

ارتباط سردرد میگرنی با شیوه زندگی زنان

دکتر محبوبه صفوی^۱ *فاطمه نظری^۲ دکتر محمود محمودی مجدآبادی^۳

چکیده

زمینه و هدف: میگرن شایع ترین سندرم سردرد اولیه بدون هیچ گونه علت پاتولوژیکی خاص می باشد که بر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی، و کیفیت زندگی از حیث سلامتی و بهداشتی اثر منفی می گذارد و شیوع سردرد میگرنی در زنان موضوع بسیار مهم در سلامت محسوب می شود. دفعات کم بروز سردرد با علل ارگانیک مطرح کننده این مسئله است که عوامل محیطی و فردی احتمالاً عامل تعیین کننده ای در شیوع و بروز میگرن می باشند. هدف این مطالعه تعیین ارتباط سردرد میگرنی با شیوه زندگی زنان مراجعه کننده به درمانگاه های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه تحلیلی موردشاهدی است که در آن ۱۷۰ نفر از جامعه پژوهش مورد و شاهد با روش نمونه گیری تصادفی پوآسون انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه مورد در این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سردرد مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب مراکز درمانی الزهرا، و نور شهر اصفهان (که ابتلای آن ها به میگرن بر مبنای معیار جامعه بین المللی سردرد توسط متخصص مغز و اعصاب مسجل شده باشد) و جامعه شاهد شامل کلیه زنان غیر مبتلا به سردرد میگرن که دارای شرایط و معیار ورود به مطالعه و شرایط مشابه ای از نظر محل سکونت با گروه مورد را داشته، بودند. روش گردآوری داده ها مصاحبه و ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه محقق ساخته بود که پس از تعیین اعتبار علمی به روش اعتبار محتوی و اعتماد علمی به روش آزمون مجدد مورد استفاده قرار گرفت. سپس اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون های تی مستقل و مجذور خی، آزمون دقیق فیشر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد بین برخی از ابعاد شیوه زندگی مثل وضعیت تغذیه و عادات غذایی ($P=0/01$)، الگوی خواب و استراحت ($P=0/012$)، الگو و عادات مصرف دارو ($P=0/01$) با ابتلا به سردرد میگرنی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. ولی بین استعمال دخانیات، الگوی فعالیت و ورزش و میزان مواجهه با استرسورهای زندگی با ابتلا به سردرد میگرنی تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش ضرورت دارد بر اهمیت تغییر و اصلاح شیوه زندگی در ابعاد خواب و استراحت، تغذیه و مصرف داروها به منظور پیشگیری از حملات سردرد و مصرف نابجای مسکن ها و بالطبع کاهش بروز عوارض ناشی از مصرف داروها در مبتلایان به سردرد میگرنی تاکید بیشتری گردد و بررسی شیوه زندگی و رفتارهای سلامتی بایستی در اولویت خدمات بهداشتی درمانی قرار گیرد.

کلیدواژه ها: سردرد میگرنی - شیوه زندگی - عادات غذایی - فعالیت فیزیکی - خواب - استراحت

تاریخ دریافت: ۸۶/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۸۷/۷/۲۶

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ کارشناس ارشد گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، خیابان هزار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران (مؤلف مسؤول)

^۳ استاد گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

مقدمه

میگرن یکی از متداول ترین انواع سردرد در همه جوامع بشری از جمله ایران می باشد که می تواند تمام ابعاد زندگی شخصی و اجتماعی و کاری بیمار را تحت تاثیر قرار دهد.^(۲،۱) در تحقیق اخیر سازمان بهداشت جهانی میگرن شدید به عنوان یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات مزمن در نظر گرفته شده است.^(۳،۴) سردرد از رایج ترین مشکلات سلامتی^(۵) و از مهم ترین موارد پزشکی در سلامت زنان می باشد.^(۶)

کلید پیشگیری از سردرد، مشخص کردن عوامل محرک و برانگیزاننده می باشد و این عوامل عمومیت نداشته و حتی یک عامل همیشه برانگیزاننده حمله در همان شخص نمی باشد.^(۸،۷) تعیین این عوامل کمک به تشخیص و توسعه پیشگیری می باشد بر اساس نظرات Hicky تغییر این عوامل در شیوه زندگی موجب کاهش وقوع بیماری و شدت بیماری می شود.^(۹،۱۰)

مطالعه ای که توسط Bic و همکاران در دانشگاه لیندا آمریکا انجام شد، نشان داد که میزان چربی و نوع کربوهیدرات رژیم غذایی با تعداد دفعات، شدت و مدت زمان حملات میگرن ارتباط دارد.^(۱۱) Gusi معتقد است که فعالیت فیزیکی یکی از اجزای شیوه زندگی است که نقش مهمی در کیفیت زندگی مردم ایفا می کند و نتایج مطالعه ای نشان می دهد که ۴۷/۲ درصد نشانه های میگرن با فعالیت فیزیکی برانگیخته می شود.^(۱۲،۱۳) استرس نیز یکی از عوامل خطر شیوه زندگی است به ویژه وقتی استرس شدید یا طولانی مدت باشد و شخص قادر به سازگاری مناسب با وقایع زندگی تنش زا نباشد، مطالعات نشان می دهد سطح و میزان استرس هایی که فرد متحمل می شود با بروز سردرد میگرنی مرتبط می باشد.^(۱۴،۱۵)

