

بررسی فراوانی انواع سردرد و عوامل موثر بر آن در خانمهای مبتلا به اختلالات روانپزشکی مراجعه کننده به بیمارستان 22 بهمن در سالهای 90-91

محسن مهدی نژاد، نوشین همتی، حمیدرضا ارشدی

چکیده

مقدمه: مطالعات اپیدمیولوژیک یک رابطه دوطرفه بین اختلالات روانپزشکی و سردرد نشان داده اند، به طوری که افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی بیشتر سردرد می شوند و افراد با سردرد بیشتر به اختلالات روانپزشکی مبتلا می شوند

هدف: هدف از انجام این مطالعه بررسی فراوانی انواع سردرد و عوامل موثر بر آن در خانمهای مبتلا به اختلالات روانپزشکی می باشد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی است. شرکت کنندگان در مطالعه شامل 175 بیمار خانم مبتلا به اختلالات روانپزشکی می باشد که با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده اند. داده ها از طریق پرسشنامه و مصاحبه رودررو جمع آوری شده است. تشخیص افسردگی بر اساس استفاده از DSM4 انجام شد. تشخیص نوع سردرد با استفاده از مصاحبه بر اساس معیارهای IHS انجام شد.

نتایج: میانگین سنی بیماران، 38/2 سال گزارش شد که بیشترین فراوانی در محدوده سنی 31-40 سال می باشد. از میان 95 بیماری که سردرد داشتند، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی ماژور و اضطراب منتشر شیوع بالایی از ابتلا به سردرد را داشتند و بالاترین فراوانی سردرد در بیماران بود که افسردگی ماژور همراه با اضطراب داشتند. شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی ماژور 63/6٪ بود که هیچ تفاوت واضحی در شیوع میگرن و سردرد تنشی وجود نداشت. شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی 56/6٪ بود که از این میان میگرن شیوع بیشتری داشته است. شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی 37/2٪ بوده که از این میان میگرن شیوع بیشتری داشته است. شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی 42/9٪ بوده که از این میان سردرد تنشی اپیزودیک شیوع بیشتری داشته است.

در بررسی زمان شروع سردرد، اکثر سردردها (67/4٪) بعد از اختلال روانپزشکی شروع می شوند که می تواند تاییدی بر نقش اختلال روانپزشکی در ایجاد یا تشدید سردرد باشد.

نتیجه گیری: در نهایت، بررسی بر روی این مطالعه بیانگر این مطلب است که سردردهای اولیه در بیماران خانم مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع بوده و می تواند اثر مهمی بر کیفیت زندگی آنها داشته باشد و لازم است همان طور که از بیماران مبتلا به سردرد شرح حال روانپزشکی گرفته می شود از بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شرح حال سردرد گرفته شود تا قادر به درمان بهتر و موثرتر بیماران باشیم.

واژگان کلیدی: سردرد تنشی - میگرن - اختلالات افسردگی عمده - اختلال اضطرابی

مقدمه

اختلال روانی یا بیماری روانی یک الگوی رفتاری و روانشناختی است که در یک فرد اتفاق می افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. اختلال روانی بر حسب شدت انحراف از محدوده طبیعی سنجیده می شود. (1)

بیماری روانی علاوه بر رنج و محدودیت هایی که برای فرد ایجاد می کند باعث می شود تا فرد در فعالیتهای اجتماعی و حرفه ای خود دچار تبعیض هایی به علت انگ بیماری روانی نیز شود، تأثیر اختلالات روانی روی جامعه به دلیل مراقبت از آنها و حمایت های فیزیکی و کاهش مولد بودن آنها بسیار مهم است. بار سنگین هزینه های درمان و مراقبت از آنها و حمایت های فیزیکی و عاطفی که بر دوش خانواده های بیماران است و همچنین بار اقتصادی آنها نباید نادیده گرفته شود. (2)

سازمان بهداشت جهانی در سال 2001 اعلام کرد که تقریباً 45 میلیون نفر در سراسر دنیا از برخی از اختلالات روانی رنج م ببرند و از هر 4 نفر 1 نفر در برخی از مراحل زندگی علائم اختلالات روانی را تجربه می کند. (3) مطالعه ای مروری در سال 2005 نشان می دهد که 27% از بزرگسالان کشورهای اروپایی حداقل یک اختلال روانی را در مدت 12 ماه داشته اند. (4) اخیراً سازمان بهداشت جهانی عهده دار انجام یک مطالعه کلی در 26 کشور از تمام مناطق جهان انجام شده است که این مطالعه دلالت می کند بر این که از میان اختلالات ارزیابی شده، اختلالات اضطرابی در همه کشورها بجز یک کشور شایع ترین اختلالات هستند و اختلالات خلقی در ردیف بعدی قرار دارند. (5)

