

عوامل خطر میگرن و سردردهای تنشی در کارکنان بیمارستانهای شیراز

دکتر سید محمد تقی آیت‌اللهی: استاد آمارزیستی و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
لیلا صاحبی: مربی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: sahebileila@yahoo.com

دریافت: ۸۵/۵/۲۱ پذیرش: ۸۵/۱۲/۱۰

چکیده

زمینه و اهداف: در حال حاضر هیچ نوع اطلاعاتی در مورد عوامل خطر میگرن و سردرد تنشی بین کارکنان بیمارستانهای شیراز وجود ندارد. بنابراین ما در این مطالعه عوامل خطر حرفه‌ای، اجتماعی و جمعیتی شناختی را در بین کارکنان بیمارستانهای شیراز مورد مطالعه قرار دادیم.
روش بررسی: این مطالعه از نوع مورد-شاهدی بود که داده‌های آن از برآورد شیوع ۱۰۲۳ پرسنل که در طی یک نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده انتخاب شده بودند به دست آمد. در این مطالعه گروههای مختلف شغلی (گروههای پرستاری، اداری و خدمات) طبقات را تشکیل می‌دادند. ابتدا با استفاده از معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد و معاینه بالینی یک نورولوژیست شیوع میگرن، سردردهای تنشی و سردردهای توأم محاسبه گردید. در مرحله بعد به ازای هر فرد دارای میگرن دو نفر شاهد و به ازای هر فرد دارای سردرد تنشی ۲ نفر شاهد که هیچگونه سردردی نداشتند به صورت تصادفی انتخاب شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون رگرسیون لجیستیک استفاده شد.

یافته‌ها: در طی مطالعه شیوع با استفاده از معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (International Headache Society, IHS) و معاینه بالینی یک نورولوژیست ۱۱۵ نفر (۱۱/۲۴٪) مبتلا به سردرد میگرنی، ۱۹۹ نفر (۱۹/۴۵٪) مبتلا به سردرد تنشی و ۳۳ نفر (۳/۲٪) مبتلا به سردرد توأم میگرنی و تنشی تشخیص داده شدند. از تعداد ۱۱۵ نفر پرسنل مبتلا به میگرن ۹۷ نفر مونث (۸۴/۳٪) و ۱۸ نفر مذکر (۱۵/۷٪) و از تعداد ۱۹۹ فرد مبتلا به سردرد تنشی ۴۵ نفر (۲۲/۶٪) آنها مذکر و ۱۵۴ نفر (۷۷/۴٪) آنها مونث بوده‌اند. بالاترین شیوع میگرن در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال با ۵۲ فرد میگرنی (۱۶/۵٪) و بالاترین شیوع سردرد تنشی در گروه سنی ۴۹-۴۰ سال با ۵۵ فرد دارای سردرد تنشی (۲۵/۸٪) همراه بود. نسبت شانس میگرن کارکنان برای افرادی که سابقه فامیلی مثبت داشتند ۲/۷ (با حدود اطمینان ۴/۵ - ۱/۶، CI: =/۹۵) و برای سردردهای تنشی ۱/۸ (با حدود اطمینان ۲/۹ - ۱/۱، CI: =/۹۵) بود. شانس سردردهای میگرنی و تنشی کارکنانی که الگوی خواب غیر طبیعی داشتند به ترتیب ۱/۸ (با حدود اطمینان ۳/۱ - ۱/۰، CI: =/۹۵) و ۲/۶ (با حدود اطمینان ۴/۵ - ۱/۵، CI: =/۹۵) برابر کارکنانی بود که الگوی خواب طبیعی داشتند. در تحلیل رگرسیون لجیستیک چندگانه سردرد میگرنی با جنسیت ارتباط داشت و شانس زنان برای ابتلا ۲/۵ برابر مردان بود (با حدود اطمینان ۵/۲ - ۱/۲، CI: =/۹۵). سردرد تنشی با ساعات خواب شبانه روزی ($P < ۰/۰۰۷$)، فشارخون سیستولی ($P < ۰/۰۴۲$) و طول سابقه در شغل دوم ($P < ۰/۰۱۱$) ارتباط آماری معنی‌داری داشت. میگرن و سردرد تنشی ارتباط معنی‌داری با عوامل دیگر نداشتند.

نتیجه‌گیری: سابقه خانوادگی سردرد و الگوی خواب به شدت با سردرد میگرنی و سردرد تنشی در بین کارکنان بیمارستانهای شیراز در ارتباط بودند، میگرن در این مطالعه وابسته به جنس بود. کمیت خواب شبانه روزی، فشارخون سیستولی و طول سابقه در شغل دوم نیز با سردرد تنشی مرتبط بودند.