Perry و Potter می نویسند خواب و استراحت یکی از موارد مهم شیوه زندگی که در حفظ و ارتقاء سلامت جسمی و روانی مؤثر می باشد. نتایج مطالعه Miller نشان داد که بین مبتلایان به میگرن و گروه شاهد تفاوت آماری معنی داری از نظر طول مدت خواب، خواب آلودگی در طی روز و بیدار شدن های شبانه، تأخیر در شروع خواب وجود دارد.^(۱۶،۱۵) بعضی از مطالعات اپیدمیولوژیک بیانگر آن است که سیگار کشیدن بر الگوی سردرد مبتلایان به میگرن اثر دارد و شدت بالاتری از سردرد در بین سیگاری ها نسبت به غیر سیگاری ها گزارش شده اما هنوز اطلاعات کافی برای توسعه یک پیوند علیتی بین سیگار و بدتر شدن سردرد میگرنی وجود ندارد. سرپیچی کردن و عدم به کارگیری روش های پیشگیری موجب استفاده بیش از حد داروها برای سردرد می شود.^(۱۷،۷) Sheftell می نویسد ۴ الی ۵ درصد مردم به سردرد مزمن روزانه مبتلا هستند که حداقل ۵۰ درصد آن ها را مبتلایان به میگرن مزمن تشکیل می دهد و عوامل خطر پیشرفت سردرد مزمن روزانه اغلب در ارتباط با مصرف بیش از حد داروهای تجویز شده یا بدون نسخه خصوصاً مسکن ها، افزایش شاخص توده بدن، وقایع استرس آور زندگی و بیماری های همراه می باشد.^(۱۹،۱۸) نتایج مطالعات انجام شده شواهدی دال بر وجود ارتباط بین شیوه زندگی و سردرد وجود دارد به طوری که به نظر می رسد که بعضی عادات شیوه زندگی به عنوان عامل تسریع کننده در میگرن نقش دارند. در این رابطه نتایج پژوهش Vlajinac نشان داد که عوامل تغذیه نامنظم، مدت خواب کمتر از حد معمول و سیگار کشیدن بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز ارتباط معنی داری با ابتلا به میگرن دارد.^(۷) بنابراین داشتن آگاهی و درک عوامل خطر مربوط به بیماری

درمانی الزهرا، نور شهر اصفهان (که ابتلای آن‌ها به میگرن بر مبنای معیار جامعه بین المللی سردرد توسط متخصص مغز و اعصاب مسجل شده بود) و جامعه شاهد شامل کلیه زنان غیر مبتلا به سردرد میگرنی که دارای شرایط و معیار واحدهای مورد پژوهش و شرایط مشابه‌ای از نظر محل سکونت با گروه مورد داشته بودند. نمونه‌های این پژوهش (با دقت ۰/۰۵ و اعتماد ۹۵ درصد) به تعداد ۱۷۰ به تعداد نفر از جامعه پژوهش به روش تصادفی پوآسون در محدوده زمانی خرداد تا شهریور ماه ۱۳۸۵ انتخاب گردیدند. شرایط ورود به مطالعه برای واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد شامل مسجل شدن تشخیص بیماری با تایید پزشک متخصص بر مبنای معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد، آگاهی مددجویان از تشخیص بیماری خویش، ملیت ایرانی، فارسی زبان و ساکن شهر اصفهان با محدوده سنی ۱۸ الی ۵۰ سال بود و شرایط ورود به مطالعه برای گروه شاهد همه مشخصات گروه مورد بوده ولی نمونه‌های گروه شاهد باید به اظهار خود سالم و فاقد ابتلا به سردرد میگرنی می‌بودند. معیارهای عدم پذیرش در مطالعه شامل باردار بودن یا تحت درمان داروی ناباروری، یائسگی، مبتلا به میگرن قاعدگی، داشتن قاعدگی نامنظم، ابتلا به بیماری‌های شناخته شده آلرژیک، آسم، هیپوتیروئیدیسم، هیپرتانسیون، بیماری‌های قلبی، اختلالات گوارشی (پپتیک اولسر)، اختلالات تشنجی، سابقه ضربه به سر، عمل جراحی سینوس یا صورت و کرانیوتومی، ابتلا به اختلالات سایکوتیک شناخته شده (نوروزاضطراب و نوروز افسردگی) و بیماری جسمی مزمن بدخیم مانند سرطان و سایر بیماری‌هایی که استرس شدید جسمی و روحی به بیمار وارد می‌کند تحت رژیم غذایی چاقی و لاغری بود.

عامل مهمی در پذیرش رفتار سلامتی می‌باشد^(۱۵) و آموزش فردی و آموزش خانواده‌ها در مورد بهداشت و شیوه زندگی سالم برای ارتقاء سطح سلامتی و احساس خوب بودن لازم است.^(۲۰) بررسی شیوه‌های رفتاری و کار کردن با خانواده‌ها در جهت برنامه ریزی اصلاح شیوه زندگی به منظور تأمین اهداف سلامتی از نقش‌های مهم پرستاران محسوب می‌شود^(۱۹) و تلاش جهت بهبود کیفیت زندگی بیمار و اقدامات مربوط درد نیز در اولویت درمانی قرار دارد.^(۲۱) متخصصان معتقدند شیوه زندگی نقش بسیار حساسی در تندرستی و پیشگیری و درمان بیماری‌ها دارد لذا با توجه به اهمیت شیوه زندگی و همچنین بحران‌های اقتصادی در سیستم مراقبت بهداشتی نیاز مبرمی در اتخاذ یک سیاست کلی برای پیشگیری از بیماری‌ها احساس می‌شود،^(۲۲) بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با شدت و تکرار حملات میگرن زمینه مساعدی برای برنامه ریزی مناسب جهت تعدیل و کنترل عوامل محرک میگرن فراهم می‌نماید. لذا پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط سردرد میگرنی با شیوه زندگی زنان مراجعه کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گردید و اهداف ویژه این پژوهش تعیین ارتباط سردرد میگرنی با الگو و عادات غذایی، الگوی فعالیت فیزیکی و ورزش، الگوی خواب و استراحت، الگو و عادات مصرف دارو، استعمال دخانیات و میزان مواجهه با استرسورهای وقایع زندگی واحدهای مورد پژوهش بوده است.