رور مطالعات اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان از جمله ایران نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات به علت متنوع بودن ابزار مورد استفاده، تفاوت در روش نمونه گیری، متفاوت بودن تکنیکهای مصاحبه و طبقه بندی تشخیصی بسیار متفاوت برآورد شده است. اطلاعات بدست آمده از این مطالعات نشان می دهد که میزان شیوع این اختلالات در ایران از آمار سایر کشورها و گزارشات سازمان بهداشت جهانی کمتر نیست بطوریکه این میزان در سمنان 14.1% (6)، در کاشان 23.7% (7)، در اصفهان 19.9% (8) و در تهران 21.5% (9) می باشد.

چندین مطالعه اپیدمیولوژیک ارتباط آشکاری را بین سردردهای میگرنی و افسردگی نشان داده اند. بریسلاو (breslau) در مطالعه خود نشان داد که خطر شروع میگرن در اشخاص با سابقه اختلال افسردگی ماژور 3 برابر بیشتر از افرادی است که سابقه افسردگی ماژور ندارند. به علاوه خطر شروع افسردگی ماژور در اشخاص با سابقه میگرن 5 برابر بیشتر از افرادی است که سابقه سردرد ندارند. (10)

با این وجود تعداد کمی از مطالعات به بررسی شیوع میگرن در میان افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی پرداخته اند. (11)

در این مطالعه به بررسی فراوانی انواع سردرد و عوامل موثر بر آن در اختلالات روانپزشکی پرداخته شده است.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی تعداد 175 نفر از خانمهای مبتلا به اختلالات روانپزشکی مراجعه کننده به بیمارستان 22 بهمن که سن بیشتر از 15 سال داشته و به یکی از اختلالات روانپزشکی بر اساس DSM4 مبتلا بودند به روش نمونه گیری آسان وارد مطالعه شده اند.

کلیه خانمهایی که براساس معیارهای DSM4 به یکی از اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی عمده، اختلال اضطرابی منتشر، اختلالات وسواسی و اختلال دوقطبی مبتلا بودند از نظر وجود سردرد شرح حال گرفته و معاینه شدند و نوع سردرد براساس معیارهای انجمن بین المللی سردرد تشخیص داده شد سپس فراوانی سردرد در اختلالات روانپزشکی بطور کل و تک تک مشخص شد و این فراوانی در بیماریهای مختلف روانپزشکی با هم مقایسه شد و نقش سن و ارتباط اختلال روانپزشکی با نوع سردرد، فرکانس سردرد و شدت سردرد مقایسه شد.

در توصیف داده ها از جدول ها و شاخص های آماری مناسب مانند میانگین و ... استفاده شده است و جهت مقایسه گروه ها از آزمونهای آماری chi-square استفاده گردید. نرم افزار مورد استفاده SSPS V.18 بود و سطح معنی داری آزمونها کمتر از 5٪ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه 175 نفر با میانگین سنی 38.2 سال شرکت کردند که کمترین سن 16 سال و بیشترین سن 75 سال بوده و انحراف از معیار 0/96 میباشد.

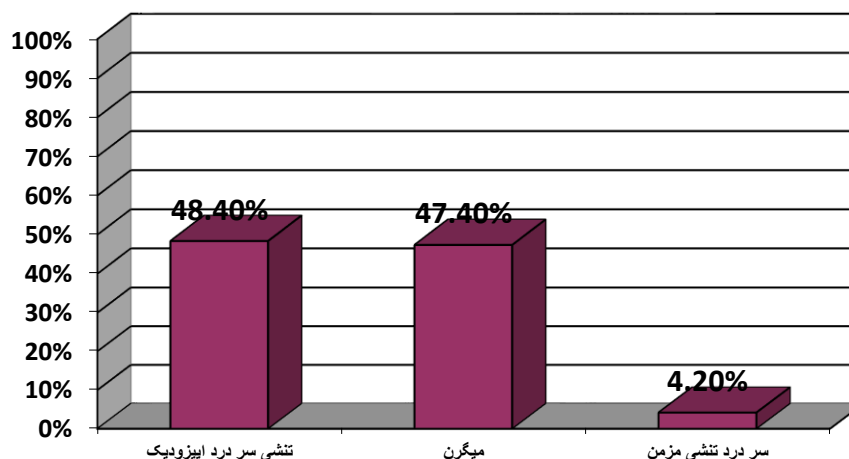
توزیع فراوانی انواع اختلالات روانپزشکی در شرکت کنندگان پژوهش به ترتیب شامل اختلال افسردگی ماژور در 62 نفر (35/4 درصد)، اختلال دوقطبی در 39 نفر (22/3 درصد)، اختلال اضطرابی منتشر در 17 نفر (9/7 درصد)، اسکیزوفرنی در 14 نفر (8 درصد)، اختلال وسواسی-جبری و افسردگی ماژور در 13 نفر (7/4 درصد)، اختلال وسواسی-جبری در 11 نفر (6/3 درصد)، افسردگی ماژور و اضطرابی منتشر در 11 نفر (6/3 درصد)، اختلال دوقطبی و وسواسی-جبری در 4 نفر (2/3 درصد)، اختلال حمله هراس در 2

