی بهداشت با استفاده از شاخص DALY (به عنوان یک اندازه گیری خلاصه از سلامت جمعیت که ناتوانی را به میراثی می‌افزاید) نشان داده است که میگرن جزء ۲۰ علت اول مسبب ناتوانی در جهان قرار دارد (۵). میگرن متوسط تا شدید معمولاً باعث ممانعت از کار روزانه شده و مخصوصاً اگر میزان عود بالائی داشته باشد منجر به ناتوانی فرد خواهد بود (۶، ۷) همچنین از این عارضه به عنوان یکی از دلایل اساسی شروع زودرس خود درمانی یاد می‌شود (۸). هیچ گونه محدودیت اجتماعی، اقتصادی یا نژادی برای آن وجود ندارد و از آنجا که حدود نیمی از بیماران به پزشک مراجعه نمی‌کنند تعیین میزان دقیق آن در جامعه مشکل است ولی حدود 15-16 درصد زنان و 5-9 درصد مردان به آن مبتلا می‌شوند (۹، ۱۰). حدود ۲۰ درصد افراد نیز در طول عمر خود ممکن است دچار حمله میگرن شده که نیمی از این افراد اولین حمله را در سنین کودکی و یا نوجوانی تجربه می‌کنند (۶). تأثیرات منفی بر خانواده، محدودیت فعالیت به علت سردردهای شدید و مکرر و اختلالات روانی را باید از جمله پیامدهای میگرن به شمار آورد (۶، ۷). از آنجائی که افراد واقع در سنین فعالیت (۱۰ تا ۴۰ ساله) در معرض بیشترین خطر ابتلا به میگرن و ناتوانی حاصل از آن قرار دارند تأثیرات عمده میگرن را می‌توان شامل افزایش بار مالی بیماری از طریق تحمیل ناتوانی به فرد، خانواده و جامعه به شمار آورد. در عین حال و بر اساس مطالعات بیش از ۳۰ درصد مبتلایان به میگرن دچار ناتوانی و از دست دادن فعالیت روزانه می‌شوند (۱۱، ۱۲). از طرف دیگر سردرد میگرنی از طریق از دست رفتن روزهای مدرسه، تضعیف قابلیت اجرای آکادمیک و نیز ایجاد ناتوانی در زندگی روزمره (۱، ۱۳) بر روی موفقیت دانش آموزان در تحصیل، حافظه، شخصیت و روابط بین فردی آنان تأثیرگذار است (۱۴). میگرن را می‌توان مسئول کاهش معنی‌دار حضور دانش آموزان در مدرسه به حساب آورد (۱۵، ۱۶) به نحوی که حضور دانش آموزان مبتلا به سردرد در مدرسه به اتیولوژی، تواتر و شدت آن وابسته است (۱۴). ناتوانی ناشی از میگرن بر باروری تحصیلی دانش آموزان نیز تأثیر گذار است (۱۷-۲۰) به نحوی که نشان داده شده است که در دانش آموزان مبتلا به میگرن باروری (Productivity) حین مطالعه در حدود ۶۲٪ درصد کاهش خواهد یافت (۱) بنابراین کاهش تعداد حملات میگرن می‌تواند در افزایش توان یادگیری و جلوگیری از غیبت از مدرسه و محیط کار موثر باشد. این دلایل باعث شده است تا میگرن به عنوان یک مسئله مهم بهداشتی در این گروه سنی به حساب آورده شود (۱، ۸). در این میان عوامل

مغز و اعصاب تحت معاینه بالینی قرار گرفتند و در صورت تأیید به عنوان فرد مبتلا به میگرن در نظر گرفته شدند. افراد غیر مبتلا به میگرن نیز شامل کسانی بودند که سردرد نداشتند و یا در صورت ابتلا به سردرد بر اساس معیارهای پرسشنامه مذکور مبتلا به میگرن نبودند.