کلیدواژه‌ها: میگرن، سردرد تنشی، کارکنان بیمارستان

مقدمه

ساختمانهای حساس به درد بر میگردد (۴). دو نوع اصلی سردرد، سردرد میگرنی و سردرد تنشی می‌باشند. سردردهای تنشی، شایع‌ترین نوع سردرد هستند که علیرغم این موضوع، تاکنون توجه کمتری به اپیدمیولوژی آن شده است. سردردهای میگرنی با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی، دارای شدت بیشتر و قدرت

سردرد در اثر کشش، جابه‌جا شدن، التهاب، اسپاسم عروق و یا اتساع ساختمانهای حساس به درد در سر یا گردن ایجاد می‌شود (۱). این عارضه شایعترین سندرم درد بوده (۲) و فراوانی آن حتی از سرماخوردگی هم بیشتر است (۳). سردردهای مشابه علت‌های مختلف می‌توانند داشته باشند و علت آن به معهود بودن

می تواند در نتایج مطالعات تاثیر گذار باشد. مطالعه حاضر، مطالعه ای تحلیلی و بر پایه جمعیت در زمینه سردردهای میگرنی و سردرد های تنشی بوده است که جمعیت هدف آن را پرسنل بیمارستانهای شیراز تشکیل می دهند. هدف از این مطالعه تعیین عوامل خطر دموگرافیکی، شغلی و بالینی سردرد های میگرنی و تنشی در بین کارکنان بیمارستان ها بوده است و بررسی این عوامل به طور یکجا و با در نظر گرفتن اثرات متقابل آنها (کنترل عوامل مخدوش کننده) سنجیده شده است لذا این مطالعه یکی از معدود مطالعات جهان و اولین مطالعه در ایران در مورد پرسنل بیمارستانی محسوب می شود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر، مطالعه مورد- شاهدهی شیوع می باشد. با توجه به حداکثر شیوع سردرد ($P=0.32$) در یک مطالعه مقدماتی با سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت برآورد شیوع ۳٪ و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده و با در نظر گرفتن موارد گم شده و ناقص، اندازه نمونه بالغ بر ۱۰۲۳ پرسنل بیمارستانها در نظر گرفته شد که نمونه ای ۲۰٪ ای از کل بیمارستانهای حاضر به همکاری شهر شیراز را تشکیل می داد. تعداد بیمارستانهای مورد مطالعه و حاضر به همکاری ۲۴ بیمارستان (۱۱ بیمارستان خصوصی، ۱۱ بیمارستان دولتی، ۱ بیمارستان وابسته به بنیاد جانبازان و ۱ بیمارستان وابسته به سازمان تامین اجتماعی) بود طبقات در این نمونه گیری شامل ۳ قشر کلی ۱- پرستاری (شامل گروههای پرستار، کمک پرستار، ماما، بهیار و کمک بهیار) ۲- اداری (شامل گروههای اداری- مدیریتی، اداری کارمندی و پاراکلینیکی) ۳- خدمات (خدمات نظافت، آشپزخانه تاسیسات، نگهبانی و رانندگان) بوده اند و روش نمونه گیری از هر طبقه به صورت نمونه گیری تصادفی سیستماتیک بوده است. ابتدا کلیه کارکنان واقع در نمونه گیری با پر کردن پرسشنامه ای که شامل تعدادی سوالات عمومی بود، غربال شدند. معیار غربال کارکنان داشتن سردرد بالای ۵ بار در سال بوده است. برای تشخیص نوع سردرد در کارکنان مشکوک به سردرد از پرسشنامه ای نیمه سازمان دهی شده بر اساس معیار های IHS استفاده شد (۱) و صحت تشخیص معیار IHS از طریق معاینات بالینی کارکنان غربال شده توسط یک نورولوژیست تایید گردید. معیار های تشخیص میگرن و سردرد تنشی بر اساس معیار IHS بدینصورت می باشد

سردرد میگرنی

الف) سابقه حداقل پنج حمله که شامل تمام بندهای (ب)، (ج) و (د) باشد.

ب) حملات سردرد که مدت ۷۲ - ۴ ساعت بطول بینجامد (بدون درمان یا با درمان ناموفق)

ج) سردرد دارای دو مورد از ویژگی های زیر باشد:

ناتوان کنندگی بالاتری هستند و موجب اختلال در سیستم خودکار بدن میگرددند(۵). عوارضی که سردرد به جا می گذارد فراوان و درعین حال مهم می باشند. از جمله می توان به اثر تخریبی سردرد در زندگی خانوادگی، ایجاد مزاحمت در رسیدگی و مراقبت کودکان، کاهش در کیفیت زندگی(۶)، ناتوانی ناشی از سردرد(۷)، از دست دادن زمان مفید کاری(۸)، ایجاد اختلال در فعالیت روزمره(۹) هزینه های مستقیم ناشی از درمان، دارو و در مواردی بستری در بیمارستان(۱)، و عوارض جسمی (۱۳-۱۰) اشاره نمود.