نفر (1/1 درصد)، افسردگی ماژور و حمله هراس در 1 نفر (0/6 درصد) و افسردگی ماژور و اضطرابی منتشر و حمله هراس در 1 نفر (0/6 درصد) است.

توزیع فراوانی زمان شروع اختلال روانپزشکی در 151 نفر (86/3 درصد) از شرکت کنندگان بیش از 6 ماه بوده، در 22 نفر (12/6 درصد) بین 1 الی 6 ماه و در 2 نفر (1/1 درصد) کمتر از یک ماه بوده است.

از نظر توزیع فراوانی سردرد در بیماران 80 نفر (45/7 درصد) از بیماران فاقد سردرد بوده اند در صورتی که 95 نفر از شرکت کنندگان (54/3 درصد) آنان دارای سردرد بوده اند.

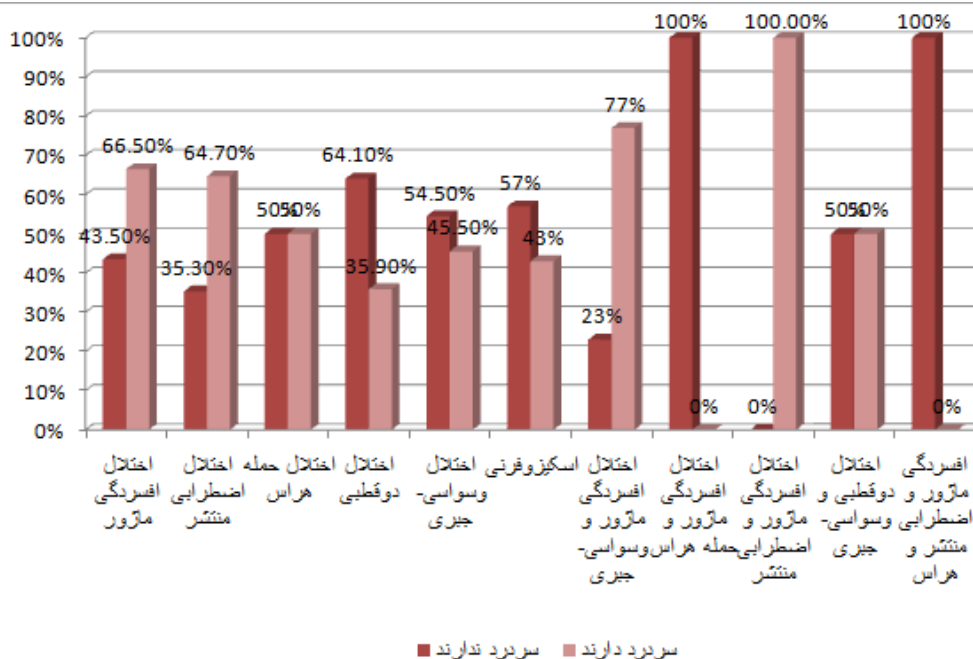
توزیع فراوانی انواع سردرد در بیماران طبق نمودار 1-1 بیشتر افراد مبتلا به سردرد تنشی ایپیزودیک (48/4٪) و میگرن (47/4٪) می باشند و 4/2٪ افراد مبتلا به سردرد تنشی مزمن هستند.



از نظر توزیع فراوانی انواع فرکانس های سردرد بر اساس روز در بیماران، 43 بیمار (45/3 درصد) کمتر از 4 روز در ماه فرکانس داشته، 41 نفر (43/2 درصد) بین 4 الی 15 روز فرکانس داشته و 11 نفر (11/6 درصد) بیش از 15 روز در ماه سردرد داشته اند.

نتایج همچنین نشان میدهند که بیشتر سردردها (67/4٪) بعد از اختلال روانپزشکی شروع می شوند و بقیه (32/6٪) قبل از اختلال روانپزشکی شروع می شوند.

از نظر شدت سردرد درد بین بیماران، در 6 نفر (6/3 درصد) خفیف، در 10 نفر (10/5 درصد) خفیف تا متوسط، در 34 نفر (35/8 درصد) متوسط، در 25 نفر (26/3 درصد) متوسط تا شدید و در 20 نفر (21/1 درصد) شدید گزارش شده است.