روش بررسی

این پژوهش یک بررسی تحلیلی از نوع مورد - شاهدهی است. جامعه مورد در این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سردرد مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب مراکز

سپس پژوهشگر از بین همسایگان گروه مورد به فاصله ۱۰۰ متری از محل سکونت آنان، افراد گروه شاهد را در صورت داشتن مشخصات واحدهای مورد پژوهش به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه با مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون‌های تی مستقل و مجذور خی، آزمون دقیق فیشر) استفاده گردید. نرم افزار به کار گرفته شده در این پژوهش SPSS بود.

یافته‌ها

بنابر نتایج پژوهش ۷۶/۵ درصد گروه مورد دارای میگرن بدون Ora با تاریخچه مثبت خانوادگی بودند. مشخصات فردی دو گروه مورد و شاهد از نظر سن، تأهل، تحصیلات، درآمد و شاخص توده بدنی تفاوت آماری معنی داری نداشت، به عبارتی دیگر گروه مورد و شاهد از نظر این مشخصات همگون بودند. آزمون مجذور خی تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر وضعیت شغلی نشان داد ($P=0/041$). در خصوص متغیرهای مربوط به شیوه زندگی، یافته‌های پژوهش در ارتباط با الگو و عادات غذایی نشان داد که ۳۷/۶ درصد از گروه مورد، ۱۷/۶ درصد از گروه شاهد فاقد برنامه غذایی منظم بوده ($P=0/004$) و ۳۷/۶ درصد گروه مورد و ۲۳/۵ درصد گروه شاهد غذای خود را سر ساعت معین میل نمی کردند ($P=0/046$) و ۲۹/۴ درصد گروه مورد و ۹/۴ درصد گروه شاهد کمتر از ۳ وعده غذا در روز مصرف می کردند ($P=0/001$). آزمون مجذور خی تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر مصرف میان وعده و حذف وعده غذایی نشان نداد. در ارتباط با الگوی فعالیت فیزیکی و ورزش نتایج پژوهش نشان داد که

در این پژوهش ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۱۰ سوال در مورد خصوصیات فردی، ۹ سوال در مورد تاریخچه بیماری فعلی و ۵۹ سوال در مورد عوامل مربوط به شیوه زندگی (در ابعاد تغذیه و عادات غذایی، فعالیت فیزیکی و ورزش، خواب و استراحت، مصرف دارو، مصرف دخانیات و استرس) بود. استرس با استفاده از مقیاس استرس‌سورهای وقایع زندگی Rahae و Holmes^(۲۳) بررسی گردید. معیار سنجش امتیاز در قسمت شیوه زندگی در بسیاری از سئوالات بر اساس مقیاس لیکرت (همیشه، گاهی، هرگز) تنظیم گردیده است. روش امتیازدهی با توجه به نوع سوال طرح شده (سوال مثبت یا منفی) متفاوت بوده است. به طوری که در سئوالات مثبت به گزینه‌های همیشه و یا بله حداکثر امتیاز و برای سئوالات منفی به گزینه‌های هرگز و خیر حداکثر امتیاز در نظر گرفته شده است. در مجموع هر قسمت با توجه به میانگین و انحراف معیار، کل امتیازات به سه سطح (مناسب، متوسط، نامناسب) تفسیر شده است.

در این پژوهش جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد و با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۸۵ بین دو بار پاسخگویی به سئوالات و با خطای اندازه گیری ۰/۱۵ اعتماد علمی پرسشنامه تایید گردید. جهت جمع آوری اطلاعات پژوهشگر به درمانگاه‌های مراکز درمانی الزهرا، نور وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه نموده و زنانی که تشخیص قطعی میگرن توسط پزشک برای آن‌ها داده شده بود را در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه به صورت تصادفی انتخاب و در مکانی خلوت و مناسب با مصاحبه حضوری اقدام به تکمیل پرسشنامه نمود.

استراحت روزانه، زودخیزی، تغییر الگوی خواب ناشی از شیفت کاری اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. نتایج پژوهش در ارتباط با الگو و عادات مصرف دارو نشان داد که ۹۶/۵ درصد گروه مورد و ۳۸/۸ درصد گروه شاهد دارو مصرف کرده و آزمون مجذور خی با $(P=0/001)$ تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر مصرف دارو نشان داد. همچنین گروه از نظر مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و ۵۲/۳ درصد گروه شاهد داروهای ضد درد غیر ناکوتیک مصرف می کردند و آزمون مجذور خی تفاوت آماری معنی داری با $(P=0/001)$ بین دو گروه نشان داد. علاوه بر این اکثریت گروه مورد (به ترتیب ۲۷/۷ درصد ۱۹/۳ درصد) بتابلو کرها و ضد تشنج ها برای کنترل سردرد استفاده می کردند. همچنین یافته ها نشان داد که دفعات مصرف دارو در گروه مورد ۳ بار و بیش از ۳ بار و گروه شاهد ۲ بار بوده و آزمون آماری مجذور خی تفاوت معنی داری بین دو گروه با $P=0/001$ نشان داد. همچنین نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر استفاده از طب مکمل با $(P=0/001)$ وجود دارد ولیکن از نظر مصرف قرص های ضد بارداری و همچنین از نظر مدت زمان و نوع مصرف Ocp، مصرف و دفعات مصرف ویتامین ها و مکمل غذایی اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت.

بر طبق نتایج حاصل از پژوهش در ارتباط با استعمال سیگار فقط ۲/۴ درصد گروه مورد سیگاری بودند و تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت و ۲۷/۱ درصد گروه مورد و ۱۴/۱ درصد گروه شاهد در معرض دود سیگاری ها در محل زندگی بودند و آزمون مجذور خی با $P=0/037$ تفاوت آماری

۲۸/۲ درصد گروه مورد و ۲۴/۷ درصد گروه شاهد ورزش می کردند و آزمون مجذور خی تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه از نظر فعالیت ورزشی و نیز از نظر دفعات ورزش و مدت هر بار فعالیت ورزشی نشان نداد، ولی میزان فعالیت بسیار سبک و سنگین در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده و درصد فعالیت متوسط در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد بوده است. آزمون مجذور خی تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر سطح فعالیت نشان داد $(P=0/049)$.