تجزیه و تحلیل

پس از شناسایی افراد بیمار و سالم و گردآوری داده‌های مربوطه از آزمون‌های توصیفی برای تعیین شیوع و ویژگی‌های سردرد میگرن و همچنین شناسایی مهم‌ترین برانگیزنده‌های آن استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های گرد آوری شده توسط نرم افزار STATA نسخه ۱۰ انجام پذیرفت.

نتایج

از ۸۵۷ دانش آموز شرکت کننده در مطالعه ۴۶۸ نفر دختر و بقیه پسر بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان 16/1(1/13) و دامنه سنی آنان از ۱۴ تا ۱۹ سال بود. جدول ۱ مشخصات عمومی شرکت کنندگان در این مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱): مشخصات عمومی شرکت کنندگان در مطالعه‌ی تعیین شیوع میگرن در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بوکان -

۱۳۸۹

متغیر	طبقات	تعداد (درصد)	متغیر	طبقات	تعداد (درصد)
رشته تحصیلی	اول عمومی	۳۷۰ (۴۳.۲٪)	جنس	دختر	۴۶۸ (۵۴.۶٪)
	تجربی	۳۰۹ (۳۶.۱٪)		پسر	۳۸۹ (۴۵.۴٪)
سابقه صرع	ریاضی	۵۸ (۶.۸٪)	سابقه سردرد	دارد	۱۶۴ (۳۵٪)
	انسانی	۱۲۰ (۱۴٪)		ندارد	۳۰۴ (۶۵٪)
بدون پاسخ	دارد	۷ (۰.۸٪)	کل	دارد	۱۰۷ (۲۷/۵٪)
	ندارد	۸۳۲ (۹۷.۱٪)		ندارد	۲۸۲ (۷۲/۵٪)
				دارد	۲۷۱ (۳۱/۶٪)
				ندارد	۵۸۶ (۶۸/۴٪)

شد. از ۴۱ مورد میگرن شناسایی شده ۳۲ مورد مبتلا به میگرن بدون اورا و ۹ نفر باقیمانده دارای میگرن با اورا بودند. ۵/۵۸ درصد از موارد میگرنی در مطالعه حاضر سردرد شدید و ۸/۸۷ درصد از آن‌ها سردرد ضریان دار را تجربه کرده بودند. در ۷/۶۷ درصد از بیمارانی که از ترس از نور و ترس از صدا به هنگام وقوع حملات سردرد رنج می‌بردند تهوع و استفراغ وجود نداشت. این درحالی بود که در ۵/۱۹ درصد از موارد تشخیص داده شده نه تهوع و استفراغ و نه علائم فتوفوبی (نور گریزی) و فونوفوبی (صدا گریزی) مشاهده نشد. میانه مدت زمان حملات سردرد میگرنی در مبتلایان ۸ ساعت و دامنه آن ۵/۷۱ ساعت (نیم تا ۷۲ ساعت) بدست آمد.

کیفیت، شدت و محل درد، فراوانی حملات، ترس از نور و صدا و تهوع و استفراغ به انجام رسید. تقریباً در تمامی مطالعات انجام گرفته به منظور تعیین شیوع از معیارهای IHS جهت شناسایی موارد میگرنی استفاده شده است. مقالات داخلی و خارجی بسیاری استفاده از این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند. پرسشنامه جامعه بین‌المللی سردرد (IHS) که ابزاری کاملاً اختصاصی است تنها در مورد افراد دارای سابقه سردرد توسط پرسشگرانی آموزش دیده و از هر ۲ جنس تکمیل شد. تشخیص نهایی میگرن نیز از طریق معاینه بالینی و توسط پزشک متخصص صورت پذیرفت. نوع میگرن، علائم مرتبط با آن، فاکتورهای برانگیزنده، تاریخچه فAMILIAL و... نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور تسهیل در گردآوری داده‌ها و با هدف رعایت نکات اخلاقی پرسشگران مراجعه کننده به دبیرستان‌های مورد بررسی را افراد با جنس موافق تشکیل دادند. گردآوری داده‌ها در ساعات مدرسه صورت پذیرفت و مراجعه پرسشگران به دبیرستان‌ها با انجام هماهنگی و اخذ مجوز از ریاست اداره آموزش و پرورش و در مرحله بعدی پس از انجام هماهنگی‌های کامل با مدیریت دبیرستان‌ها صورت پذیرفت. پس از خاتمه غربالگری افراد مثبت اعلام شده، توسط پزشک متخصص