با توجه به تفاوت های موجود بین ارتباط میگرن و سردرد های تنشی در قشرهای مختلف جامعه با عوامل محیطی، اجتماعی که علت این تفاوتها به تداخل عوامل مختلف اجتماعی و محیطی روی سردرد و روشهای آماری متفاوت برمی گردد، مطالعه حاضر به بررسی و تعیین عوامل دموگرافیکی، شغلی و خصوصیات بالینی افراد در کارکنان بیمارستانهای شیراز می پردازد. محیط بیمارستان یک محیط بسیار پرمشغله و تنش زا است. کادر بیمارستانی قشر بزرگی از جمعیت را شامل می شوند و کوشش در رفع مشکل این قشر از جمعیت بسیار مهم است. در این مطالعه سعی شده است تمامی عواملی که می تواند اثری در نتیجه روابط بین سردرد ها و عوامل مختلف داشته باشد وارد مطالعه گردد و اثر آنها به طور کامل کنترل گردد. در مطالعات معدودی که در ایران انجام شده است مانند مطالعات انجام شده در کارمندان شهر کرمان در سال ۱۳۷۶ و دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی زنجان در همان سال و نیز ما بین آموزگاران و دانش آموزان مدارس شیراز در سال ۱۳۸۱ (۱۶-۱۴)، گروههای مورد بررسی شامل قشرهای دیگر جامعه بوده و در هیچکدام از این مطالعات، عوامل خطر احتمالی همه جانبه نبوده است، همچنین در مورد متغیرهای مستقل مشابه در این مطالعه و مطالعات دیگر در داخل و خارج کشور اختلاف در نتایج به وضوح به چشم می خورد. نتیجه تعدادی از مطالعات انجام یافته نشان میدهد که سابقه فامیلی درجه اول، استرس کاری، شیفت کاری و اختلالات خواب با سردرد ارتباط آماری معنی داری داشته اند(۲۰-۱۷) فشار خون طبیعی نیز نسبت به فشار خون بالا شانس سردرد میگرنی بالاتری داشته است (۱۱-۱۲ و ۱۸)، در تعدادی دیگر از مطالعات داشتن شیفت کاری ارتباطی عکس با سردرد میگرنی داشته و فشار خون ارتباطی با سردرد نداشته است(۲۶-۲۲) این در حالی است که چندی از مطالعات دیگر نشان می دهد که بین جنسیت، تعداد فرزندان و وضعیت تاهل با سردرد ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۵ و ۲۷). با توجه به اینکه در تمامی مطالعات انجام شده از معیار IHS استفاده شده است، چگونگی کنترل عوامل مخدوش کننده

اثر محدودش کنندگی کلیه متغیرهای وارد شده در مدل خستی شده و نیاز به هیچ نوع همسان سازی نبود

یافته‌ها

در طی مطالعه شیوع با استفاده از معیارهای انجمن بین المللی سردرد و معاینه بالینی یک نورولوژیست ۱۱۵ نفر (۱۱/۲۴٪) مبتلا به سردرد میگرنی، ۱۹۹ نفر (۱۹/۴۵٪) مبتلا به سردرد تنشی و ۳۳ نفر (۳/۲٪) مبتلا به سردرد توام میگرنی و تنشی تشخیص داده شدند. از تعداد ۱۱۵ نفر پرسنل مبتلا به میگرن ۹۷ نفر مونث (۸۴/۳٪) و ۱۸ نفر مذکر (۱۵/۷٪) بودند. همچنین در این مطالعه از تعداد ۱۹۹ فرد مبتلا به سردرد تنشی ۴۵ نفر (۲۲/۶٪) مذکر و ۱۵۴ نفر (۷۷/۴٪) مونث بوده اند (جدول ۱). بالاترین شیوع میگرن در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال با ۵۲ فرد میگرنی (۱۶/۵٪) با (حدود اطمینان ۲۰/۶-۱۲/۶٪، CI=۰/۹۵) و بالاترین شیوع سردرد تنشی در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال با ۵۵ فرد دارای سردرد تنشی (۲۵/۸٪) (با حدود اطمینان ۳۱/۶-۲۰٪، CI=۰/۹۵) برآورد شد

مطالعه مورد - شاهدی بین ۱۱۵ فرد دارای میگرن و ۲۳۰ فرد کاملاً سالم از نظر هر نوع بیماری و مطالعه مورد شاهدی سردرد تنشی بین ۱۹۹ نفر دارای سردرد تنشی و ۳۹۸ فرد کاملاً سالم از نظر هر نوع بیماری انجام گردید. در تحلیل هر نوع سردرد، عوامل دموگرافیک مثل جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل همسر عوامل شغلی مثل وضعیت بیمارستان (دولتی - خصوصی)، گروههای شغلی (گروههای پرستاری - اداری و خدمات در بیمارستانها)، داشتن شغل دوم، سابقه کار دوم، رضایت از شغل، نوع شیفت، شب کاری، ساعات کار در هفته، وضعیت فعالیت، عوامل بالینی مثل گروه خونی، RH خون، فشارخون سیستولی، فشار خون دیاستولی، BMI، داشتن بیماری خاص (دیابت، آسم، آلرژی، بیماری قلبی - عروقی و افسردگی) و عوامل متفرقه مثل وضعیت خواب، داشتن سابقه فامیلی سردرد، دست برتری، عادت به مصرف چای، سیگار و عادت به ورزش مورد بررسی قرار گرفت. در تحلیل تک متغیره سردرد میگرنی با جنسیت ($P < ۰/۰۰۰۱$) و شغل همسر ($P < ۰/۰۵$) ارتباط آماری معنی داری داشتند. بدین ترتیب که کارکنان مونث و کارکنانی که همسرانشان کارگر بوده اند، بالاترین نسبت شانس ها را داشته اند. در ارتباط با سردرد میگرنی و عوامل شغلی (گروههای شغلی ($P = ۰/۳۸$))، داشتن شغل دوم ($P = ۰/۱۱$)، سابقه کار دوم ($P = ۰/۰۹$)، رضایت از شغل ($P = ۰/۶۶$)، نوع شیفت ($P = ۰/۵۹$)، داشتن شب کاری ($P = ۰/۳۶$)، ساعات کار در هفته ($P = ۰/۸۹$) و وضعیت فعالیت ($P = ۰/۷۳$) (ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. در مورد عوامل بالینی و متفرقه، وضعیت خواب ($P < ۰/۰۰۰۱$)، سابقه فامیلی سردرد ($P < ۰/۰۰۰۱$)، دست برتری ($P < ۰/۰۲۴$)، عادت به ورزش ($P < ۰/۰۳۳$) و سیگار ($P < ۰/۰۱۸$) با سردرد میگرنی ارتباط آماری معنی داری نشان دادند، بدین ترتیب که شانس بیماری در کارکنان دارای خواب غیر طبیعی (بیدار شدن مکرر در طول