یافته های حاصل از پژوهش در ارتباط با عوامل مربوط به الگوی خواب و استراحت در شیوه زندگی نشان داد که ۵۰/۶ درصد گروه مورد و ۲۹/۴ درصد گروه شاهد زمان منظم برای خوابیدن نداشتند و آزمون مجذور خی تفاوت معنی داری با $(P=0/005)$ بین دو گروه نشان داد. همچنین ۲۳/۵ درصد گروه مورد و ۴/۷ درصد گروه شاهد دوره خواب شبانه کمتر از ۶ ساعت و ۲۸/۲ درصد گروه مورد و ۲۵/۹ درصد گروه شاهد بیش از ۸ ساعت در شبانه روز می خوابیدند. بین دو گروه تفاوت معنی داری با $(P=0/001)$ وجود داشت. همچنین ۳۴/۱ درصد گروه مورد و ۹/۴ درصد گروه شاهد به طور مکرر در طی خواب بیدار می شدند و آزمون مجذور خی با $(P=0/001)$ تفاوت معنی داری بین دو گروه را نشان داد. علاوه بر این ۷۲/۹ درصد نمونه های گروه مورد و ۳۸/۸ درصد گروه شاهد فاقد احساس نشاط بعد از بیدار شدن از خواب بودند و تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه با $(P=0/001)$ وجود داشت. از گروه مورد ۱۴/۱ درصد و از گروه شاهد ۲/۴ درصد داروی خواب آور مصرف کرده و آزمون مجذور خی با $(P=0/005)$ رابطه معنی داری بین دو گروه نشان داد. ولی از نظر میزان

استرس بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد. به طور کلی یافته های این پژوهش در ارتباط با فرضیه پژوهش نشان داد که بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری در ابعاد الگو و عادات غذایی ($P=0/001$)، الگوی خواب و استراحت ($P=0/012$) و الگو و عادات مصرف دارو ($P=0/001$) وجود داشت. ولی تفاوت آماری معنی داری بین شیوه زندگی دو گروه در ابعاد استعمال دخانیات، الگوی فعالیت و ورزش و میزان مواجهه با استرسورهای زندگی با ابتلا به سردرد میگرنی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

معنی داری بین دو گروه را نشان داد. نتایج حاصل از پژوهش در ارتباط با استرس نشان داد که ($51/8\%$) در گروه مورد استرس بسیار پایین (امتیاز کمتر از ۱۵۰) و (20%) استرس پایین (امتیاز ۲۰۰-۱۵۰) و ($28/3\%$) استرس متوسط (امتیاز ۳۰۰-۲۰۰) داشته اند و در گروه شاهد نیز ($52/9\%$) استرس بسیار پایین و ($23/5\%$) استرس پایین و ($23/5\%$) استرس متوسط داشته اند و هیچ کدام از نمونه ها در گروه مورد و شاهد سطح استرس بالایی نداشتند. آزمون مجذور خی تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر سطح استرس را نشان نداد. نتایج این مطالعه در ارتباط با

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی دو گروه برحسب شیوه زندگی

نتایج آزمون ها	گروه		شیوه زندگی
	مورد تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	
$\chi^2=23/373$ $df=2$ $P=0/001$	۴۶ (۵۴/۱)	۱۷ (۲۰)	نامناسب
	۲۶ (۳۰/۶)	۳۵ (۴۱/۲)	متوسط
	۱۳ (۱۵/۳)	۳۳ (۳۸/۸)	مناسب
	۸۵ (۱۰۰)	۸۵ (۱۰۰)	جمع
$\chi^2=2/78$ $df=2$ $P=0/249$	۳۴ (۴۱)	۲۵ (۲۹/۴)	نامناسب
	۳۲ (۳۸/۶)	۳۶ (۴۲/۴)	متوسط
	۱۷ (۲۰/۵)	۲۴ (۲۸/۲)	مناسب
	۸۳ (۱۰۰)	۸۵ (۱۰۰)	جمع
$\chi^2=8/801$ $df=2$ $P=0/012$	۴۴ (۵۱/۸)	۲۵ (۲۹/۴)	نامناسب
	۲۵ (۲۹/۴)	۳۷ (۴۳/۵)	متوسط
	۱۶ (۱۸/۸)	۲۳ (۲۷/۱)	مناسب
	۸۵ (۱۰۰)	۸۵ (۱۰۰)	جمع
$\chi^2=2/181$ $df=2$ $P=0/336$	۱۱ (۱۲/۹)	۱۵ (۱۷/۶)	نامناسب
	۲۰ (۲۳/۵)	۱۳ (۱۵/۳)	متوسط
	۵۴ (۶۳/۵)	۵۷ (۶۷/۱)	مناسب
	۸۵ (۱۰۰)	۸۵ (۱۰۰)	جمع
$\chi^2=28/652$ $df=2$ $P=0/001$	۶۴ (۷۵/۳)	۳۰ (۳۵/۳)	نامناسب
	۱۵ (۱۷/۶)	۴۶ (۵۴/۱)	متوسط
	۶ (۷/۱)	۹ (۱۰/۶)	مناسب
	۸۵ (۱۰۰)	۸۵ (۱۰۰)	جمع

از بین نمونه ها دو نفر به پرسشنامه در ارتباط با فعالیت و ورزش پاسخ نداده اند.