برای بررسی این فرضیه که بین سردرد و نوع اختلالات روانپزشکی ارتباط معنی دار وجود دارد، از آزمون کای-دو و تست دقیق فیشر استفاده می کنیم. با توجه به مقدار معنی داری آزمون دقیق فیشر ($p < 0/05$) نتیجه می گیریم که بین سردرد و نوع اختلالات روانی ارتباط معنی داری وجود دارد.

با توجه به جدول و نمودار 4-11 بیشترین سردرد در بیماران می باشد که بطور همزمان مبتلا به اختلال افسردگی مزبور و اختلال اضطرابی منتشر می باشند (100/0%).

بحث

تحقیقاتی که تا کنون درباره رابطه سردرد و اختلالات روانپزشکی صورت گرفته، بیشتر بر روی میگرد متمرکز بوده (54 و 55). و مطالعات اپیدمیولوژیک یک رابطه دوطرفه بین میگرن و اختلالات روانپزشکی نشان داده اند، به طوری که افراد افسرده بیشتر میگرن پیدا می کردند و میگرنی ها نیز بیشتر افسرده می شوند (56 و 57). درباره رابطه سردرد عصبی با افسردگی بررسی کمتری انجام شده و اگر چه رابطه آنها مشخص شده ولی این که افسردگی عامل سردرد عصبی باشد یا ریسک فاکتور آن باشد، مشخص نشده است. (58 و 59)

پژوهش حاضر با هدف تعیین فراوانی سردردهای اولیه در خانم های مبتلا به اختلالات روانپزشکی انجام شد. براساس نتایج بدست آمده میزان فراوانی انواع سردرد در خانمهای مبتلا به اختلالات روانپزشکی مراجعه کننده به بیمارستان 22 بهمن در سالهای 90-91 بدین صورت است که از 175 بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی، 95 بیمار (54/3%) سردرد داشتند که هیچ تفاوت واضحی در شیوع میگرن و سردرد تنشی در میان بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی وجود نداشت بطوریکه 46 بیمار (26/1%) سردرد تنشی اپیزودیک، 45 بیمار

(25/6%) میگرد و 4 بیمار (2/3%) سردرد تنشی مزمن داشتند و هیچیک از بیماران سردرد کلاستر نداشتند که نتایج مشابهی با مطالعه C. Marches و همکاران در سال 2002 که بر روی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد، دارد. این مطالعه نشان داد که 51/9% از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مبتلا به سردرد بودند که 22/5% آنها میگرد، 24/4% سردرد تنشی، 3/7% سردرد روانی و 1/2% سردرد کلاستر داشتند. (47) مطالعه حاضر نشان داد که 100% بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور همراه با اختلال اضطراب منتشر و 76/9% بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور همراه با اختلال وسواسی جباری مبتلا به سردرد بودند

مطالعه حاضر نتایج مشابهی با مطالعه Rhandi Senaratne و همکاران در سال 2010 دارد به طوریکه میگرد در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی که بطور همزمان به اختلالات روانپزشکی دیگر از جمله اختلال پانیک یا اختلال افسردگی مازور یا دیس تایمی مبتلا بودند، شیوع بیشتری دارد. (44)

در بررسی 175 بیمار خانم مبتلا به اختلالات روانپزشکی در این مطالعه، میانگین سنی افراد در گروه مورد (مبتلا به میگرد)، 38/2 سال گزارش شد که بیشترین فراوانی در محدوده سنی 31-40 سال می باشد.

مطالعه حاضر نتایج مشابهی با مطالعه موسوی سیدسجاد و همکاران در سال 1383 دارد. این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به بیشترین فراوانی میگرد در دهه چهارم زندگی (20/5%) بود. (51)

در بررسی زمان شروع سردرد، اکثر سردردها (67/4%) بعد از اختلال روانپزشکی شروع می شوند و بقیه (32/6%) قبل از اختلال روانپزشکی شروع می شوند که می تواند تاییدی بر نقش اختلال روانپزشکی در ایجاد یا تشدید سردرد باشد.

از میان 95 بیماری که سردرد داشتند، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور و اضطراب منتشر شیوع بالایی از ابتلا به سردرد را داشتند و بالاترین فراوانی سردرد در بیماران بود که افسردگی مازور با اضطراب داشتند. شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور 63/6% بود که هیچ تفاوت واضحی در شیوع میگرد و سردرد تنشی در میان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور وجود نداشت بطوریکه 29 بیمار (32.9%) سردرد تنشی اپیزودیک، 26 بیمار (29/5%) میگرد و 1 بیمار (1/2%) سردرد تنشی مزمن داشتند. از نظر بررسی فرکانس سردرد در این بیماران، تعداد حملات سردرد متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان فراوانی مربوط به افرادی بود که 4-15 روز سردرد در ماه را تجربه می کردند (معادل با 51/8% افراد). از نظر بررسی شدت سردرد در این بیماران از خفیف تا شدید متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان شدت سردرد مربوط به نوع شدید بود (معادل با 50% افراد).

