

Prevalence of depression and severity of headache symptoms in patients with tension headache and migraine

Mohammad Keshavarzi¹, Siamak Afshin-Majd^{2*}, GholamHossein Ghaedi²

1. Medical Faculty, Shahed University, Tehran, Iran
2. Neurophysiology Research Center, Shahed University, Tehran, Iran

* Corresponding author e-mail: Safshinmajd@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Headache is the most chief complain in neurology clinics and most people experience it in their lifetime. The aim of this study was to analyze prevalence of depression and severity of headache symptoms in patients with tension headache and migraine.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 150 patients who referred to the neurology clinic of Shahid Mostafa Khomeini hospital with chief complain of headache were included and the neurologist diagnosed type of headache by International Health Society (IHS) criteria. Then, patient completed Beck Depression Inventory for evaluation of depression severity.

Results: Tension headache was seen in 42 patients (33.6%) and 83 patient (66.4%) diagnosed with migraine headache. The study showed that there was no significant difference between these groups (tension and migraine headache) regarding their age, smoking, degree of education, occupation and frequency of headache but there was significant difference about gender ($P=0.023$). Also, a significant difference was seen in type, intensity and duration of headache between the two groups ($P=0.03$, $P=0.001$, and $P=0.006$, respectively).

Conclusion: This study demonstrated a high prevalence of depression among migraine headache as compared to tension headache. Intensity of migraine headache was more than tension headache in different severity of depression but also tension headache with short duration was more related to depression than migraine headache.

Keywords: Migraine, Duration of headache, Frequency of headache, Intensity of headache, Depression

Received: Jan 01, 2023

Revised: Jun 10, 2023

Accepted: Jun 24, 2023

How to cite this article: Keshavarzi M, Afshin-Majd S, Ghaedi GH. Prevalence of depression and severity of headache symptoms in patients with tension headache and migraine Daneshvar Medicine 2023; 31(2):16-23. doi: 10.22070/DANESHMED.2023.17195.1309

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی فراوانی افسردگی و شدت علائم سردرد در بیماران مبتلا به سردرد تنشی و میگرن

محمد کشاورزی^۱، سیامک افشین مجد^{۲*}، غلامحسین قاندي^۲

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات نوروفیزیولوژی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

Email: Safshinmajd@yahoo.com

*نویسنده مسئول: سیامک افشین مجد

چکیده

مقدمه و هدف: سردرد شایع‌ترین علت مراجعه به پزشکان مغز و اعصاب است و اکثر افراد در طول زندگی آن را تجربه می‌کنند. هدف از انجام این پژوهش بررسی فراوانی افسردگی و علائم سردرد از جمله شدت، مدت و تعداد دفعات تکرار آن در دو گروه سردرد تنشی و میگرن است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۱۵۰ بیمار که با شکایت از سردرد به درمانگاه نورولوژی بیمارستان شهید مصطفی خمینی مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند و نوع سردرد توسط متخصص مغز و اعصاب بر اساس کرایتیریا International Health Society و شدت افسردگی بر اساس پرسشنامه Beck Depression Inventory که توسط بیمار تکمیل شد، مشخص شده است.

نتایج: از میان ۱۲۵ بیمار باقی‌مانده در مطالعه ۴۲ نفر (۳۳٫۶ درصد) مبتلا به سردرد تنشی و ۸۳ نفر (۶۶٫۴ درصد) سردرد میگرنی داشتند. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه سردرد (تنشی و میگرنی) از نظر سطح تحصیلات، شغل، سن، مصرف سیگار و دفعات تکرار سردرد وجود ندارد. اما در مورد جنسیت تفاوتی معنادار وجود داشت (P=0.023). همچنین تفاوتی معنادار در مورد نوع، شدت و مدت سردرد دیده شد (به ترتیب P=0.001 و P=0.006).