بحث و نتیجه گیری

سردرد میگرنی به عنوان پیامدی از ناتوانی سیستم عصبی در تطابق با تغییرات داخلی و خارجی محیط در نظر گرفته می شود. این تغییرات می تواند هورمونی، رفتاری، تغذیه‌ای و محیطی باشد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد بین عدم داشتن برنامه غذایی منظم و سردرد میگرنی رابطه وجود دارد. در همین زمینه نتایج حاصل از پژوهش Vlajinac در بلغراد نیز نشان داد تغذیه نامنظم با سردرد میگرنی با $(P < 0.001)$ ارتباط دارد.^(۷) Rapport در این راستا می نویسد حفظ یک برنامه غذایی منظم در پیشگیری از میگرن نقش مهمی دارد چرا که حذف یا به تأخیر افتادن وعده غذایی در بسیاری از مبتلایان به میگرن تسریع کننده حملات سردرد می باشد. (۲ البته هیچ گونه شواهد کاملاً کنترل شده‌ای دال بر این که برنامه‌های غذایی خاصی موجب بهبود میگرن می گردند وجود ندارد).^(۴)

بر اساس نتایج پژوهش حاضر بین حذف وعده غذایی و سردرد میگرنی رابطه معنی داری وجود نداشت. در همین زمینه نتایج پژوهش Hellgern در سوئد نیز نشان داد بین دختران و پسران مبتلا به سردرد از نظر نخوردن صبحانه تفاوت آماری وجود نداشت.^(۲۵) در همین زمینه بر طبق نتایج حاصل از پژوهش بین مصرف میان وعده و یا حذف وعده غذایی (صبحانه) و سردرد میگرنی رابطه معنی داری وجود نداشت، ولیکن نتایج پژوهش Vlajinac نشان داد حذف وعده غذایی به تعداد ۲۰-۱۰ بار در ماه توسط مبتلایان به میگرن نسبت به مبتلایان به سردرد غیر میگرنی بیشتر گزارش شده بود $(P < 0.001)$. در همین رابطه نیز Millichap می نویسد، سردرد با حذف وعده غذایی اغلب ارتباط دارد، به طوری که در یک مطالعه مبتنی بر بیمار در ۵۶

درصد بیماران مبتلا به میگرن و در مطالعه مبتنی بر کلینیک در ۴۵ درصد بیماران میگرنی گرسنگی به عنوان عامل تسریع کننده گزارش شده که معمولاً ۱۶ ساعت بعد از گرسنگی سردرد اتفاق افتاده بود.^(۲۶)

بر طبق نتایج پژوهش حاضر بین تعداد وعده غذایی مصرفی و ابتلا به سردرد میگرنی رابطه معنی داری وجود داشت. با این وجود یافته‌های پژوهش Vlajinac در بلغراد نشان داد که مبتلایان به میگرن و مبتلایان به سردرد غیر میگرنی ۳ وعده در روز غذا می خوردند و مبتلایان به میگرن و مبتلایان به سردرد غیر میگرنی کمتر از ۳ وعده غذا در روز مصرف می کردند و بین مبتلایان به میگرن و مبتلایان به سردرد غیر میگرنی از نظر تعداد وعده غذایی مصرفی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت، اگرچه نتایج پژوهش Turner و همکاران در آمریکا نشان داد مصرف کمتر از ۳ وعده غذایی ۵۸/۹ درصد از عوامل محرک بروز سردرد در زنان مبتلا به میگرن بوده است.^(۲۷) Lewis و Yonker در این راستا می نویسند عدم مصرف یک وعده غذایی یک عامل تسریع کننده شایع میگرن است.^(۲۸)

بر طبق نتایج حاصل از پژوهش بین انجام ورزش و ابتلا به سردرد میگرنی رابطه معنی داری وجود نداشت. با توجه به این که درصد زیادی از واحدهای مورد پژوهش ورزش و فعالیت بدنی نداشتند، لزوم نیاز به آموزش و بالا بردن آگاهی افراد در مورد اهمیت و ضرورت انجام ورزش و ایجاد نگرش مثبت احساس می شود. همچنین نتایج نشان داد که بین سطح فعالیت و ابتلا به سردرد میگرنی رابطه وجود دارد به عبارتی دیگر میزان فعالیت بسیار سبک و سنگین در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده است و درصد فعالیت متوسط در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد بوده

میگرن مرتبط و هر تغییری در الگوی خواب یا مدت آن می تواند حملات میگرن را برانگیزاند.^(۲۸) عاملی معتقد است بی خوابی و بی نظمی در برنامه خواب از عوامل مهم شروع سردرد میگرنی است.^(۳۲)

یافته‌های پژوهش Kelman نیز نشان داد که مشکل در به خواب رفتن و تداوم خواب و سردرد به واسطه خواب و خوابیدن به واسطه سردرد از شایع ترین مشکلات خواب در مبتلایان به میگرن بوده و مبتلایان به میگرن مزمن نسبت به مبتلایان به میگرن حاد مدت خواب شبانه کمتری دارند.^(۳۳) همچنین در پژوهشی که توسط Boardman در انگلستان انجام شد مشکلات خواب با شدت و دفعات سردرد ارتباط داشت به طوری که مبتلایان به سردرد بیش از دو برابر مشکلات خفیف خواب و بیش از چهار برابر مشکلات متوسط خواب و بیش از هفت برابر مشکلات شدید خواب در مقایسه با غیر مبتلایان به سردرد گزارش داده‌اند.^(۳۴) یافته‌های پژوهش Miller نشان داد که بین مبتلایان به میگرن و گروه شاهد از نظر طول مدت خواب، خواب آلودگی در طی روز، بیدار شدن‌های شبانه، تأخیر در شروع خواب تفاوت معنی داری وجود داشت.^(۱۶) به هر حال مشخص نیست که آیا اختلالات خواب وقوع میگرن را افزایش می‌دهد یا میگرن مکرر و شدید باعث اختلالات خواب می‌شود یا این که این دو ارتباطی با هم ندارند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که مصرف دارو، دفعات مصرف دارو، نوع داروهای مصرفی، استفاده از طب مکمل با سردرد میگرنی ارتباط معنی داری داشت، که شاید علت معنی دار شدن الگوی مصرف آن است که گروه مبتلا به میگرن به خاطر سردرد مجبور به استفاده از دارو بوده‌اند. در این زمینه Sheftel می‌نویسد علت اولیه میگرن مزمن مصرف بیش از حد