مطالعه حاضر نتایج مشابهی با مطالعه C. Marches و همکاران در سال 2002 که بر روی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد، دارد. (47) این مطالعه نشان داد که 51/9٪ از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مبتلا به سردرد بودند که 22/5٪ آنها میگرن، 24/4٪ سردرد تنشی، 3/7٪ سردرد روانی و 1/2٪ سردرد کلاستر داشتند و هیچ تفاوت واضحی در شیوع میگرن و سردرد تنشی در میان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور، فاز افسردگی اختلال دوقطبی و اختلال کح خلقی وجود نداشت. ولی نتایج متفاوتی با مطالعه ای که توسط Steven C. Dilsaver و همکاران در سال 2006 انجام شد، وجود داشت بطوریکه وجود میگرن در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (54 درصد)، 2/9 برابر بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور (29 درصد) بوده و میگرن در سایر اختلالات روانپزشکی (14/2 درصد) شیوع کمتری نسبت به اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی مازور داشته است. (45) در حالیکه در مطالعه حاضر شیوع میگرن در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور نسبتاً بیشتری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دارد (29/5٪ در برابر 21٪). در مطالعه ای دیگر که توسط زهرا فارسی و همکاران در سال 1384 انجام شد حاکی از آن بود که 59٪ بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور، مبتلا به سردردهای میگرنی بودند

در مطالعه ای دیگر که توسط Samaan Z و همکاران در سال 2009 انجام شد حاکی از آن بود که تمام انواع سردرد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مازور شیوع بیشتری نسبت به گروه شاهد که بدون هیچ اختلال روانی بودند، داشتند و بیشترین ارتباط بین افسردگی و میگرن با او را بوده است. (43)

شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در مطالعه حاضر 37/2٪ بوده که از این میان میگرن شیوع بیشتری داشته بطوریکه 6 بیمار (13/9٪) سردرد تنشی اپیزودیک، 9 بیمار (21٪) میگرن و 1 بیمار (2/3٪) سردرد تنشی مزمن داشتند. از نظر بررسی فرکانس سردرد در این بیماران، متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان فراوانی مربوط به افرادی بود که کمتر از 4 روز سردرد در ماه را تجربه می کردند (معادل با 50٪ افراد). از نظر بررسی شدت سردرد در این بیماران از خفیف تا شدید متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان شدت سردرد مربوط به نوع شدید بود (معادل با 50٪ افراد)

مطالعه حاضر نتایج مشابهی با مطالعه McIntyre RS و همکاران در سال 2006 دارد. این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی شیوع نسبتاً بالاتری از میگرن را در مقابل جمعیت کلی داشتند (24/8٪ در مقابل 10/3٪) که همراهی این دو در زنان بیشتر بوده است. (48)

در مطالعه ای دیگر که توسط Ortiz A و همکاران در سال 2010 انجام شد، نشان داد که در مجموع 24/5٪ از بیماران BD دچار میگرن هستند که درصد مشابهی با مطالعه حاضر دارد و همراهی میگرن با BD II شیوع

بالاتری (8/34٪) نسبت به BD I دارد (19/1٪) و میگرن در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بخصوص II BD شایع است. ولی در مطالعه حاضر بررسی بطور جداگانه انجام نشده است.

در مطالعه ای دیگر که توسط FasmerOB و همکاران در سال 2001 انجام شد، نشان داد که میگرن در هر دو اختلال افسردگی تک قطبی و دو قطبی شایع بوده بطوریکه شیوع میگرن در افراد مبتلا به افسردگی تک قطبی 46٪ و در افراد مبتلا به اختلالات دو قطبی 44٪ بوده است و همچنین تفاوت قابل توجه بین دو زیر گروه اختلالات دو قطبی وجود دارد بطوریکه شیوع میگرن در گروه دو قطبی II (77٪) و در گروه دو قطبی I (14٪) می باشد. (52) در حالیکه در مطالعه حاضر شیوع میگرن در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی ماژور شیوع نسبتاً بیشتری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دارد (29/5٪ در برابر 21٪).

شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی 42/9٪ بود که 5 بیمار (35/7٪) سردرد تنشی اپیزودیک و 1 بیمار (7/2٪) میگرن داشتند. از نظر بررسی فرکانس سردرد در این بیماران، تعداد حملات سردرد از 1 تا 15 روز متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان فراوانی مربوط به افرادی بود که کمتر از 4 روز سردرد در ماه را تجربه می کردند (معادل با 66/7٪ افراد). از نظر بررسی شدت سردرد در این بیماران از خفیف تا شدید متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان شدت سردرد مربوط به نوع متوسط بود (معادل با 50٪ افراد). در حال حاضر مطالعه خاصی درباره ارتباط اسکیزوفرنی و سردرد وجود ندارد.

شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی 56/6٪ بود که 20٪ آنها سردرد تنشی اپیزودیک، 30٪ آنها میگرن و 6/6٪ آنها سردرد تنشی مزمن داشتند. شیوع ابتلا به سردرد در اختلال اضطرابی منتشر 64/7٪ بود که 23/3٪ از جمعیت کل آنها سردرد تنشی اپیزودیک، 34/9٪ آنها میگرن و 5/8٪ آنها سردرد تنشی مزمن داشتند. شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلالات وسواسی اجباری 45/5٪ بود که 40٪ آنها سردرد تنشی اپیزودیک، 40٪ آنها میگرن و 20٪ آنها سردرد تنشی مزمن داشتند می باشد. شیوع ابتلا به سردرد در بیماران مبتلا به اختلالات در پانیک 50٪ بود که 100٪ آنها میگرن داشتند ولی بدلیل تعداد کم بیمار قابل بررسی نمی باشد. از نظر بررسی فرکانس سردرد در این بیماران، تعداد حملات سردرد از 1 تا 15 روز متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان فراوانی مربوط به افرادی بود که کمتر از 4 روز سردرد در ماه را تجربه می کردند (معادل با 58/8٪ افراد). از نظر بررسی شدت سردرد در این بیماران از خفیف تا شدید متغیر بوده است. در این میان، بیشترین میزان شدت سردرد مربوط به نوع شدید بود (معادل با 47٪ افراد)

مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه Rhandi Senaratne و همکاران در سال 2010 نشان داد که فراوانی سردردهای اولیه در بیماران اضطرابی ما کمتر بود (64/7٪ در مقایسه با 86/7٪) و شیوع میگرن نیز کمتر بود (35/3٪ در مقایسه با 66/7٪) ولی سردرد تنشی در بیماران اضطرابی ما بیشتر بود (29/4٪ در مقایسه

با 20٪). (44) البته در مطالعه ما بیماران اضطرابی فقط اضطراب داشتند ولی در مطالعه آنها حدود نیمی از بیماران اضطراب همراه با افسردگی داشتند.

مطالعه ای که توسط Juliane P. P. Mercante و همکاران در سال 2010 انجام شد حاکی از آن بود که سردردهای اولیه بطور کلی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی منتشر واضحاً شایع تر و با شدت و فرکانس بیشتری نسبت به گروه شاهد که بدون اختلال روانی بودند، است. همچنین سردردهای میگرنی نیز به طور واضح در مقایسه با گروه شاهد شیوع بیشتری داشته ولی سردردهای تنشی در هر دو گروه مساوی بوده است. (42)

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که سردردهای اولیه در بیماران خانم مبتلا به اختلالات روانپزشکی شایع بوده و می تواند اثر مهمی بر کیفیت زندگی آنها داشته باشد و لازم است همان طور که از بیماران مبتلا به سردرد شرح حال روانپزشکی گرفته می شود از بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شرح حال سردرد گرفته شود تا قادر به درمان بهتر و موثرتر بیماران باشیم.

منابع

Cumbie SA, Conley VMC, Burman ME. Advanced Practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Advances in Nursing Science: Nursing Care Management*. 2004; 27: 70- 80.

2- Kaplan H, Sadouk B. *Abstract of clinical psychiatry*. First edition, publication of Hayyan. 1996;153-158.

3- Yasamy MT, Sardarpour Goudarzi SH, AminEsmaeeli M, Mahdavi N, Ebrahimpour A & et al. *practical Mental health for general And family particitioner*. publication of Aramesh. Tehran. 2005;67-72.

4- Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorder. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull. World Health Organ*. 2000; 78: 413-26.

5- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders. (ESEMEd)project. *Acta Psychiatr Scand Supp*. 2004;420: 21-7.