نتیجه‌گیری: شدت افسردگی در بین بیماران با سردرد میگرنی بیش از سردرد تنشی است. شدت سردردهای میگرنی در شدت‌های متفاوت افسردگی بیش از سردردهای تنشی بود، اما میان افرادی که سردردهایی به مدت کمتر از ۲۴ ساعت داشتند، سردردهای تنشی بیش از میگرنی با افسردگی مرتبط بود.

واژه‌های کلیدی: میگرن، مدت سردرد، شدت سردرد، دفعات تکرار سردرد، افسردگی

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۱۱

اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۳

مقدمه

سردرد یکی از رایج‌ترین مسائلی است که پزشکان با آن روبه‌رو می‌شوند. سالانه ۲۴ میلیون نفر در آمریکا و ۱/۴ میلیارد در سراسر جهان از حمله سردرد رنج می‌برند. بر اساس پژوهش‌ها مشخص شده است که ۹۱ درصد افراد در طول زندگی، یک یا چند بار یکی از اشکال سردرد را تجربه می‌کنند. سردردها به دو گروه سردردهای اولیه و سردردهای ثانویه تقسیم می‌شوند. سردردهای اولیه دردهایی هستند که بدون وجود آسیب و یا اختلالی در ساختمان‌های حساس به درد جمجمه و گردن به وجود می‌آیند. برخلاف سردردهای اولیه، سردردهای ثانویه را می‌توان به شرایط بیماری‌زا مانند عفونت، بدخیمی‌ها و غیره نسبت داد (۱-۳). ۹۰ درصد سردردها از نوع اولیه هستند. سردرد دارای اشکال بسیار متنوعی است، اما دو نوع اصلی آن در مراجعات سرپایی سردردهای میگرنی و سردردهای تنشی هستند (۱). به دلیل شیوع سردرد و تأثیرات منفی که بر زندگی فردی و اجتماعی افراد مبتلا می‌گذارد، این اختلال همواره مورد بررسی و پژوهش محققان قرار گرفته و متخصصان بالینی تلاش‌های زیادی برای شناسایی، تشخیص و درمان این بیماری کرده‌اند. افراد مبتلا به سردرد بیش از افراد سالم احتمال ابتلا به انواع اختلالات روان‌شناختی را دارند. از حدود ۳۰ سال پیش تاکنون ارتباط سردرد و افسردگی در بررسی‌های علمی نشان داده شده و همبودی سردرد با افسردگی هم در نمونه‌های بالینی و هم در جمعیت عادی به‌طور شایع دیده شده است. بدیهی است که تعیین اینکه چه عواملی شدت افسردگی را در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن پیشگویی می‌کنند گامی مهم در برنامه‌ریزی اقدامات مؤثر درمانی در این بیماران است. هدف از انجام این پژوهش بررسی فراوانی افسردگی و علائم سردرد از جمله شدت، مدت و تعداد دفعات تکرار آن در دو گروه مهم از سردردهای مزمن (سردرد تنشی و میگرن) است (۴، ۵).