۱- یک طرفه، ۲- ضربان دار، ۳- سردرد با شدت متوسط تا شدید (مانع فعالیت‌های روزانه شود)، ۴- در اثر بالا رفتن از پله یا فعالیت‌های مشابه سردرد تشدید شود.

د) وجود حداقل یکی از موارد زیر در زمان سردرد:

۱- تهوع و یا استفراغ، ۲- ترس از نور و ترس از صدا

سردرد تنشی

الف) وجود حداقل دو مورد از ویژگی‌های سردرد که در زیر ذکر شده:

۱- کیفیت درد بصورت فشار دهنده (بدون ضربان)

۲- شدت درد خفیف یا متوسط (ممکن است فعالیت روزانه را تحت تأثیر قرار دهد ولی مانع از انجام آن نمی شود).

۳- سردرد دو طرفه

۴- در اثر بالا رفتن از پله ها یا فعالیت مشابه تشدید نمی شود.

ب) وجود هر دو خصوصیات

۱- نبود تهوع یا استفراغ (ممکن است بی اشتها بی رخ دهد)،

۲- نبود ترس از نور و ترس از صدا یا وجود یکی از آنها و نه هر دو.

معیار قضاوت در مورد طبیعی بودن و غیر طبیعی بودن خواب

نظرات خود شخص بوده است. از آنجا که نحوه پرسشگری به

صورت چهره به چهره بوده است در این مورد از فرد پرسیده می

شد آیا در روزهای معمولی و بیشتر اوقات وضعیت خواب شما

حداقل توسط یکی از مشکلات بیدار شدن مکرر در طول شب،

دیر به خواب رفتن و کابوس دیدن مختل می گردد پاسخ مثبت،

فرد را در گروه افراد دارای خواب غیر طبیعی و پاسخ منفی فرد را

در گروه افراد طبیعی از نظر وضعیت خواب قرار می داد. میزان

خواب شبانه روزی به عنوان یک متغیر کمی در نظر گرفته شد تا

اطلاعات مربوط به این متغیر به طور کامل حفظ گردد و حد

نرمال یا غیرنرمال برای این متغیر مطرح نبوده است.

درباره عادت به ورزش، سیگار و چای ابتدا سوالاتی تحت عنوان

آیا شما عادت به ورزش، سیگار یا چای دارید؟" به دنبال هر

سوال بسته در صورت مثبت بودن جواب هر متغیر در مورد کمیت

عادت به هر متغیر در شبانه روز پرسیده می شد، بنابراین با بررسی

هر متغیر به صورت کمی و عدم طبقه بندی و کیفی سازی سعی

شد اطلاعات تاحدممکن حفظ گردد.

موارد تشخیص داده شده در این مرحله به عنوان گروه

بیماران در مطالعه مورد شاهدی وارد شدند. تعداد بیماران مبتلا به

میگرن و سردرد تنشی در مطالعه حاضر ۱۱۵ و ۱۹۹ نفر بوده

است. در مرحله بعد به ازای هر بیمار مبتلا به سردرد تنشی ۲ نفر

شاهد و به ازای هر بیمار مبتلا به سردرد میگرنی ۲ نفر شاهد از

کارکنان بیمارستانها که فاقد هر نوع سردرد و هر نوع بیماری

بودند، به طور تصادفی انتخاب شدند. داده ها پس از ورود به

رایانه با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه - تحلیل شدند، برای

تجزیه - تحلیل آماری از رگرسیون لجیستیک تک متغیره و چند

گانه با سطح معنی داری ۵٪ استفاده شد. لازم به ذکر است که به

علت استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک چندگانه در این مطالعه

فشار خون سیستولی و دیاستولی، احتمال بیماری بیشتر و به ازای افزایش هر ساعت به ساعات خواب شبانه روزی احتمال بیماری پایین ترمی باشد. تعدادی از عوامل مرتبط با سردرد تنشی در کارکنان بیمارستانها در جدول ۳ مشاهده می شود.

در این مطالعه، متغیرهای مورد بررسی با استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک چندگانه نیز مورد بررسی قرار گرفتند و متغیرهایی که P آنها کوچکتر از ۰/۲۵ بود برای تحلیل دقیق تر وارد مدل گردیدند در حضور متغیرهای سن، جنسیت، میزان تحصیلات، فشار خون سیستولی، فشار خون دیاستولی، وضعیت خواب، ساعات خواب شبانه روزی، شغل همسر، سابقه فامیلی سردرد، دست برتری، عادت به سیگار، عادت به ورزش، گروه شغلی، سابقه در شغل دوم، نوع شیفت، گروه خون، داشتن بیماری های خاص، سردرد میگرنی ارتباط آماری خود را با سابقه مثبت فامیلی، جنسیت و وضعیت خواب حفظ کرد (جدول شماره ۵).