در میان شرکت کنندگان در مطالعه ۲۷۱ نفر وجود حداقل یک مورد سردرد را در یک ماه اخیر گزارش کردند. ۳/۳۷ درصد از ۲۷۱ مورد مذکور نیز سابقه میگرن را در حداقل یکی از بستگان خود گزارش نمودند. برای ۸۰ نفر از افرادی که سابقه سردرد گزارش کرده بودند (بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (پرسشنامه IHS)) تشخیص میگرن داده شد. ضمن اینکه برای ۱۹۱ نفر دیگر تشخیص سردرد تنشی و یا سایر سردردها داده شد. با تأیید پزشک متخصص مغز و اعصاب ۴۱ نفر از ۸۰ نفر ارجاع داده شده به سردرد میگرنی (با یا بدون اورا) مبتلا بودند و برای بقیه موارد ارجاع داده شده تشخیص ابتلا به سایر انواع سردرد داده

دچار کاهش شدید در کیفیت کار شده و یا اصلاً قادر به انجام هیچ گونه فعالیتی نبودند. جدول ۲ ویژگی‌های سردرد میگرنی در مبتلایان به میگرن در مطالعه را نشان می‌دهد.

ضمن اینکه میانه تعداد حملات میگرن در مبتلایان شش مورد در طول یک ماه بدست آمد. بر اساس اظهار شرکت کنندگان در مطالعه ۷۳/۲ درصد از مبتلایان به میگرن در حین رخداد حملات

جدول شماره (۲): ویژگی‌های سردرد میگرنی در مبتلایان به میگرن در مطالعه‌ی دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بوکان-۱۳۸۹

متغیر	طبقات	تعداد (درصد)	متغیر	طبقات	تعداد (درصد)
جنس	پسر	۱۹ (۴۶/۴)	شدت درد	کم	۷ (۱۷/۱)
	دختر	۲۲ (۵۳/۶)		متوسط	۱۰ (۲۴/۴)
نوع میگرن	با اورا	۹ (۱۲)	کیفیت درد	شدید	۲۴ (۵۸/۵)
	بدون اورا	۳۲ (۷۸)		ضربان دار	۳۶ (۸۷/۸)
کاهش در کیفیت کار به هنگام رخداد حملات سردرد	عدم کاهش	۰	محل درد	فشارنده	۳ (۷/۳)
	کاهش اندک	۱۱ (۲۶/۸)		سایر	۲ (۴/۹)
ناتوانی در انجام فعالیت	کاهش زیاد	۲۲ (۵۳/۷)	ترس از نور و ترس از صدا	یک طرفه	۱۶ (۳۹)
	ناتوانی در انجام فعالیت	۸ (۱۹/۵)		دو طرفه	۱۹ (۴۶/۳)
مدت زمان هر سردرد (ساعت)	۱ >	۵ (۱۲/۲)	تهوع و استفراغ	سایر	۶ (۱۴/۶)
	۳-۱	۱۵ (۳۶/۶)		دارد	۳۱ (۷۵/۶)
مدت زمان هر سردرد (ساعت)	۱۲-۴	۱۳ (۳۱/۷)	ندارد	ندارد	۱۰ (۲۴/۴)
	۲۴-۱۳	۳ (۷/۳)		دارد	۱۳ (۳۱/۷)
	>۲۵	۵ (۱۲/۲)		ندارد	۲۸ (۶۸/۳)