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت توصیفی و شامل بیمارانی بود که با شکایت از سردرد به درمانگاه شهید مصطفی خمینی تهران، برای ویزیت توسط متخصص مغز و اعصاب مراجعه کرده بودند. معیار ورود به مطالعه بیماران بالای ۱۸ سال بود که با تشخیص متخصص مغز و اعصاب به یکی از انواع سردرد تنشی یا میگرن مبتلا بودند که این تشخیص بر اساس کرایترای تشخیصی منتشر شده International Health Society (IHS) است (۶). ملاک‌های عدم حضور در مطالعه عبارت‌اند از: ابتلا به سایر انواع سردردهای مزمن، ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا اختلالات روانی به‌جز افسردگی و مصرف داروهای ضدافسردگی یا سردرد که توسط پزشک تجویز شده باشد. ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا اختلالات روانی به‌جز افسردگی، با استفاده از نسخه فارسی پرسشنامه General Health Questionnaire (GHQ) و بررسی نتایج آن مشخص شد. در این پرسشنامه ۲۸ سؤال از بیمار درباره وضعیت روان که طی یک ماه اخیر تجربه کرده است سؤال می‌شود و پاسخ‌های ۴ گزینه‌ای متناسب با هر سؤال وجود دارد. سؤالات آن دربرگیرنده چهار خرده‌مقیاس بوده که هر یک از آنها خود شامل ۷ سؤال است. سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. سؤالات ۸ تا ۱۴ مربوط به مقیاس اختلال اضطرابی و خواب، سؤالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و سؤالات ۲۲ تا ۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی هستند. طبق روش نمره‌دهی لیکرت هر سؤال بین ۰ تا ۳ نمره دارد. در این سیستم نمره‌دهی، بیمارانی که مجموع نمراتشان در هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها بیش از ۹ باشد، نشان‌دهنده اختلال در آن حوزه است. بیمارانی که در هر کدام از ۳ خرده‌مقیاس ابتدایی اختلال داشتند از مطالعه حذف شدند. این امکان برای بیماران فراهم بود که در صورت تمایل راه ارتباطی در انتهای پرسشنامه ذکر کنند که نتیجه پرسشنامه‌ها برایشان ارسال شود و در صورتی که نتایج پرسشنامه‌ها احتمال وجود اختلال روان‌پزشکی را می‌دادند، آنها را جهت بررسی بیشتر به متخصص اعصاب و روان ارجاع می‌دادیم. از نسخه فارسی پرسشنامه Beck Depression Inventory (BDI) برای بررسی شدت

پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش دوباره‌سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ بررسی شد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل شد (۸).

در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS Statistics 26 و آزمون‌های کای اسکوتر، یو من ویتنی، فیشر، رگرسیون لجستیک چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مجموع ۱۵۰ بیمار وارد مطالعه شدند که از بین آنها ۲ نفر به علت مصرف دارو برای سردرد (میگرنی)، ۷ نفر به علت اینکه تحت درمان افسردگی بودند و ۱۶ نفر هم به دلیل اختلال در پرسشنامه GHQ از مطالعه حذف شدند.

افسردگی در بیماران استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه جمله است که هر سؤال بیان‌کننده حالتی در فرد است و فرد باید گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس وی را در همان لحظه نشان می‌دهد. هر بخش بین صفر تا ۳ نمره دریافت می‌کند و بر اساس اینکه مجموع نمرات چقدر می‌شود درجه افسردگی فرد چهار گروه تقسیم شدند: minimal range 0–13, mild depression 14–19, moderate depression 20–28, severe depression 29–63.

تشکری و مهریار در پژوهش خود (۱۳۷۳) اشاره کردند که ضریب پایایی پرسشنامه BDI در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهابزاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۷). تقوی در سال ۱۳۸۰ اعتبار

جدول ۱. آماره‌های توصیفی تحلیلی شاخص جمعیت‌شناختی تحصیلات در جامعه مورد مطالعه

سطح معناداری	تنشی (۸۳)		میگرن (۴۲)		رده	متغیر کیفی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۲۸۵	۲۴/۱	۲۰	۳۱	۱۳	دیپلم و کمتر	تحصیلات
	۴۹/۴	۴۱	۵۴/۸	۲۳	فوق دیپلم و لیسانس	تحصیلات
	۲۶/۵	۲۲	۱۴/۲	۶	فوق لیسانس و بالاتر	تحصیلات

تحصیلات در هر دو گروه همگن بوده، پس می‌توان گفت سردردهای مزمن به تحصیلات وابسته نبوده است.

نتایجی که در ادامه ارائه می‌شود مربوط به ۱۲۵ نفری است که در مطالعه باقی ماندند. جدول ۱ بیانگر این است که با استفاده از آزمون کای اسکوتر می‌توان گفت سطوح

جدول ۲. آماره‌های توصیفی تحلیلی شاخص جمعیت‌شناختی شغل در جامعه مورد مطالعه

سطح معناداری	تنشی (۸۳)		میگرن (۴۲)		رده	متغیر کیفی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۳۲۳	۱۸	۱۵	۷/۲	۳	آزاد	شغل
	۱۶/۹	۱۴	۹/۵	۴	بازنشسته و بیکار	شغل
	۲۷/۷	۲۳	۳۵/۷	۱۵	خانه‌دار	شغل
	۱۶/۹	۱۴	۲۱/۴	۹	دانشجو	شغل
	۲۰/۵	۱۷	۲۶/۲	۱۱	کارمند	شغل

تذکر: با توجه به کمبود فراوانی در گروه بازنشسته و بیکار این دو گروه در هم ادغام شد.