- 6- Afshari Monfared G, BAgheriyazdi SA, Bolhari J. Epidemiology of mental disorders among referrals to public health clinics in Semnan. *J teb & tazkieh*. 1997; 10- 15.
- 7- Palahang H, Nasr M, Barahani MT, Shah Mohammadi D. Epidemiology of mental illness in Kashan city . *ndisheh va Raftar J*.2003; 2: 19-27.
- 8- GHasemi GH R, Asadollahi GHA, Ahmadzadeh GH H, NAjmi B, PALahang H. Prevalence of mental disorders in Esfahan city, *research in medicine sciences J*.1996; 190- 4.
- 9- Noorbala AA, BAgheri yazdi SA. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city, *Hakim J*. 1999; 2: 212-24.
- 10- Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch K. Depression-migraine linked to major depression. *Neurology*. 2003; 60: 1308- 12.
- 11- Fasmer OB. The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia*. 2001; 21:894-899
- 12- Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. *Synopsis of psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott & Wilkins. 2007; 791-812.
- 13- Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. First edition. Oxford: Oxford University Press. 2003; 719-812.
- 14- Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2009; 2: 2197-40.
- 15- Merikange KR, Steven DE, Meridangas SR. Tyramine conjugation deficit in migraine and depression, *Journal of Biopsychiatry*. 1995; 38(11):730-736.
- 16- Pine D, Sicohen P, Brouch J. The association between major depression and headache, *Journal of psychopharmacology*. 1996; 6(3):153-156.
- 17- Breslau N, Schulte LR, Stewart WF. Headache and major depression. *Neurology*. 2000; 54(2): 308-313
- 18- Holroyd KA, Stensland M, Lipehik G. Psychosocial correlates and impact chronic tension- type headache, *Headache*. 2000; 40(1): 3-16.
- 19- Endicott NA. Psycho physiological correlate of bipolarity. *I Affect disord*. 1989; 17: 47-56

- 20- Gardner K. The genetic basis of migraine: how much do we know? *Can J Neural Sci.* 1999; 52:239-41
- 21- Gelernter J. Genetic of bipolar affective disorder: time of another reinvention? *Am J Hum Genetic.* 1995;56:1262-6.
- 22- Hargreaves RJ, Shepherd SL. Pathophysiology of migraine new insights. *Can J Neural Sci.* 1999;26:12-19.
- 23- Shiah IS, Ko HC, Lu RB. Platelet 5-HT and plasma MHPG level in patient with bipolar1 and bipolar2 depression and normal controls. *J Affect disord.* 1999; 52:101-10.
- 34- Merikangas KR, Stevens DE. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders. *Neurologic clinics.* 1997; 17: 93-100.
- 35- Robins L. management of headache medication. *Brain.* 2000; 4(2): 33-9.
- 26- Kjernisted K, Bleau P, Earle R, Kennedy S, Ungar T. Beyond the blues: effective management of anxiety and depression. *Medical post.* 2003; 39(43):31-7.
- 27- Wren FJ, Scholle SH, Heo J. Pediatric mood and anxiety syndroms in primary care: who gets identified? *Int J Psychiatry in medicine.* 2003/2004; 33(1): 16.
- 28- Hettema JM, Neale MC, Kendeler K S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorder. *The Am J Psychiatry.* 2001; 158(10): 1568-76
- 29- Lipton RB, Bigal ME. *Migraine and other Headache Disorders.* 1st ed. New York: Taylor & Francis group; 2006. p.1-54
- 30- Simon RP, Greenberg DA, Aminoff MJ. *Clinical neurology.* 7th ed. New York: McGraw Hill; 2009. p.85-90
- 31- Luis EM. Migraine Headache. *Am Fam Physician.* 2002; 1: 1-5.
- 32- Adams RD. Headache and other craniofacial pains. In: Adams and Victor's. *Principles of Neurology.* 9th ed. New York: McGraw Hill Company; 2001. p.181-83.
- 33- Lance YW. Headache and face pain: migraine. In: Swash M.; Oxbury Y. *Clinical Neurology.* 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1991. p.326-51.

34- Rasmussen BK, Stewart WF. Epidemiology of migraine. In: Olsen J, Tefelt P, Welch MA. The headache. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.p.227-35.

35- Goadsby PJ, Raskin NH. Headache.In:Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine.17th ed.New York:McGraw Hill.2008; 1: 96-101.

36- Rapoport AM. Advanced therapy of headache. 2nd ed. London: B.C. Decker, Hamilton Louis; 1999.p.25-28.

37- International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia. 2004;24(Suppl 1):8-152

38- Marcus DA. Migraine and tension type headaches: The questionable validity of current classification systems. Pain. 1992; 8(1): 28-36.

39- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. Headache in clinical practice. 2nd ed. London and York: Martin Dunitz; 2002.p.11-30.

40- سلطان زاده ا. بيماري هاي مغزو اعصاب و عضلات. تهران: نور دانش. 1380 ;199.

41- Holey E, Cook E. Therapeutic massage. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 33-92-94.

42- Mercante, JPP, Peres, MFP, and Bernik, MA. "Primary headaches in patients with generalized anxiety disorder." Journal of Headache Pain. 2011 June; 12(3): 331-338.