اینکه در میان بستگان درجه اول مبتلایان بیشترین فراوانی ابتلا به میگرن به مادر با ۵۱/۲ درصد و کمترین آن به خواهر و پدربزرگ به ترتیب با ۲/۴۴ و ۴/۸ درصد اختصاص یافت. جدول ۳ فراوانی ابتلا به میگرن در بستگان درجه اول بیماران مبتلا به میگرن را نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج مطالعه شیوع میگرن ۴/۷۸ درصد (۴/۹) در پسران و ۴/۷ در دختران) بدست آمد. ضمن این که ارزش اخباری مثبت پرسشنامه IHS نیز ۵۱ درصد تعیین شد. بر اساس اظهار شرکت کنندگان در حداقل یکی از بستگان درجه اول ۲۶ نفر (۶۳/۳٪) از مبتلایان سابقه ابتلا به میگرن وجود داشت. ضمن

جدول شماره (۳): فراوانی ابتلا به میگرن در بستگان درجه اول مبتلایان به میگرن در مطالعه دانش آموزان

دبیرستانی شهرستان بوکان-۱۳۸۹

نسبت با بیمار	مادر	پدر	مادربزرگ	برادر	خواهر	پدربزرگ
کل	۵۱/۲	۱۹/۵	۱۰	۶/۷	۲/۴۴	۴/۸
درصد ابتلا به میگرن در بستگان درجه اول	دختران	۴۱	۲۲/۷۲	۱۱/۶	۴/۵	۴/۵
	پسران	۶۳/۱	۱۵/۸	۸/۴	۰	۵/۲

با ۲/۴۴ درصد مربوط بود. جدول ۴ فراوانی برانگیزنده‌های میگرن در مبتلایان به میگرن را در مطالعه حاضر نشان می‌دهد.

در میان برانگیزنده‌های میگرن نیز بیشترین فراوانی به اختلال خواب با ۶۳ درصد و کمترین آن به دو ماده غذایی کنسرو و فلفل

جدول شماره (۴): فراوانی برانگیخته‌های میگرن (تجارب شخصی) در مبتلایان به میگرن در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان بوکان-۱۳۸۹

نام برانگیخته	اختلال خواب	گرمای شدید	استرس‌های عاطفی	بوی سیگار	عصبانیت	سفرهای طولانی	سرماى شدید	فعالیت‌های بدنی	بیماری	شکلات	در بن‌توان	قلندگی	فلفل	کسروی
کل بیماران	۶۳.۴	۵۱.۲	۴۸/۸	۳۴/۱	۳۱.۷	۲۹.۲	۲۶.۶	۲۱.۷	۱۶/۷	۱۴/۶	۴.۹	۲/۴۴	۲/۴۴	۲/۴۴
پسران	۷۹	۶۸.۴	۶۸/۵	۴۲/۱	۴۱/۷	۴۱/۷	۴۱/۷	۴۱/۷	۱۶/۷	۵/۲	-	.	.	.
دختران	۵۰	۳۶/۴	۳۱/۸	۲۷/۳	۲۲/۷	۱۸/۲	۱۳/۶	۴.۵	۱۶/۷	۱۸/۲	۹/۱	۴/۵	۴/۵	۴/۵

بحث

میگرن در بالغین غیر شایع نیست و به عنوان یک اختلال عصبی می‌تواند تمامی افراد را در تمامی سنین تحت تأثیر قرار دهد به نحوی که در میان سردردها میگرن یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در دوران نوجوانی است که در سراسر جهان تا ۷ درصد از نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. (۱۱، ۲۵، ۲۶) از سوی دیگر امروزه به صورت وسیعی در جوامع مختلف از معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد برای تشخیص اولیه و در نهایت برآورد شیوع میگرن استفاده می‌شود. امکان پذیر نمودن قابلیت انجام مقایسه میان نتایج مطالعات بدست آمده از فرهنگ‌های مختلف را می‌توان از جمله مزایای کاربرد معیارهای IHS در تشخیص میگرن به شمار آورد (۸). مطالعه حاضر به تعیین شیوع میگرن و ارائه ویژگی‌های عمومی در کنار فراوانی برخی از برانگیخته‌های آن پرداخته است. در این مطالعه گردآوری داده‌های مرتبط با پرسشنامه جامعه بین‌المللی سردرد (IHS) به صورت مصاحبه رو در رو و توسط پرسشگران آموزش دیده صورت پذیرفت. چنین رویه‌ای می‌تواند در افزایش احتمال صحت داده‌های گردآوری شده به ویژه در مورد ویژگی‌های سردرد میگرنی در مبتلایان مورد بررسی تأثیرگذار باشد. از سوی دیگر استفاده از نظر تشخیصی متخصص مغز و اعصاب به عنوان (Gold Standard) تا حدود زیادی می‌تواند در افزایش روائی نتایج مطالعه و کاهش تعداد موارد مثبت کاذب تشخیص‌های صورت پذیرفته موثر بوده باشد.