جدول ۲ بیانگر این است که با استفاده از آزمون کای اسکوتر می‌توان گفت سطوح شغلی در هر دو گروه همگن بوده پس می‌توان گفت سردردهای مزمن به شغل وابسته نبوده است.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی تحلیلی شاخص جمعیت‌شناختی سن در جامعه مورد مطالعه

متغیر کمی	میگرن (۴۲)		تنشی (۸۳)		سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۳۷/۸۳	۱۲/۷۷	۳۸/۳۱	۱۳/۷۹	۰/۹۱۳

جدول ۳ بیانگر این است که دامنه سنی در جامعه مورد مطالعه ۱۹ تا ۷۰ سال بوده و از توزیع نرمال برخوردار نبوده است؛ از این رو با استفاده از آزمون یو من ویتنی می‌توان گفت دو گروه از منظر متغیر سن همگن بوده، پس می‌توان گفت سردردهای مزمن به سن وابسته نبوده است.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی تحلیلی شاخص جمعیت‌شناختی جنسیت در جامعه مورد مطالعه

متغیر کیفی	رده	میگرن (۴۲)		تنشی (۸۳)		Odds. Ratio
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۱۳	۳۱	۵۳	۴۴	۲/۵
	زن	۲۹	۶۹	۳۹	۴۷	

جدول ۴ بیانگر این است که با استفاده از آزمون دقیق فیشر می‌توان گفت سطوح جنسیت در هر دو گروه همگن نبوده پس می‌توان گفت سردردهای مزمن به جنسیت وابسته بوده است. سردرد تنشی در مردان و سردرد میگرنی در زنان زیادتر بوده و شاخص این رخداد ۲/۵ برابر بیشتر است.

جدول ۵. آماره‌های توصیفی تحلیلی ارتباط شدت افسردگی بر حسب سردرد مزمن در جامعه مورد مطالعه

متغیر کیفی	رده	میگرن (۴۲)		تنشی (۸۳)		Odds. Ratio
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شدت افسردگی	حداقل - مرجع	۲۰	۴۷/۶	۵۹	۷۱/۱	۰/۴۰
	خفیف	۱۱	۲۶/۲	۱۳	۱۵/۷	
	متوسط و شدید	۱۱	۲۶/۲	۱۱	۱۳/۲	

جدول ۵ بیانگر این است که با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک چندمتغیره با مرجعیت شدت افسردگی حداقل می‌توان گفت شدت افسردگی با نوع سردرد مزمن ارتباط دارد. البته این ارتباط فقط بین افسردگی حداقل با شدت متوسط و شدید است. در نوع سردرد میگرن شدت افسردگی متوسط و شدید بیش از سردرد تنشی است و در شدت افسردگی حداقل با خفیف نوع سردرد تأثیرگذار نبوده است.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی تحلیلی شیوع مصرف سیگار بر حسب سردرد در جامعه مورد مطالعه

متغیر کیفی	رده	میگرن (۴۲)		تنشی (۸۳)		Odds. Ratio
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سیگار	خیر	۳۶	۸۵/۷	۷۵	۹۰/۴	۰/۳۱
	بلی	۶	۱۴/۳	۸	۹/۶	

جدول ۶ بیانگر این است که با استفاده از آزمون دقیق فیشر می‌توان گفت سطوح مصرف سیگار در هر دو گروه همگن نبوده پس می‌توان گفت سردردهای مزمن به مصرف سیگار وابسته نبوده است. سردرد میگرنی در افراد سیگاری بیش از سردرد تنشی بوده، اما این افزایش معنادار نبود.