در مدل رگرسیون لجیستیک چندگانه، در حضور متغیرهای سن، جنسیت، فشار خون سیستولی، فشار خون دیاستولی، شاخص توده بدنی، داشتن بیماری های خاص، وضعیت خواب، عادت به ورزش، سابقه فامیلی سردرد، عادت به سیگار، عادت به چای، رضایت از شغل، گروه شغلی، سابقه در شغل دوم، داشتن شب کاری، نوع شیفت، ساعات خواب شبانه روزی، وضعیت تاهل، شغل همسر وضعیت فعالیت، سردرد تنشی ارتباط آماری خود را با سابقه فامیلی مثبت ($P < 0/023$) و وضعیت خواب غیر طبیعی ($P < 0/0001$) حفظ نمودند، همچنین ساعات خواب شبانه روزی، فشار خون سیستولی و سابقه شغل دوم نیز با سردرد تنشی ارتباط آماری معنی داری نشان دادند (جدول ۴).

شب، کابوس دیدن، دیر به خواب رفتن) دارای سابقه فامیلی سردرد، کارکنان راست دست، کارکنانی که عادت به ورزش کردن نداشته اند و کارکنانی که عادت به استعمال سیگار نداشته اند، بیشتر بوده است. رابطه میگرن با تعدادی از عوامل خطر مرتبط با سردرد با استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک تک متغیره در جدول ۲ مشاهده می شود. در مورد سردرد تنشی با متغیرهای دموگرافیک بین جنسیت ($P < 0/001$)، میزان تحصیلات ($P < 0/04$) و شغل همسر ($P < 0/001$) با سردرد تنشی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. بدین ترتیب که کارکنان مونث، کارکنان دارای تحصیلات دانشگاهی و کارکنانی که همسرانشان کارگر بوده اند. بالاترین نسبت شانس ها داشته اند. همچنین در مورد ارتباط سردرد تنشی با متغیرهای شغلی گروههای پرستاری شانس بیماری بالاتری را داشته اند ($P < 0/015$)، در ارتباط با عوامل بالینی و متفرقه وضعیت خواب، سابقه فامیلی مثبت سردرد، استعمال سیگار، مصرف چای و داشتن بیماری خاص با سردرد تنشی ارتباط آماری معنی داری داشته است این ارتباط بدین صورت بوده است که کارکنان دارای خواب غیر طبیعی، دارای سابقه فامیلی سردرد، کسانی که عادت به استعمال سیگار ندارند، کارکنانی که عادت به مصرف چای دارند و کارکنانی که دارای بیماری خاص بوده اند، شانس بیماری بالاتری داشته اند. تعدادی از عوامل مرتبط با سردرد تنشی در کارکنان بیمارستانها در جدول ۲ مشاهده می شود. سردرد تنشی با شاخص توده بدنی، فشار خون سیستولی، فشار خون دیاستولی و ساعات خواب شبانه روزی نیز ارتباط آماری معنی داری نشان می دهد. بدین ترتیب که به ازای افزایش هر واحد نمایه توده بدنی^۱ و به ازای افزایش هر میلی متر جیوه به

جدول ۱: مقایسه گروههای مورد(سردرد میگرنی و تنشی) و شاهد از نظر توزیع سن و جنس در کارکنان بیمارستانها

متغیر	مطالعه مورد - شاهدی میگرن		مطالعه مورد - شاهدی سردرد تنشی	
	میگرن (%)	سالم (%)	سردرد تنشی (%)	سالم (%)
جنسیت	۱۱۸ (۱۵/۷)	۸۶ (۳۷/۴)	۴۵ (۲۲/۶)	۱۵۵ (۳۸/۹)
	۹۷ (۸۴/۳)	۱۴۴ (۶۲/۶)	۱۵۴ (۷۷/۴)	۲۴۳ (۶۱/۱)
گروههای سنی	۴۰ (۳۴/۸)	۱۰۲ (۴۴/۳)	۷۶ (۳۸/۲)	۱۱۸ (۴۷/۲)
	۵۲ (۴۵/۲)	۶۰ (۲۶/۱)	۵۹ (۲۶/۹)	۱۰۷ (۲۶/۹)
	۱۱۷ (۱۴/۸)	۵۰ (۲۱/۷)	۵۵ (۲۷/۶)	۷۴ (۱۸/۶)
	۶ (۵/۲)	۱۸ (۷/۸)	۹ (۴/۵)	۲۹ (۷/۳)
مجموع	۱۱۵ (۱۰۰)	۲۳۰ (۱۰۰)	۱۹۹ (۱۰۰)	۳۹۸ (۱۰۰)

جدول ۲: رابطه میگرن و سردرد تنشی با تعدادی از عوامل مرتبط با سردرد در کارکنان بیمارستانها با استفاده از آنالیز رگرسیون لجیستیک تک متغیره