شیوع میگرن در مطالعات قبلی متفاوت و با دامنه‌ای وسیع گزارش شده است (۲۷-۳۰). وسیع بودن دامنه شیوع میگرن را می‌توان به دلالتی از جمله تفاوت در متدولوژی مطالعه، معیارهای تشخیصی متفاوت و یا تفاوت در جمعیت‌ها مرتبط دانست (۳۱). با وجود شایع بودن میگرن در میان دانش آموزان دبیرستانی برآورد

شیوع آن اغلب به دلیل خصوصیات بالینی متفاوت آن در این گروه سنی (۱۲ - ۱۵ ساله) نسبت به بالغین کمتر تخمین زده خواهد شد. در مطالعه حاضر ابتلا به میگرن در ۴۱ مورد از ۸۰ نفر اعلام شده به عنوان مورد مبتلا به میگرن (توسط پرسشنامه HIS) از طرف پزشک متخصص مورد تأیید قرار گرفت (درصد مثبت کاذب=۴۸/۷۵) و بر این اساس ارزش اخباری ابزار IHS در این مطالعه در حدود ۵۱/۲۵ درصد برآورد شد.

شیوع کلی میگرن بر اساس ۲ مرحله اجرا شده (معیارهای IHS و تشخیص بالینی) در دانش آموزان ۱۳ تا ۱۹ ساله حاضر در این مطالعه ۴/۸ درصد (شیوع در پسران ۴/۹ و در دختران ۴/۷) بدست آمد. به این ترتیب شیوع بدست آمده در مطالعه حاضر در دامنه شیوع‌های بدست آمده در مطالعات صورت پذیرفته در نوجوانان کشورهای غربی (۳ تا ۱۰/۶ درصد) قرار دارد (۳۲-۳۷). همچنین شیوع بدست آمده در این مطالعه با میزان شیوع گزارش شده در مطالعه انجام گرفته در کشور ژاپن (پسران: ۵/۵ و دختران ۶ درصد) تا حدود زیادی سازگاری دارد (مقاله ۱۲). در مطالعه انجام پذیرفته در دانش آموزان ۱۲ تا ۱۵ ساله ژاپنی نیز شیوع کلی میگرن دقیقاً ۴/۸ گزارش شده است (۱۳). همچنین در مطالعه صورت پذیرفته توسط Zwart و همکاران که از لحاظ دامنه سنی به مطالعه حاضر بسیار نزدیک است (۱۳ تا ۱۸ ساله) شیوع در پسران ۴/۸ و در دختران ۹/۱ درصد گزارش شده است (۳۷). این در حالی است که شیوع میگرن بر اساس گروه‌های سنی مختلف و نیز در کشورهای مختلف ممکن است متفاوت باشد (۳۲، ۳۸-۴۱). تفاوت‌های نژادی و اقتصادی موجود میان کشورهای مختلف را توجیه کننده وجود این تفاوت در کشورهای مختلف دانسته‌اند (۴۲).