جدول ۷. مقایسه ارتباط شدت افسردگی با شدت سردرد بر حسب نوع سردرد مزمن در جامعه مورد مطالعه

متغیر کیفی	رده	شدت سردرد در نوع میگرن (۴۲)		شدت سردرد در نوع تنشی (۸۳)		سطح معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شدت افسردگی	حداقل	۶/۰۵	۱/۶۰	۵/۰۳	۱/۷۴	۰/۰۲
	خفیف	۷/۳۶	۱/۷۴	۴/۴۶	۱/۳۳	
	متوسط و شدید	۵/۸۲	۰/۹۸	۳/۹۱	۰/۹۴	

جدول ۷ بیانگر این است که شدت افسردگی بر حسب شدت سردرد در دو گروه از توزیع نرمال برخوردار نبوده است، از این رو با استفاده از آزمون یو من ویتنی می‌توان گفت شدت سردرد در نوع میگرنی در هر سه نوع افسردگی حداقل، خفیف، متوسط و شدید بیش از نوع تنشی بوده است.

جدول ۸ مقایسه ارتباط شدت افسردگی با دفعات تکرار سردرد بر حسب نوع سردرد مزمن در جامعه مورد مطالعه

متغیر کیفی	رده	شدت سردرد در نوع میگرن (۴۲)		شدت سردرد در نوع تنشی (۸۳)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت افسردگی	حداقل	۶/۰۵	۱/۶۰	۵/۰۳	۱/۷۴
شدت افسردگی	خفیف	۷/۳۶	۱/۷۴	۴/۴۶	۱/۳۳
شدت افسردگی	متوسط و شدید	۵/۸۲	۰/۹۸	۳/۹۱	۰/۹۴

جدول ۸ بیانگر شدت افسردگی بر حسب دفعات تکرار سردرد در دو گروه است با استفاده از آزمون کای اسکوئر می‌توان گفت در هر سه نوع افسردگی حداقل، خفیف و متوسط، دفعات تکرار سردرد در کمتر از یک‌بار در ماه و بیش از یک‌بار در ماه بر حسب نوع سردرد مزمن همگن بوده و تفاوت معناداری نداشتند. لازم به توضیح است که با توجه به کمبود فراوانی در گروه بین ۱ تا ۴ بار در ماه با گروه بیش از یک‌بار در هفته ادغام شد.

جدول ۹ مقایسه ارتباط شدت افسردگی با مدت سردرد بر حسب نوع سردرد مزمن در جامعه مورد مطالعه

متغیر کیفی	رده	مدت کمتر از ۲۴ ساعت در میگرن (۲۷)		مدت کمتر از ۲۴ ساعت در تنشی (۷۰)	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
افسردگی	حداقل	۹	۳۳/۳	۴۸	۶۸/۶
افسردگی	خفیف	۱۱	۴۰/۷	۱۲	۱۷/۱
افسردگی	متوسط و شدید	۷	۲۶	۱۰	۱۴/۳

متغیر کیفی	رده	مدت ۲۴ ساعت به بالا در میگرن (۱۵)		مدت ۲۴ ساعت به بالا در تنشی (۱۳)	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
افسردگی	حداقل	۱۱	۷۳/۳	۱۱	۸۴/۶
افسردگی	خفیف	۰	۰	۱	۷/۷
افسردگی	متوسط و شدید	۴	۲۶/۷	۱	۷/۷

جدول ۹ بیانگر شدت افسردگی بر حسب مدت سردرد در دو گروه است و با استفاده از آزمون کای اسکوئر می‌توان گفت در هر سه نوع افسردگی حداقل، خفیف و متوسط، مدت سردرد کمتر از ۲۴ ساعت در گروه سردرد تنشی بیشتر بوده اما در ۲۴ ساعت به بالا بین دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد. لازم به توضیح است که با توجه به کمبود فراوانی در گروه حداکثر یک ساعت با گروه چند ساعت این دو گروه در هم ادغام شدند. همچنین گروه یک شبانه‌روز با گروه بیش از ۲۴ ساعت نیز به دلیل کمبود فراوانی در هم ادغام شدند.