است. Ling می‌نویسد انجام ورزش منظم در کاهش دفعات حملات سردرد میگرن مؤثر است و به کارگیری تدریجی ورزش‌های هوازی به مدت ۳۰ دقیقه به مدت ۵ روز در هفته توصیه می‌شود.^(۲۹) در این راستا Hellger در پژوهش خود در سال در سوئد دریافت آن‌هایی که بیشترین فعالیت ورزشی و آن‌هایی که کمترین فعالیت (عدم فعالیت منظم) داشتند بیشترین دفعات سردرد را داشتند و فعالیت‌های زیاد و کم به عنوان عوامل خطر شناخته شده و انجام فعالیت متوسط توصیه شد.^(۲۵) Evans و Mathew می‌نویسند فعالیت فیزیکی در ایجاد و تشدید سردرد میگرنی مؤثر می‌باشد.^(۱۹) افرادی که برای مدت طولانی فعالیت بدنی زیاد ندارند اگر در یک مدت محدود فعالیت شدید از خود نشان دهند دچار سردرد شدید می‌شوند.^(۳۰)

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان ساعت خواب، نامنظم بودن الگوی خواب، بیدار شدن مکرر از خواب، احساس نشاط بعد از خواب، مصرف داروی خواب ارتباط معنی داری با سردرد میگرنی داشت. در این راستا یافته‌های پژوهش Vlajinac و همکاران در کشور بلغراد نیز نشان داد درصد بیشتری از دانشجویان دختر مبتلا به میگرن بیشتر از دانشجویان مبتلا به سردرد غیر میگرنی مدت خواب کمتر از ۶ ساعت داشته‌اند و در مقابل دانشجویان دختر مبتلا به سردرد غیر میگرنی مدت خواب بیش از ۹ ساعت نسبت به دانشجویان دختر مبتلا به میگرن داشتند. Taylor معتقد است خواب و استراحت یکی از موارد مهم شیوه زندگی است.^(۳۱) Perry و Potter در این زمینه می‌نویسند خواب و استراحت در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی مؤثر است.^(۱۵) Ling می‌نویسد الگوی خواب و کیفیت خواب به طور معنی داری با

زمینه یافته‌های پژوهش Hellgern نیز حاکی از آن است که سردرد با استرس ارتباط ندارد و Wacogan در پژوهش خود در فرانسه نشان داد که یک اختلاف معنی‌داری بین گروه کنترل و کل بیماران مبتلا به میگرن از نظر استرس وجود دارد و میانگین نمرات کلی استرس در زنان میگرنی بالاتر از مردان میگرنی و هر دو از نظر بالینی معنی‌دار بوده است، همچنین میانگین نمرات کل استرس از نظر آماری در گروه میگرن بالاتر از گروه کنترل بوده است. Wacogan معتقد است سطح و میزان استرس‌هایی که فرد متحمل می‌شود با بروز سردرد میگرنی مرتبط می‌باشد و اغلب استرس به عنوان عامل تشدید کننده، تسریع کننده و تداوم میگرن در نظر گرفته شده است.^(۱۴) Ling می‌نویسد ۵۴ درصد حملات میگرن توسط استرس تریگر می‌شود و یک مطالعه گذشته نگر نشان داد که استرس و فشار روانی و ذهنی عامل تسریع کننده است و یک ارتباط معنی‌داری بین استرس و سردرد وجود دارد. همچنین بروز وقایع استرس آور زندگی به طور معنی‌داری در بیش از ۳۵ درصد مبتلایان به میگرن افزایش داشته است.^(۲۸) علت تفاوت نتایج پژوهش حاضر با مطالعات دیگر شاید در نمونه‌گیری، جامعه پژوهش و روش‌های آماری باشد و برای بررسی ارتباط وضعیت استرس با میگرن به حجم نمونه بالاتری از زنان و مردان مبتلا به سردرد میگرنی نیاز می‌باشد.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین برخی از ابعاد شیوه زندگی مثل وضعیت تغذیه و عادات غذایی، الگوی خواب و استراحت، الگو و عادت مصرف دارو رابطه معنی‌داری با سردرد میگرنی داشت ولیکن اختلاف معنی‌داری بین شیوه زندگی گروه مورد و شاهد از نظر استعمال دخانیات، الگوی فعالیت و ورزش، و میزان مواجهه

داروهای تجویز شده یا بدون نسخه خصوصاً مسکن‌ها می‌باشد.^(۱۸) اکثر داروهای به کار گرفته شده در درمان حملات حاد چنانچه بیش از اندازه مصرف شوند موجب بیشتر شدن فراوانی سردرد می‌شود.^(۴) نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین وضعیت استعمال دخانیات و ابتلا به سردرد میگرنی ارتباط وجود ندارد. از سوی دیگر گروه مورد بیشتر از گروه شاهد در معرض دود سیگاری‌ها در محل زندگی بودند. سیگاری غیر فعال بودن با سردرد میگرنی ارتباط داشت. شاید علت عدم استعمال دخانیات در زنان جامعه با توجه به فرهنگ و شئونات اخلاقی باشد. یافته‌های پژوهش Hellgern در کشور سوئد نشان داد بین سردرد و سیگار کشیدن در دختران رابطه وجود دارد.^(۳۵) همچنین در پژوهش Vlajinac درصد سیگاری‌ها در بین دانشجویان دختر مبتلا به میگرن بالاتر و تعداد نخ‌های سیگار مصرفی بیشتر بود.^(۷) سازمان جهانی بهداشت معتقد است که استنشاق دود سیگار توسط افراد غیر سیگاری پیامدهای پر خطری بر سلامت افراد دارد^(۳۵) و استعمال دخانیات موجب ایجاد سردرد می‌شود.^(۳۶) بعضی از مطالعات اپیدمیولوژیک بیانگر آن است که سیگار کشیدن بر الگوی سردرد مبتلایان به میگرن اثر دارد و شدت بالاتری از سردرد در بین سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها گزارش شده اما هنوز اطلاعات کافی برای توسعه یک پیوند علیتی بین سیگار و بدتر شدن سردرد میگرنی وجود ندارد.^(۷) یافته‌ها نشان دادند بین میزان مواجهه با استرس‌ورهای زندگی و ابتلا به سردرد میگرنی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. هر چند در این پژوهش ۴۵/۹ درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد استرس را تحت الفظی علت سردردشان ذکر نموده بودند اما این موضوع در نتایج به دست آمده تأیید نشد در این

می داریم.