از لحاظ نوع میگرن نیز میگرن با اورا تنها ۱۲ درصد از کل مواد میگرنی را در مطالعه حاضر تشکیل داد. این در حالیست که

پیشنهاد: ارتقاء آگاهی‌های مبتلایان به میگرن از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور آموزش نحوه مدیریت آن دسته از برانگیزنده‌هایی که در مطالعه حاضر و مطالعات مشابه بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند با هدف پیش‌گیری از رخداد حملات میگرن توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

متوسط تا شدید بودن ۸۳ درصد از موارد حملات میگرن در کنار طولانی بودن طول مدت حملات آن (در ۵۱ درصد از موارد از ۴ تا ۷۲ ساعت و در ۱۹/۵ درصد از موارد طول مدت حملات میگرن از ۱۳ تا ۷۲ ساعت بود) و همچنین دچار ناتوانی یا کاهش شدید در کیفیت کار شدن درصد قابل توجهی از مبتلایان به میگرن در حین رخداد حملات که بالطبع می‌تواند در کاهش کارایی دانش آموزان تأثیرگذار باشد اهمیت میگرن را در این گروه سنی بیش از پیش نمایان می‌سازد. مدیریت برانگیزنده‌هایی همچون اختلال خواب، گرمای شدید و استرس‌های عاطفی که ضمن اختصاص دادن بیشترین فراوانی به خود در میان سایر برانگیزنده‌ها از قابلیت تعدیل نیز برخوردارند در راستای کاهش حملات میگرن و در نتیجه کاهش ساعات غیبت از مدرسه توصیه می‌شود.

محدودیت‌ها:

عدم امکان انجام نمونه‌گیری تصادفی ساده به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات اولیه ممکن است در برآورد شیوع میگرن تأثیرگذار بوده باشد، هر چند اعمال Design Effect به منظور افزایش حجم نمونه تا حدود زیادی می‌تواند تأثیر مذکور را کاهش داده باشد. همچنین عدم امکان استفاده از نظرات تشخیصی بیشتر از یک پزشک متخصص در راستای افزایش بیشتر روائی نتایج مطالعه از جمله محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر به شمار می‌آید.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی صورت پذیرفته است.

نتایج بدست آمده از مطالعات دیگر بیانگر گوناگونی فراوانی میگرن با او را در آن‌ها بوده است (۱۳، ۳۲). به نحوی که به عنوان مثال در مطالعه صورت پذیرفته در دانش آموزان ۱۲ تا ۱۵ ساله ژاپنی ۲۹ درصد و در مطالعه صورت پذیرفته توسط Mavromichalis و همکاران ۴۵ درصد گزارش شده است (۳۳).

در میان برانگیزنده‌های مورد بررسی در مطالعه حاضر اختلال خواب، گرمای شدید و استرس‌های عاطفی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. اختلال خواب به همراه استرس‌های عاطفی در مطالعات دیگر نیز به وفور به عنوان مهم‌ترین عوامل گزارش شده‌اند (۱۳، ۲۴، ۴۳) در مقابل شروع قاعدگی در بانوان به عنوان یک برانگیزنده در مطالعه حاضر برخلاف سایر مطالعات صورت پذیرفته از فراوانی چندانی برخوردار نبود (۴۴).

در زمینه علائم حملات میگرن نیز ۱۹/۵ درصد از موارد مبتلا در این مطالعه نه تنها فاقد علائم تهوع و استفراغ به هنگام رخداد حملات بودند بلکه ترس از نور و ترس از صدا را نیز به هنگام بروز چنین حملاتی گزارش نکرده‌اند. این درحالیست که طول مدت ۱۲/۲ درصد از حملات موارد مبتلا به میگرن نیز کمتر از یک ساعت بود. شواهد فوق در کنار یک طرفه نبودن ۶۱ درصد از سردردهای میگرنی در مطالعه حاضر تردیدهایی را در مورد معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد لاقل در مورد این گروه سنی مطرح می‌نماید. عدم تطابق تمامی علائم مطرح شده در معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد برای تشخیص میگرن در این گروه سنی یافته‌ای است که در مطالعه صورت پذیرفته توسط Naoki Ando و همکاران در دانش آموزان دبیرستانی ۱۲ تا ۱۵ ساله ژاپنی نیز مورد تایید قرار گرفته است پیامد چنین عدم تطابق را می‌توان در کمتر برآورد شدن شیوع میگرن با وجود شایع بودن آن در میان دانش آموزان دبیرستانی به دلیل خصوصیات بالینی متفاوت آن در این گروه سنی نسبت به بالغین مشاهده نمود (۱۳). عدم تطابق کامل معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد (لاقل در این گروه سنی) با تشخیص‌ها و معیارهایی بالینی، استفاده از نظر تشخیصی پزشکان متخصص به منظور تایید تشخیص‌های صورت پذیرفته توسط معیارهای مذکور را موجه می‌سازد.