عوامل خطر	میگرن		سردرد تنشی	
	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵٪	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵٪
الگوی خواب غیر طبیعی	۲/۶	۱/۶-۴/۰	۳/۷	۲/۶-۵/۴
سابقه ابتلا به سردرد در خانواده	۲/۹	۱/۹-۴/۸	۲/۱	۱/۵-۳/۰
عادت به ورزش	۰/۶۲	۰/۴-۱/۰	۰/۷۶	۰/۵۳-۱/۱
عادت به سیگار	۰/۲۳	۰/۱-۰/۷۸	۰/۴۲	۰/۱۸-۰/۹۶
عادت به چای	۱/۳	۰/۷-۲/۳	۱/۸۳	۱/۲-۲/۹

جدول ۳: رابطه میگرن و سردرد تنشی با تعدادی از عوامل مرتبط با سردرد در کارکنان بیمارستانها با استفاده از آنالیز رگرسیون لجیستیک تک متغیره

متغیر	میگرن			سردرد تنشی		
	P	β	SE(β)	P	β	SE(β)
فشارخون سیستولی	۰/۱۸	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۰۰۲	۰/۰۲۴	۰/۰۰۸
فشارخون دیاستولی	۰/۰۷۶	۰/۱۲۲	۰/۰۱۲	۰/۰۳۲	۰/۰۲۱	۰/۰۱۰
BMI	۰/۳۹	۰/۰۵۳	۰/۰۳۱	۰/۰۰۱	۰/۰۷۷	۰/۰۲۲
ساعات خواب شبانه روزی	۰/۱۱	-۱/۴۷	۰/۰۹۲	۰/۰۰۱	-۰/۲۶	۰/۰۰۶

جدول ۴: رابطه بین سردرد میگرنی و تنشی با عوامل مرتبط با سردرد در کارکنان با استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک چند گانه

نوع سردرد	نام متغیر	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵٪	سطح معنی داری	β	SE(β)
سردرد میگرنی	سابقه فامیلی مثبت	۲/۶۹	۱/۵۹-۴/۵	۰/۰۰۱		
	جنسیت مونث	۲/۴۸	۱/۱۸-۵/۲۴	۰/۰۱۷		
	وضعیت خواب غیر طبیعی	۱/۸۰۲	۱/۰۴-۳/۱۴	۰/۰۳۷		
سردرد تنشی	ساعات خواب شبانه روزی			۰/۰۰۷	-۰/۲۵	۰/۰۹۲
	فشارخون سیستولی			۰/۰۴۳	۰/۰۷۸	۰/۰۳۹
	طول سابقه در شغل دوم			۰/۰۱۱	۰/۰۶۵	۰/۰۲۶

بحث

در ارتباط با سابقه فامیلی روی سردرد، سردرد میگرنی و تنشی در حضور بیش از ۱۸ متغیر باز هم ارتباط آماری خود را با سابقه فامیلی حفظ می کنند و این نتیجه در واقع تاثیر بسیار قوی سابقه فامیلی را در ایجاد سردرد نشان می دهد. این یافته با اغلب نتایج مطالعات انجام شده (۱۶ و ۲۹-۲۶) همخوانی دارد.

با استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک چندگانه، رابطه آماری معنی داری بین الگوی خواب در وقوع سردرد های میگرنی و تنشی مشاهده می شود. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات انجام یافته در دانمارک، کاشان، شیراز، همخوانی دارد (۱۶، ۲۵ و ۳۰). سردرد تنشی با میزان خواب در شبانه روز نیز هم یک ارتباط آماری معنی داری دارد. در مطالعه ای که در شیراز انجام شده بود (۵)، الگوی خواب غیر طبیعی تنها با میگرن، ارتباط آماری معنی داری داشت. به نظر می رسد افرادی که از خواب شبانه روزی بیشتری برخوردارند، از نظر بیماری سردرد سالمتر هستند. در مطالعه حاضر، بین جنسیت و سردرد میگرنی ارتباط آماری معنی داری مشاهده می شود. این نتیجه با نتیجه مطالعات انجام شده در برزیل، فرانسه، تگزاس، عمان و هنگ کونگ (۳۱-۳۵) همخوانی دارد، در مطالعه ای که آیت اللهی بین دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی انجام داده بود. بین جنسیت و سردرد ارتباطی مشاهده نشد (۱۰).

در این مطالعه بین فشار خون سیستولی و سردرد تنشی ارتباط آماری معنی داری مشاهده می شود. این نتیجه با نتیجه مطالعات انجام شده در نوآ، برزیل و ژاپن (۱۱ و ۱۲ و ۱۸) همخوانی دارد. در مطالعه حاضر بین

سابقه در شغل دوم و بیماری سردرد تنشی نیز ارتباط آماری معنی داری مشاهده می شود. نتیجه حاضر حاکی از این مطلب است که با افزایش سابقه کار دوم شانس بیماری هم بیشتر می شود. یعنی تاثیر دو شغلی بودن شاید در ابتدا و سالهای اول تاثیر چندانی در سلامتی فرد نگذارد ولی در درازمدت بالاترین تاثیر خود را می گذارد. با استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک چندگانه بین سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و دست برتری با سردردها ارتباطی مشاهده نشد، هر چند در تعدادی از مطالعات انجام یافته بین این متغیرها و سردردها ارتباط آماری معنی داری مشاهده شده است (۵، ۲۸، ۳۸-۳۶). همچنین در این مطالعه ارتباط آماری معنی داری بین وضعیت فعالیت، شاخص توده بدنی، مصرف چای و سیگار و ورزش با سردردها مشاهده نشد که با نتایج تعدادی از مطالعات انجام یافته همخوانی ندارد (۲۲، ۳۱، ۳۹).