43- Samaan Z, Farmer A, Cradoch N, et al. "Migraine in recurrent depression: case-control study," Br J Psychiatry. 2009;194(4): 350-354.

44- R. Senaratne, M. Van Ameringen, C. Mancini, B. Patterson, and M. Bennett, "The prevalence of migraine headaches in an anxiety disorders clinic sample," CNS Neuroscience and Therapeutics. 2010;16(2):76-82.

45- Dilsaver SC, Franco Benazzi F, Oedegaard KJ, Fasmer OB, Akiskal KK, Akiskal HS. "Migraine headache in affectively ill Latino adults of Mexican American origin is associated with bipolarity," Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2009;11(6):302-306.

46- Ortiz, P. Cervantes, G. Zlotnik et al., "Cross-prevalence of migraine and bipolar disorder," Bipolar Disorders. 2010;12(4):397-403.

47- Marchesi C, De Ferri A, Petrolini N, et al. "Prevalence of migraine and muscle tension headache in depressive disorders," J Affect Disord. 1989;16:33-36.

48- R. S. McIntyre, J. Z. Konarski, K. Wilkins, B. Bouffard, J. K. Soczynska, and S. H. Kennedy, "The prevalence and impact of migraine headache in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey," Headache. 2006;46(6):302-306.

49- K. J. Oedegaard and O. B. Fasmer, "Is migraine in unipolar depressed patients a bipolar spectrum trait?" Journal of Affective Disorders. 2005;84(2): 233-242.

50- فارسی ز.، جباری م.، مرکزی مقدم ن.، "بررسی فراوانی سردردهای میگرنی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بستری در بیمارستان های تهران"، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. پاییز 84 ؛ 3(3) : 629 – 633.

51- موسوی س.، تقوی ا.، مرکزی مقدم ن.، جباری م.، " بررسی فراوانی سردردهای میگرنی در بیماران بستری با تشخیص اختلال دو قطبی تیپ یک در بیمارستان 501 ارتش"، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. پاییز 83 ؛ 2(3) : 395 – 399.

52- Fasmer OB, Oedegaard KJ. Clinical characteristics of patients with major affective disorders and comorbid migraine. World J Biol Psychiatry. 2001;2: 149-155

53- Dilsaver, SC et al. "Is a family history of bipolar disorder a risk factor for migraine among affectively ill patients?" Psychopathology. 2009;42(2):119.23.

54- Breslau N, Davis GC, Schultz LR, Peterson EL. Migraine and major depression. A longitudinal study. Headache. 1994;34:387-93.

55- Merikangas KR, Rasmussen BK. Migraine comorbidity. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 235-42.

56- Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia V, Welch KMA. Headache and major depression: is the association specific to migraine? Neurology. 2000;54:308-13.

57- Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KMA. Comorbidity of migraine and depression. Neurology. 2003;60:1308-12.

58- Lance JW. Mechanisms and management of headache. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993.p. 39-46.

59- Schoenen J, Wang W. Tension-type headache. In: Goadsby PJ, Silberstein SD, editors. Headache. Boston: Butterworth-Heinemann; 1997.p. 177–200.

Abstract

Background: epidemiological studies have shown that there is a mutual relationship between psychiatric disorders and headaches. So that people with psychiatric disorders are more suffer from headache and patients with headache are more suffer from mental disorders.

Objective: the aim of this study is determining prevalence of headache and its influencing factors in women with psychiatric disorders

Method: This study was a cross - sectional investigation. Participants in the study included 175 female patients with psychiatric disorders, which are selected by random sampling. Data was collected through questionnaire and interview. Depression was diagnosed according to DSM4. And headache was diagnosed according to IHS criteria.

Results: The mean age of the patients, was 38.2 year old and the highest frequency age range was 31-40 year old. Through 95 patients who had headache, patients with major depression and generalized anxiety disorder had the highest incidence of headaches. The prevalence of headache in patients with major depressive disorder was 63.6% that there was no significant difference in the prevalence of migraine and tension-type headache. The prevalence of headache in patients with anxiety disorders was 56.6%, that the most common headache was migrain. The prevalence of headache in patients with bipolar disorder was 37.2%, that the most common headache was migrain. The prevalence of headaches in patients with schizophrenia was 42.9%, that the most common headache was tension-type headache. most headaches (67.4%) start after the onset of psychiatric disorders that can confirm the role of creating or exacerbating headaches

Discussion and conclusion: Finally, this study indicated that female patients with psychiatric disorders are commonly suffer from headache and this can have a significant impact on their quality of life and this study shoes that as we take psychiatric story from patients with headach we should also take the headache histories from psychiatric patients, to treat patients better.

Key Words: Tension-type headache, Migraine, Major depression disorder, Anxiety disorder