References:

1. Asdrubal Falavigna, Alisson Roberto Teles, Maíra Cristina Velho, Viviane Maria Vedana, Roberta Castilhos da Silva, Thaís Mazzocchin, et al. Prevalence and impact of headache in undergraduate students in Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68(6): 873-7.
2. Ayatollahi SMT, A K. A case control study of Migraine and tension-type headache risk factors among Shiraz schoolchildren *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health* 2005;11(34): 37-42. Persian
3. Henry HU. Burden of migraine in the United States. *Arch Intern Med.* 1999;159: 813-8.

4. Mirzaei MQ. The prevalence of migraine symptoms and yield loss caused by the Branch in the city high school students Scientific Journal of Shahrekord University of Medical Sciences & Health 2003;4: 55-62. Persian
5. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, RB L. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). J Headache Pain. 2005;6(6): 429-40.
6. Azizi F, Mohsen Janghorbani, Hossein Hatami, al. e. Epidemiology and control of non-transmissible diseases - Part IV -Section V - Headache and migraines caused by muscle contraction. Epidemiology and Control of Common Disorders in Iran. Third Edition ed. Tehran: Khosravi publishing company; 2009.
7. Lars Jacob Stovner, 'e CA. Impact of headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain 2008;9: 139-46.
8. S-R Lu, J-L Fuh, K-D Juang, Wang S-J. Migraine prevalence in adolescents aged 13±15: a student population-based study in Taiwan. Blackwell Science Ltd Cephalalgia. 2000;20: 479-85.
9. RD A. Headache and other craniofacial pains. In: Adams and victor's. Principles of neurology. NewYork: McGraw Hill Company; 2001.
10. YW L. Headache and facepain: migraine. In: Swash M. ; Oxbury Y. Clinical neurology. NewYork: From churchill Livingstone; 1991.
11. LP D-Q. Clinical characteristics of common migraine among adolescent. Rev Neurol. 1998;33(3): 90-5.
12. wikipedia.
13. Naoki Ando, Shinji Fujimoto, Tatsuya Ishikawa, Jun Teramoto, Satoru Kobayashi, Hattori A. Prevalence and features of migraine in Japanese junior high school students aged 12-15 yr. Brain & Development 2007;29: 482-5.
14. Behrman RE, Kliegman RM, HB J. Nelson textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2000.
15. Abu-Arefeh I,;. RG. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. Br Med J. 1994;309: 765-9.
16. Stang PE, JT O. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. Headache. 1993;33: 29-35.
17. Bigal ME, Bigal JM, Betti M, Bordini CA, JG S. 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.
18. Catharino AMS, Catharino FMC, RL F. Headache: prevalence and relationship with the academic performance of medical students. Migraneas cefaléias. 2007;10: 46-50.
19. Curry K, R G. Prevalence and management of headache in a university undergraduate population. J Am Acad Nurse Pract 2007;19: 378-82.
20. Demirkirkan MK, Ellidokuz H, A B. Prevalence and clinical characteristics of migraine in university students in Turkey. Tohoku J Exp Med 2006;208: 87-92.
21. Dowson AJ, Sender J, Lipscombe S, al e. Establishing principles for migraine management in primary care. Int J Clin Pract 2003;57: 493-507.
22. Wessely P, C W. Behandlung von Kopf- und Gesichtsschmerzen. Therapieempfehlungen der Österre-ichischen Kopfschmerzgesellschaft. Vienna: Facultas, 2003.
23. Wöber C, C W-B. Triggers of migraine and tension-type headache. Handb Clin Neurol. 2010;97: 161-72.
24. Andressa Marmore de Lima, Giovanna Baptista Sapienz, Vinícius de Oliveira Girau, Fragozo YD. Odors as triggering and worsening factors for