بحث

در مطالعه حاضر فراوانی شدت افسردگی و علائم سردرد از جمله شدت، مدت و تعداد دفعات تکرار آن در دو گروه مهم از بیماران با سردردهای میگرنی و تنشی مورد بررسی قرار گرفت. در میان ۱۲۵ بیماری که در مطالعه باقی ماندند ۴۲ نفر (۳۳/۶ درصد) مبتلا به سردرد تنشی و ۸۳ نفر (۶۶/۴ درصد) سردرد میگرنی داشتند. یافته‌های ما نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه سردرد تنشی و سردرد میگرنی بسیار واضح بود. در مطالعه توماس و

سردرد میگرنی از نظر سطح تحصیلات، شغل و سن وجود ندارد. مصرف سیگار در بین بیماران مبتلا به سردرد تنشی بیش از بیماران با سردرد میگرن بود اما این تفاوت معنادار نبود. همچنین تعداد دفعات سردرد در بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت اما در مورد جنسیت تفاوتی معنادار بین دو گروه وجود داشت و سردرد تنشی میان مردان بیشتر دیده می‌شد و سردرد میگرنی بین زنان بیشتر بود که این تفاوت در مورد میگرن بسیار واضح بود. در مطالعه توماس و

(۱۴). همان‌طور که ذکر شد در بیشتر مطالعات که به مقایسه شیوع افسردگی در بین انواع سردردهای اولیه پرداخته بودند، نتایج مشابه پژوهش ما بود و افسردگی در بین بیماران با سردرد میگرن بیش از بیماران با سردرد تنشی دیده شده است. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که شدت سردرد در بیماران با سردرد میگرنی در هر میزان از شدت‌های افسردگی (حداقل، خفیف، متوسط و شدید) بیش از نوع تنشی بوده است. در بیماران با مدت سردرد کمتر از ۲۴ ساعت، شدت افسردگی بین بیماران با سردرد تنشی بیش از سردرد میگرنی بود و در بیماران با سردرد به مدت بیش از ۲۴ ساعت تفاوتی معنادار بین انواع سردرد دیده نشد. مشابه این یافته در مطالعات گذشته دیده نمی‌شود و شاید نشان دهد که با وجود آنکه بیشتر مطالعات به سمت ارتباط میگرن و افسردگی سوق پیدا کرده‌اند، اما شاید در برخی از انواع سردردهای مزمن ارتباط به‌مراتب بیشتری (نسبت به میگرن) با افسردگی وجود داشته باشد و تمرکز مطالعات بر ارتباط سردرد میگرنی با افسردگی و پیدا کردن عوامل مؤثر در این رابطه منجر به نادیده‌گرفتن انواع دیگر سردرد شود و شاید عاملی که محدود به نوع سردرد نباشد در این مسئله دخیل باشد و نادیده گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.SHAHED.REC.1400.077 توسط کمیته اخلاق دانشگاه شاهد تایید و انجام شد.

تعارض و منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضادی در منافع وجود ندارد.