با استفاده از تحلیل رگرسیون لجیستیک چندگانه ارتباط آماری معنی داری بین سردرد ها و داشتن شب کاری مشاهده نشد. در مطالعه ای که توسط Portela انجام شده بود، ارتباط عکسی بین کارکنان دارای شب کاری و میگرن به دست آمد. یعنی شیوع بیماری در افراد دارای شب کاری کمتر بود (۲۱). در هر صورت ما انتظار داریم که شب کاری یک عامل خطر برای سردرد باشد و اختلالات خواب ناشی از شب کاری می تواند یک عامل خطر برای سردرد محسوب شود، اما به گفته اکثریت قریب به اتفاق کارکنان استرس کاری در شیفت صبح بیشتر گریبانگیر افراد می شود. به عقیده خود کارکنان، شلوغ بودن بیمارستان در شیفت

علت این تفاوتها در نتایج به تاثیر کنترل شدید عوامل مخدوش کننده در تحلیل رگرسیون لجیستیک چندگانه بر می گردد.

نتیجه گیری

کوشش در رفع اختلالات خواب و تنظیم ساعات خواب از طریق ایجاد یک برنامه منظم خواب با نظر گرفتن نوع شیفت و تعداد شب کاریها در هفته بسیار ضروری است. در تحقق این نتیجه، تعطیل بودن فرد شب کار در روز بعد از شب کاری و یا حداقل داشتن شیفت عصر در روز بعد از شب کاری و یا تقسیم شیفت شب به دو شیفت ۶ ساعته می تواند بسیار موثر باشد، که البته تحقق به این اهداف تنها وقتی میسر می شود که نیروی کافی در بیمارستانها حضور داشته باشند، همچنین ایجاد رضایت اقتصادی در کارکنان با رفع مشکلات معیشتی، به تک شغلی بودن افراد متهی و در نهایت از تنشها و استرس های کاری محتمل در دو حیطه مختلف کاری و در نتیجه سردرد ناشی از آن پیشگیری می شود. در بررسی عوامل شغلی روی سردرد عوامل بسیار زیاد دیگر که در پیچیدگیهای شغلی وجود دارند می تواند تاثیر واقعی این عوامل را تحت تاثیر قرار دهد. از آنجا که در این مطالعه تاثیر عوامل مخدوش کنندگی به طور کامل کنترل گردیده است، تعدادی از متغیرها در این مطالعه که در مطالعات دیگر با سردرد ارتباط معنی داری نشان داده اند، ارتباطی را با سردرد ها نشان ندادند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری جناب آقای دکتر افشین برهانی حقیقی استادیار محترم نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به جهت معاینه بالینی بیماران قدردانی می گردد.

References

- Olesen J T, Peer H, Welsh k, Micheal A, *The Headache*. 2th ed. lipincotte williams &Wilking Philadelphia, 2000 ;PP:1024-1052.
- غلامرضا میرزایی م. بررسی شیوع میگرن شایع و افت عملکرد ناشی از آن در دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان شهر کرد در ۱۳۸۱، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد*، زمستان ۸۲، دوره پنجم، شماره ۴، صص ۶۲-۵۵.
- Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N. Aulet S, Chapman E, Conterno L, et al. prevalence of Migraine in latin merican. *Headache* 2005 Feb; **45**(2): 106-117
- Evans RW, Mathew NT, *Hand book of Headache*. lipincotte Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000; PP:350-339.
- آیت اللهی س م ت، چراغیان ب. الگوی اپیدمیولوژیک عوامل خطر سردرد های تنشی و میگرنی درآموزگاران مدارس ابتدایی شیراز سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۱. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان* ۱۳۸۴، دوره دوازدهم، شماره ۲: صص ۹۲-۸۵.
- Smith R, Impact of Migraine on the family. *Headache*. 1998; **38** (4): 423-426.
- Walter F, Stewart F, Epidemiology of Migraine. *The Am J manag . Care* 1999; **5**(2): 63-72.
- Rubin RM, Headache care productivity. *Am J Manag Care* 2005; **11** (2 Suppl):S62-7.
- Lavados PM, Tenhamm E, Epidemiology of tension- type Headache in Santiago, Chile: A prevalence study. *Cephalagia* 1998; **18**(4): 552-8.
- آیت اللهی س م ت، داراب زند ت، بزرگی ف، شیبانی منفرد ف. میزان شیوع سردردهای تنشی و میگرنی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۳۷۷، دوره ششم، شماره ۳: صص ۱۴۸-۱۴۱.
- Hagen K, Stovner L J, Vatten L, Holmen J, Zwart JA, Bovim G, Blood pressure and risk of