فهرست منابع

- 1- Cari GH, Dohlo F. Is migraine a progressive brain disease with increasingly? Impaired cerebral functioning. *Headache care*; 2004.1(4):247-260.
- 2- Soltanzadeh A. [Diseases of brain, Nerves and Muscles]. Tehran: Noor Danesh Publication; 2000.P.181-196.Persian.
- 3- Goadsby P. Migraine: diagnosis and management. *Inter Med J*, 2003.33:436-442.
- 4- Matharu M, Boes CJ, Goadsby PJ. Managing the patient with Migraine. *Practitioner*; 2001. (245):511-529.
- 5- Porth Carol M. Essentials of Pathophysiology: concepts of altered health states; 2004.P.741-743.
- 6- Mannix Lisa K, Diamond Merle, Loder Elzabth. "Women and headache: A treatment approach based on life stages" *Cleve Clin Jof Med*; 2002.69(6):488-500.
- 7- Vlajinac Hristina, Sipetic Sandra, Dzoljic Eleonora, Maksimovic Jadranka, Marinkovic Jelena, Kostic Vlada. Some lifestyle habits of female Belgrade university students with migraine and non – migraine primary headache. *J Headache pain*; 2003. 4: 67-71.
- 8- Phipps Wilma, Monahan, Sands Werk, Neighbors. *Medical Surgical Nursing: Health and illness perspectives*. 7th ed. Mosby Co; 2003.P.31-38.
- 9- Hickey Joanne V. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 5th ed. Lippincott co; 2003.P.603 –616.
- 10- Mannix Lisa K. Relieving migraine pain: Sorting through the options. *Cleve Clin J of Med*; 2003.70(1):8-28.
- 11- Bic Zuzana, Blix GG, Hopp HP, Leslie FM, Schell MJ. The influence of a low dietary fat intake on incidence and severity of migraine headaches *J of women,s health & Gender-Based Medicine*; 1999. 8(5):1-5.
- 12- Gusi N, Ortega A, Garcia-Martin Y, Monge MA. Physical activity, lifestyle and health-related quality of life secondary students in extremadura (SPAIN) <http://www.euroqol.org/meeting2001/menu-php?id; 2001>. P.169-176.

با استروسورهای زندگی وجود نداشت. یافته‌های پژوهش Vlajinac نیز حاکی از آن است که بعضی از عادات شیوه زندگی مانند تغذیه نامنظم، کم خوابی، کشیدن بیش از ۱۰ نخ سیگار با سردرد میگرنی ارتباط دارد.^(۷) با عنایت به مطالب فوق فرضیه پژوهش که مبنی بر وجود ارتباط بین شیوه زندگی و ابتلا به سردرد میگرنی می باشد در ابعاد تغذیه، مصرف دارو و الگوی خواب و استراحت مورد تایید قرار گرفت. لذا پیشنهاد می شود که بیش از پیش در جهت ارائه برنامه‌های آموزشی برای مبتلایان به میگرن برای تغییر در شیوه زندگی آنان بکوشند تا از این طریق از بروز عوارض بیماری همچون استروک و نیز مصرف نایجای مسکن ها و بالتبع کاهش بروز عوارض ناشی از مصرف داروها پیشگیری و موجب کاهش تعداد شدت و مدت حملات میگرن و در نتیجه افزایش کارایی آنان در اجتماع و نظام اقتصادی کشور گردند. از آنجائی که پژوهش فوق به دلیل محدود بودن زمان تحقیق بر روی ۸۵ بیمار مبتلا به میگرن انجام شد بنابر این توصیه می‌شود پژوهش‌هایی در سطح گسترده تری در زمینه تأثیر تغذیه، ورزش و استرس بر تعداد و شدت حملات سردرد میگرنی و نیز ارتباط شغل با سردرد میگرنی با حجم نمونه زیاد صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

در پایان مراتب سپاس خود را از کلیه زنان شرکت کننده در این پژوهش، کتابخانه دانشکده های پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مسئولین و کارکنان درمانگاه‌های مراکز درمانی الزهرا و نور و علی اصغر، متخصصین مغز و اعصاب شهر اصفهان به ویژه جناب آقای دکتر عباس قربانی، جناب آقای دکتر وحید شایگان نژاد، سرکارخانم دکتر فرشته اشتری، جناب آقای دکتر چیت ساز، جناب آقای دکتر سیدعلی موسوی ابراز