همکاران هم سردرد میگرنی میان زنان و سردرد تنشی بین آقایان بیشتر دیده شد (۹). دیگر یافته‌ها نشان داد که شدت افسردگی با نوع سردرد ارتباط دارد و در بین بیماران با سردرد میگرنی شدت افسردگی (متوسط و شدید) بیش از بیماران با سردرد تنشی دیده می‌شود. در مطالعه اکبرزاده و همکاران هم میانگین نمره افسردگی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی بیش از بیماران با سردرد تنشی و گروه کنترل بود (۱). در مطالعه دسوکی، فالاوینگا و توماس هم شدت افسردگی در بین مبتلایان به سردرد میگرنی بیش از انواع دیگر سردردهای اولیه ذکر شده بود (۹-۱۱). اما در مطالعه شایگان و همکاران شدت افسردگی در بیماران مبتلا به میگرن در مقایسه با سایر انواع سردرد کمتر بود که علت آن می‌تواند استفاده از پرسشنامه متفاوت برای بررسی شدت افسردگی (در این مطالعه از Patient Health Questionnaire استفاده شده) و شرح حالی هم از سابقه قبلی افسردگی و داروهای مصرفی بیمار گرفته نشده است (۱۲). از طرفی در مطالعه شاکری و همکاران با وجود آنکه افسردگی در بین مبتلایان به سردردهای مزمن، به شکل معناداری بیش از گروه کنترل بود اما تفاوت معناداری میان انواع سردرد (از جمله میگرن و تنشی) وجود نداشت (۱۳). دلیل تفاوت یافته‌های این مطالعه و مطالعه ما می‌تواند به نحوه بررسی نمرات آزمون BDI مرتبط باشد؛ زیرا در مطالعه شاکری و همکاران نمره بالاتر از ۱۶ را ملاک افسردگی در نظر گرفتند. حال آنکه در مطالعه حاضر شدت افسردگی در چهار حالت گزارش شد و همان‌طور که اشاره شد، تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه سردردهای تنشی و میگرنی مربوط به شدت‌های متوسط و شدید افسردگی بود. در مطالعه زوارت و همکاران هم ارتباط معنادار بین افسردگی و سردرد دیده شد اما بین انواع سردرد تفاوت معناداری دیده نشده بود

منابع

1. Akbarzadeh d, rajabzadeh a, aminibayrami h, mohamadzadeh a. Comparing the mean score of Depression, sleep quality and resiliency in patients with Migraine and Tension type headaches with healthy individuals. *Journal of Anesthesiology and Pain* 2015;6(2):32-41.
2. Ebrahimi F, Najmi Varzaneh F, Mohammadi Y, Razaghi Jahromi S, Najmi Varzaneh F, Togha M. Migraine and Tension Type Headaches among the Medical Staffs in Sina Hospital, Tehran, Iran. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam* 2018;6(2):25-30.
3. Roger P Simon DAG, Michael Jeffrey Aminoff. *Clinical Neurology*. 10th edition ed: McGraw Hill / Medical 2017; 448.
4. Vuralli D, Wattiez AS, Russo AF, Bolay H. Behavioral and cognitive animal models in headache research. *The Journal of Headache and Pain* 2019;20(1):11.
5. Farnam AR, Arfaei A, Nouhi S, Azar M, Shafiei kandjani AR, Imani S, et al. Relationship between depression and degree of pain feeling in patients with migraine headache. *International Journal of Behavioral Sciences* 2008; 2(2):143-148.
6. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (beta version) ICHD-3beta: Cephalalgia Cephalalgia 2013; 33(9):629-808. doi: 10.1177/0333102413485658.
7. Sayyar khesmakhi S, Mohammadian ghezalghabr R, Davoodi MR, Ahmadi M, Ghanbari MR. Investigation of symotoms of depression, anxiety, smoking and risk decision making in students with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Research in Medicine* 2019;43(4):258-63.
8. Taghavi SMR. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of shiraz university. *Journal of Lampl C, Thomas H, Tassorelli C, Katsarava Z, Láinez JM, Lantéri-Minet M, et al. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. The Journal of Headache and Pain* 2016;17:59.
9. Falavigna A, Teles AR, Braga GL, Conzatti LP, Ruschel LG, Silva PG. Association between primary headaches and depression in young adults in southern Brazil. *Journal of the Brazilian Association* 2013;59(6):589-93.
10. Desouky DE, Zaid HA, Taha AA. Migraine, tension-type headache, and depression among Saudi female students in Taif University. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 2019;94(1):7.
11. Shaygan M. Intensity of depression, its predictive and mediating factors in the patients with chronic headache. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2017;22(2):110-9.
12. Shakeri J, Ebrahimei E, Mousavi S. Depression and Primary Headache Symptoms Comorbidity. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2016;25(98):80-8.
13. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Ødegård KJ, Dahl AA, Bovim G, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *European Journal of Neurology* 2003;10(2):147-52.