- Headache: a prospective study of 22 685 adults in Norway. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2002; **72**:463-466
12. Wiehe M, Fuchs SC, Moreira LB, Moraes R S, Fuchs F D, Migraine is more frequent in individulas with optimal and normal blood Perssure: a population-based study. *J Hypertens.* 2002; **20** (7) 1303-6.
 13. Zwart JA, Dyb G, Hagen K. Depression and anxiety disorders associated with headach frequency. *Eur J Neurol* 2003; **10**(2): 147-52.
 ۱۴. حمزه ای مقدم الف، بهرام پور ع، مبشر م. بررسی شیوع میگرن و رابطه آن با برخی عوامل دموگرافیک در کارمندان شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۷۷، دوره ۵، شماره ۲۰، صص ۸۴-۹۱.
 ۱۵. یوسفی، مهران. بررسی شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی استان زنجان، بهار و تابستان ۷۹، شماره های ۳۰ و ۳۱، صص ۱۸-۲۴.
 ۱۶. آیت‌اللهی س م ت، خسروی، ا. مطالعه مورد - شاهدهی عوامل موثر بر میگرن و سردرد های تنشی در دانش آموزان دبستانی شهر شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان زمستان ۱۳۸۳، سال یازدهم، شماره ۴، ۳۷-۴۲.
 17. Zetola VH, Novak EM, Luiz A, Branco BO, Sato BK, Nita CS, et al. Headache incidence in a hospital community. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998; **56**(3B): 559-64.
 18. Mitsikostas DD., Gatzonis S, Thomas A., Kalfakis N, Ilias A, Papageoerigiou C, An epidemiological study of Headaches among medical students in Athens. *Headache.* 1996; **36** (9) : PP:561 -4.
 19. Pucci E, Matozzo F, Arrigo A, Mazza S, Sandrini G, Nappi G, Prevalence of primary Headache related to work activity in a group of hospital workers undergoing periodic visits (D. Lgs. 626/94 s.s.m. ed i) .*G Ital Med Lav Ergon* 2003; **25**(4): 448-52.
 20. David W., Dodick, M.D., Eric J., Eross, M.D, James M., Parish, M.D., Clinical, Anatomical, and Physiologic Relationship Between Sleep and Headache: *The Journal of Head and Face Pain.* March 2003; **43** (3): 282.
 21. Portela L., Rotenberg L., Waissmann W., Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. *Chronobiol Int.* 2004; **21**(6): 859-70.
 22. Cook N R, Bensenor I M, Lotufo P A, Minlee I, Serrett P J, Chown M J, et al. Migraine and coronary heart disease in women and men. *Headache* 2002; **42**: 715-727.
 23. Ayatollahi SMT, Moradi F, Ayatollahi AR, Prevalence of Migraine and tension- type Headache in adolescent girls of shiraz. *Headache* 2002; **42**: PP: 287- 290.
 ۲۴. نادری ط، حمزه ای مقدم ا، بهرام پور ع. شیوع میگرن وعوامل مرتبط با آن در دانشجویان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان پاییز ۷۹، دوره ۵، شماره ۱۷: صص ۱۸-۲۱.
 ۲۵. مسعود س ع، تقدسی م. بررسی رابطه اختلالات خواب با سردردهای میگرنی و عصبی. فصلنامه پژوهشی پژوهنده ۱۳۸۱، دوره هفتم، شماره ۳، صص ۱۹۳-۱۹۱.
 26. Dahlof C, Linde M, One-year prevalence of Migraine in Sweden: a population - based study in adults. *Cephalalgia* 2001; **21**(6): 664-71.
 ۲۷. نادری ط، حمزه ای مقدم ا، بهرام پور ع. شیوع میگرن در مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد، پاییز ۸۰، سال نهم، شماره ۳: صص ۳۹-۴۳.
 28. Walter F, Lipton S, Ruthottman R B, Familial risk of Migraine: A population – based study. *Ann Neurol* 1997; **41**: 166-172.
 29. Selmaj K, Lis z, Incidence of Migraine among phsicians of the city of Lodz and their families. *Neurol Neurochir POL* 1980; **14**(6): 621-6.
 30. Rasmussen BK., Olesen J, Migraine and tension-type Headache general population: precipitating fimale hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain.* 1993; **53**(1): 65-72.
 31. Reinee E, Sheffield D., Migraine prevalence: A Literature Review. *Headache* 1998; **38**: 595-601.
 32. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R.A. nationwide survey of Migraine in France: prevalence and clinical features in adults. GRIM. *Cephalalgia* 1992; **12**: 229-37.
 33. Hagen K, Zwart JA, Vatten L, Stovner L J, Bovim G., Prevalence of Migraine and non migrainous Headache, a large population- based study. *Cephalalgia* 2000; **20**: 900-906 .
 34. Evans RW, Lipton RB, Silberstein SD, The prevalence of Migraine in neurologists. *Neurology* 2003; **61**(9): 1271 -2.
 35. Deleu D, Khan MA, Humaidan H, Al - Mantheri Z, Al-Hashami S. Prevalence and clinical characteristics of Headache in medical students Oman. *Headache* 2001; **41**(8): 798-804.
 36. Lipton RB, Stewart WF. Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. *Neurology.* 1993; **43**(6 Suppl 3): 126-136.
 37. Antonov K, Isacson D, Headache in Sweden the importace of working conditions. *Headache.* Appr 1997; **37**(4): 228-34.
 38. 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**(5): 381-8.