- migraine in men. *Arq Neuropsychiatr.* 2011;69((2-B)): 324-7.
25. Bigal M, Lipton R, Winner P, Reed M, Diamond S, Stewart W. Migraine in Adolescents: Association with Socioeconomic Status and Family History. *Neurology.* 2007;69: 16-25
 26. Fendrich K, Vennemann M, Pfaffenrath V, Evers S, May A, Berger K, et al. Headache prevalence among adolescents – the German DMKG headache study. *Cephalalgia.* 2007; 27 (4): 347-54.
 27. Bille B. Migraine in school children. *Acta Paediatrica.* 1962;51(5): 614-6.
 28. Deubner DC. An epidemiologic study of migraine and headache in 10–20 year olds. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 1977;17(4): 173-80.
 29. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1989;261(15): 2211.
 30. Sillanpää M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 1983;23(1): 15-9.
 31. Stewart WF, Simon D, Shechter A, Lipton RB. Population variation in migraine prevalence: a meta-analysis. *Journal of clinical epidemiology.* 1995;48(2): 269-80.
 32. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *Bmj.* 1994;309(6957): 765.
 33. Mavromichalis I, Anagnostopoulos D, Metaxas N, Papanastassiou E. Prevalence of migraine in schoolchildren and some clinical comparisons between migraine with and without aura. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 1999;39(10): 728-36.
 34. Özge A, Buğdayci R, Şaşmaz T, Kaleağasi H, Kurt Ö, Karakelle A, et al. The Sensitivity and Specificity of the Case Definition Criteria in Diagnosis of Headache: A School-Based Epidemiological Study of 5562 Children in Mersin. *Cephalalgia.* 2003;23(2): 138-45.
 35. Raieli V, Raimondo D, Cammalleri R, Camarda R. Migraine headaches in adolescents: a student population-based study in Monreale. *Cephalalgia.* 1995;15(1): 5.
 36. Zencir M, Ergin H, Ahiner T, Kılıç, Alk E, Özdel L, et al. Epidemiology and symptomatology of migraine among school children: Denizli urban area in Turkey. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2004;44(8): 780-5.
 37. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL, Stovner LJ, T. S. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. *Cephalalgia.* 2004;24: 373–9.
 38. Al Jumah M, Awada A, Al Azzam S. Headache syndromes amongst schoolchildren in Riyadh, Saudi Arabia. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2002;42(4): 281-6.
 39. Ando N, Fujimoto S, Ishikawa T, Teramoto J, Kobayashi S, Hattori A, et al. Prevalence and features of migraine in Japanese junior high school students aged 12-15 yr. *Brain and Development.* 2007;29(8): 482-5.
 40. Karlı N, Ak N, Zarıfo lu M, Akgöz S, Ergil E, Ayvac o lu U, et al. Headache Prevalence in Adolescents Aged 12 to 17: A Student Based Epidemiological Study in Bursa. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2006;46(4): 649-55.
 41. Sillanpää M. Prevalence of headache in prepuberty. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 1983;23(1): 10-4.
 42. Wang S. Evolution of migraine diagnoses in adolescents: a 3 year annual survey. *Cephalalgia.* 2005;25(5): 333-8.

-
43. Ofovwe GE, AN. O. Prevalence and impact of headache and migraine among secondary schools in Nigeria. *Headache*. 2010;50((10)): 1570-5.
44. Holzhammer J, Wöber C. Nichtalimentäre triggerfaktoren bei migräne und kopfschmerz vom spannungstyp. *Der Schmerz*. 2006;20(3): 226-37.