- 13-Bener A Uduman SA, Qassimi EM, Khalaily G, Sztriha L, Kilpelainen H, et al. Genetic and environmental factors associated with migraine in school children. *Headache*; 2000.40(2):152-157.
- 14-Wacogan C, Lacoste JP, Guillibert E, Hugues FC, Le Jeune C. Stress, Anxiety, Depression and migraine. *Cephalgia*; 2003.1(23):451-455.
- 15-Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing*. 6th ed. Mosby; 2005.P.99.
- 16-Miller VA. Migraine headaches and sleep disturbances in children. *Headache*; 2003.143(4):362-368.
- 17-Adelman James U & 17. Adelman Richard D .Current Options for the Prevention and Treatment of Migraine. *Clinical therapeutics*; 2001.23(6):772-788.
- 18-Sheftell FD. Chronic daily headache medication .*Headache: J head Face Pain*; 2004.44(8).P.845.
- 19-Evans Randolph W & Mathew Ninant. *Handbook of headache*. 2th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2005.P.29-30.
- 20-Du G, Beverly V. [The principles of patient care: a holistic view to nursing], Translators: Atashzadeh Shourideh F, Barzabadi Farahani Z, Kbazaie N, Zohari Anbouhi S, Ezati Z, Emad B and et al. Edited by Nickravan Mofrad M. Tehran: Golban puplication, 2001.P.381.Persian
- 21-Friedman Marilyn M, Bowden Vicky R, Jones Elaine G. *Family Nursing*. 5th ed. Prentice Hall Co; 2003.P.457.
- 22- Carol T, Carol L, Priscilla L. [Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care]. Translators: Eftekhari Manesh A and et al. Edited by Mahdavi Z Tehran: Boshra Puplication; 2001:55-65.Persian
- 23-Mohammadi N, Raffieifar, SH. [Program Universal Education Health] (A Broad Plan for Health Education) Ministry of health and Medical education, Health department; 2006.P.175.Persian
- 24-Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice* 7th ed. Prentice Hall Co; 2004:194.
- 25-Rapport AM. Emerging nonspecific migraine therapies: Target and unmet needs. *Headache*; 1999.39:27-34.
- 26-Hellgren ML, Gustavsson UM, Lindblad U. Headache and associations with lifestyle among pupils in senior level elementary school. *Scand J Prim Health care*; 2001.(19):107-111.
- 27-Millichap JG, Yee MM. The Diet Factor in Pediatric and Adolescent Migraine. *Pediatric Neurology*; 2003.28(1):9-15.
- 28-Turner LC, Molgaard CA, Gardner CH, Pothrock JF, Stang PE. Migraines trigger factors in a non-clinical Mexican-American population in San Diego country: implications for etiology. *Cephalgia*; 1995.15:523-30.
- 29-Lewis DW, Yonker M, Winner P. The prophylactic treatment of pediatric migrain. *Pediatric Annals*; 2003.34(6):449-460.
- 30-Lin Long-ni. Overview of migraine. *J of neuroscience nurs*; 2001.33(1):6-12.
- 31-Qorbani A. [Headache diagnosing and news of treatments], Isfahan; 2001.P.66-92.Persian
- 32-Taylor Carol, Lillis Carol, LeMone Priscilla. *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. Translators: Eftekhari Manesh A and et al. Edited by Mahdavi Z Tehran: Boshra puplication; 2004:1175.
- 33-Ameli J. [Migraine Headache]. *Q J Baqiyat Allah Univ Med Sci*; 2005.8(58-59):P.54-64.Persian
- 34-Kelman L, Pains J. Headache and sleep: Examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. *Headache*, [http://www.medscape.com /viewartticle /508449](http://www.medscape.com/viewartticle/508449); 2005.45(7):904-910.
- 35-Boardman HF, Thomas E, Millson D, Croft PR *Psychological, Sleep, Lifestyle and Comordib associations with headache*, *Headache*; 2005.(45):657-669.
- 36-WHO, A Handbook of controlling the widespread smoking, translators: khageh Delouei M, Molavey Nogoumi M. Tehran Seda: Puplication; 2002.P.23-25.
- 37-Gerchkove VE. [Prevention and Treatment of headache]. Translators: Zareai M, Mizbani M. Tehran: Senobarpublication; 1999.P.66-69.Persian

The Relationship of Migraine Headache and Lifestyle among Women

Mahbobeh Safavi¹ PhD *Fatemeh Nazari² MSc Mahmood Mahmoody-Majdabady³ PhD

Abstract

Background and Aim: Migraine is the most common primary headache syndrome with no specific pathologic reason affecting physical, mental and social aspects of quality of life and reduces health-related quality of life (HRQOL). Migraine is the most noticeable medical issue in women's health, since it is more prevalent among them during the reproductive years between the ages of 25 and 55 years. The low frequency of organic causes for and the increasing prevalence of headache suggest individual and environmental factors. The aim of this study is to investigate the associations between migraine headache and lifestyle in women.

Material and Method: This is a case-control study on 170 subjects aged 18-50 years randomly selected by Poisson sampling from population of women with headache referring to neurology clinics of Al-zahra and Nour hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences with an absolute diagnosis of migraine by neurologist based on the criteria of the International Headache Society. The control group comprised of all women with no migraine having identical inclusion criteria with the study subjects. The data were collected by interviews with a researcher designed questionnaire. The questionnaire was used after the scientific validity and reliability had been confirmed by content validity and Test-retest, respectively. Descriptive and analytical statistical tests (independent t test, Chi-square test and Fisher exact test) were used to analyze the data.

Results: The findings showed that there was a statistically significant association between some dimensions of lifestyle such as nutrition status and food habits ($P \leq 0.001$), sleep and rest pattern ($P = 0.012$), medication habit pattern ($P \leq 0.001$) with migraine. Meanwhile, there was no statistically significant association between smoking, physical activity and sport pattern and the level of exposure to life stressors with migraine. The result of the study is in line with some findings of other investigations suggesting that some lifestyle factors probably play a role as migraine precipitating factor.

Conclusion: According to the results, for preventing of the attack onset and minimizing side effects of drug abuse, it's necessary to pay more attention to the importance of change and modification of lifestyle in migraine patients and to consider the assessment of lifestyle and health behavior as priorities of health care.

Key Words: Headache- Migraine- Lifestyle- Food Habits- Physical Activity- Sleep- Rest

Received: 7 Oct, 2007

Accepted: 17 Oct, 2008

¹ Assistant Professor in Health Services Management, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Senior Lecturer in Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) Email: nazari@nm.mui.ac.ir

³ Professor in Biostatistics, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran