

تأثیر سردرد میگرنی بر وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا

دکتر مهدی نجفی کوپایی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سعید سمنانیان - مرکز تحقیقات بیوشیمی - بیوفیزیک دانشگاه تهران

دکتر امیدوار رضایی - دانشیار

دکتر کورش قره‌گزلو - استادیار - متخصص داخلی اعصاب

Effect of Migraine on Economic Status and Quality of Life of Patients ABSTRACT

Migraine as one of the most common types of headaches with high intensity and prevalence, affects life significantly. This study was devised to determine the effects of migraine on economic status and life quality of Iranian sufferers.

"Pain database questionnaire", prepared by the International Association for the Study of Pain (IASP) in the year 1995, was translated to Farsi. Then we modified it regarding cultural, geographical and social characteristics of Iran. 65 patients (55 women and 10 men) were recruited from neurology clinic consultants. Those patients who met the International Headache Society (IHS) criteria for migraine, were interviewed using IASP questionnaire. Pain effects on sleep, marital life, social, recreational and sexual activities, quality and quantity of drug consumption as well as using paraclinic procedures were considered.

Significant decrease in sleep duration was seen during pain (7.4 ± 1.9 h) compared to pain-free conditions (6 ± 3.7 h) ($P < 0.001$). The effects of pain on marital life, social, recreational and sexual activities during pain were compared with pain-free conditions based on a zero to ten ranking schedule. Wilcoxon test showed statistically significant ($P < 0.02$) differences.

We concluded that the economic effect of migraine and its impact on patients' quality of life are significant and should be considered in health planning and disease management.

چکیده

میگرن به عنوان یکی از شایعترین انواع سردرد با شیوع و بروز بالا تأثیرات قابل توجهی بر شرایط زندگی فرد مبتلا به جای می‌گذارد. این پژوهش با هدف بررسی آثار میگرن بر وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا انجام شده است.

در این تحقیق پرسشنامه بانک اطلاعاتی درد تدوین شده توسط انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP) در سال ۱۹۹۵، را به فارسی برگردانده با توجه به ویژگیهای فرهنگی، جغرافیایی و قومی کشور ایران تعدیل اولیه روی آن صورت دادیم. ۶۵ بیمار (۵۵ زن و ۱۰ مرد) از مراجعین به درمانگاه داخلی اعصاب انتخاب شدند. پس از انتخاب مبتلایان به میگرن بدون اورا با تشخیص پزشک متخصص داخلی اعصاب و بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد

(IHS)، پرسشنامه به طریقه مصاحبه تکمیل می‌شد. بیماران از نظر تأثیر درد بر خواب، وزن، رابطه زناشویی (سازگاری)، فعالیت‌های اجتماعی، تفریح، فعالیت جنسی و همچنین چگونگی مصرف دارو، نوع داروهای مصرفی و استفاده از پاراکلینیک بررسی شدند. تأثیر درد بر ساعات خواب (بطور متوسط $7/4 \pm 1/9$ ساعت در مواقع عادی، $6 \pm 3/7$ ساعت در حین درد) قابل ملاحظه بوده است ($P < 0/001$). تأثیر درد بر رابطه زناشویی، فعالیت‌های اجتماعی، تفریح و فعالیت جنسی بر اساس مقیاس صفر تا ده بوسیله آزمون Wilcoxon مقایسه شد و اختلاف معنی‌داری بین فعالیت اجتماعی، تفریح و فعالیت جنسی در هنگام سردرد و مواقع عادی نشان داد ($P < 0/02$).

منظور بررسی تأثیر سردرد میگرنی بر فعالیتهای مختلف بیماران میگرنی و کیفیت زندگی ایشان و همچنین چگونگی مصرف دارو و نوع داروهای مورد مصرف استفاده از روشهای تشخیصی مختلف و آثار اقتصادی بیماری میگرن بر افراد مبتلا و بر اجتماع انجام شده است.

در مجموع قابل ذکر است که آثار اجتماعی - اقتصادی میگرن بدون اورا و تأثیر آن به عنوان یک درد طولانی مدت بر کیفیت زندگی مبتلایان و بر جامعه قابل ملاحظه بوده و شایسته است در برنامه‌ریزیهای بهداشتی - درمانی مورد توجه قرار گیرد.

مقدمه

سردرد یکی از شایعترین دردهاست. میگرن، بدلیل فراوانی و شدت آن، از مهمترین انواع سردرد به حساب می‌آید. ولی به دلیل طبیعت حملات هر از گاهی و عدم ایجاد مرگ و میر، اغلب اهمیت آن در بهداشت عمومی نادیده گرفته می‌شود.

مطالعات انجام شده در مورد میگرن عمدتاً بر علائم بالینی متمرکز بوده‌اند و تعداد مطالعاتی که تأثیر سردرد بر وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی فرد و بر بهداشت عمومی را بررسی کرده‌اند کم است (۶). بررسی آثار اقتصادی بیماریهای شایع یا طول کشیده و بیماریهای مغزی مقوله‌ای است که اخیراً مورد توجه فراوان قرار گرفته است و سهم عمده‌ای از بودجه‌های پژوهشی را به خود اختصاص داده است. شورای پژوهشهای اتحادیه اروپا در برنامه تحقیقاتی خود برای سالهای ۱۹۹۸-۱۹۹۴ بیش از ۵۰٪ بودجه تحقیقاتی بخش پزشکی و بهداشت را به پژوهش در مورد بیماریهای مهم از نظر تأثیرات اقتصادی - اجتماعی و تحقیقات روی مغز (Brain Research) اختصاص داده است (۷).

طبق طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت (۸) نقص عضو (Impairment) ناتوانی (Disability) و معلولیت (Handicap) به ترتیب عبارتند از: نقص عضو: "هرگونه نقص یا اختلال در ساختمان یا عملکرد روانی، فیزیولوژیکی یا تشریحی در یک عضو"؛ ناتوانی: "هر محدودیت یا اختلال (ناشی از نقص عضو) در توانایی در فعالیت مانند یک فرد طبیعی" و معلولیت: "محدودیت ناشی از نقص عضو یا ناتوانی که مانع ایفای نقش همانند یک فرد عادی در اجتماع شود". هرچند اعتقاد بر این است که درد می‌تواند عامل مهمی در اختلال عملکرد فرد باشد، بدلیل عدم وجود یافته‌های objective هنوز در فهرست موارد ارزشیابی "ناتوانی" و "نقص عضو" گنجانده نشده است.

بهر حال سردردها ناتوان کننده‌اند، بر فعالیتهای اجتماعی و کار تأثیر قابل ملاحظه می‌گذارند و مصرف مقادیر زیادی دارو را موجب می‌شوند. با داشتن اطلاعات مربوط به این موارد درخواست بودجه برای تحقیقات و برنامه‌ریزی ارائه خدمات درمانی با پشتوانه خوبی انجام می‌شود (۹، ۱۰، ۱۱). این مطالعه به

روش و مواد

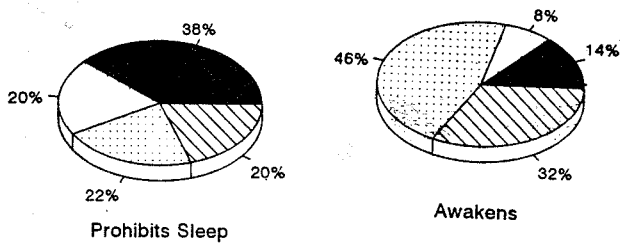
در تابستان ۱۹۹۵ یک گروه پژوهشگر از انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP) پرسشنامه جامعی تحت عنوان "پرسشنامه پایگاه اطلاعاتی درد" تدوین کرد. پرسشنامه به فارسی برگردانده شد و با توجه به ویژگیهای فرهنگی، جغرافیایی و قومی کشور ایران اصلاح گردید. این پرسشنامه هم اکنون به عنوان ابزاری کارآمد در دسترس محققین موضوعات مربوط به درد می‌باشد.

در این مطالعه ۶۵ بیمار (۵۵ زن و ۱۰ مرد) از بین مراجعین درمانگاه داخلی اعصاب بیمارستان لقمان حکیم تهران از آذرماه ۱۳۷۴ تا خرداد ماه ۱۳۷۵ بررسی شدند. ابتدا بیماران مبتلا به سردرد توسط پزشک متخصص داخلی اعصاب بررسی و معاینه شده مبتلایان به میگرن بدون اورا انتخاب می‌شدند. این بیماران بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (IHS) (۱۲) مجدداً مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند. در صورت دارا بودن معیارهای لازم پرسشنامه درد IASP به روش مصاحبه تکمیل می‌شد. سپس پاسخ‌ها کدبندی شده توسط کامپیوتر در بانک اطلاعاتی روی نرم‌افزار Foxpro وارد شدند. آنگاه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. در تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، از شیوه‌های آمار توصیفی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و نمایش از طریق نمودارهای ستونی) و آمار استنباطی (آزمون χ^2 ، Wilcoxon، Mann-Withney و Kruskal-Wallis) استفاده شده است. در این مطالعه علاوه بر اطلاعات دموگرافیک، تأثیر درد بر خواب، وزن، رابطه متقابل زن و شوهر (تفاهم)، فعالیتهای اجتماعی، تفریح و فعالیتهای جنسی مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین چگونگی مصرف دارو و نوع داروهای مصرفی، هزینه‌های دارویی، مراجعه به اورژانس، استفاده از روشهای پاراکلینیک و نقش بیمه خدمات درمانی در کاهش هزینه‌های تشخیص و درمان بررسی شده است.

نتایج

جنس و سن: فراوانی زنان در این مطالعه ۸۵ درصد و نسبت

نمودار ۲ - نمودار مقایسه‌ای اختلال در به خواب رفتن و بیدار شدن از خواب



Always Almost always Sometimes Never

n=65

همچنانکه مشاهده می‌شود هرچند اختلاف قابل ملاحظه در ساعات خواب کل بیماران در هنگام سردرد و در مواقع عادی وجود دارد، میانگین ساعات خواب بیماران مرد در مواقع سردرد با مواقع عادی اختلاف قابل ملاحظه‌ای ندارد.

جدول ۱- متوسط ساعات خواب بیماران میگرنی به تفکیک جنس در مواقع سردرد و در مواقع عادی. متوسط ساعات خواب بیماران زن و کل بیماران مواقع سردرد با مواقع عادی اختلاف قابل ملاحظه دارد ($P < 0.001$)

در مواقع عادی	در هنگام درد	
$7/3 \pm 1/8$	$5/6 \pm 3/6$	زن*
$7/6 \pm 2/2$	$7/6 \pm 3/8$	مرد**
$7/4 \pm 1/9$	$6 \pm 3/7$	کل*

* $P < 0.001$ ** NS

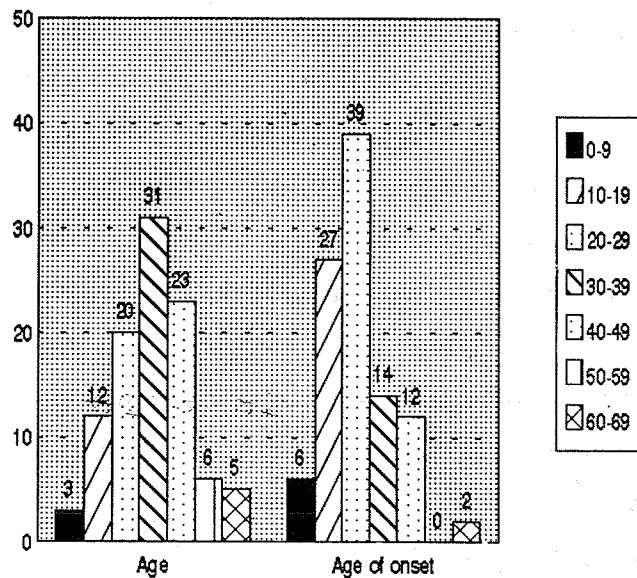
اما هنگامی که قدر مطلق اختلاف ساعات خواب در حین سردرد و در مواقع عادی را بر اساس شدت درد در مقیاس رتبه‌ای صفر تا ده یا Numeric Rating Scale (NRS) گروه‌بندی کردیم، تغییر ساعات خواب در دردهای شدید اختلاف آشکاری با ساعات خواب در دردهای خفیف داشت.

قدر مطلق ساعات خواب در حین سردرد و در مواقع عادی به سه گروه خفیف (کمتر از ۳ ساعت)، متوسط (۳ تا ۶ ساعت) و شدید (بیشتر از ۶ ساعت) تفکیک شد. آزمون آماری ارتباط معنی‌داری بین افزایش شدت بیماری و ابتلا به سردردهای شدیدتر نشان داد.

وزن: از بیماران در مورد تغییر وزن از ابتدای ابتلا به بیماری سؤال شد. پاسخ بیماران به تفکیک عدم تغییر وزن، افزایش وزن یا کاهش وزن در نمودار ۴ مشاهده می‌شود. ۲۵٪ بیماران اظهار کرده‌اند از ابتدای ابتلا به سردرد دچار تغییر وزن شده‌اند.

زن به مرد ۵/۵ به ۱ بود. سن متوسط بیماران (SD) Mean در کل برابر (۱۴) ۳۴، برای مردان (۱۶/۸) ۳۲/۲ و برای زنان (۱۲/۸) ۳۴/۳ بود. توزیع سنی بیماران و سن بیماران در زمان اولین حمله به تفکیک دهه‌های سنی در نمودار ۱ نشان داده شده است. آزمون آماری نشان می‌دهد توزیع سنی بیماران از منحنی نرمال تبعیت می‌کند. سن ابتلا به میگرن نشان‌دهنده فراوانی بالاتر در دهه دوم و سوم عمر می‌باشد.

نمودار ۱- توزیع سنی بیماران و سن بیماران در زمان اولین حمله

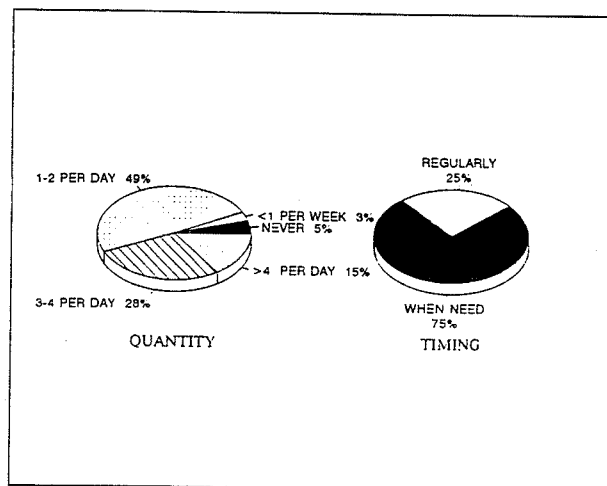


خواب: اختلال در خواب در اثر سردرد به دو صورت بررسی شد: دیر به خواب رفتن در اثر سردرد و بیدار شدن از خواب به علت سردرد. بیماران در پاسخ، یکی از چهارگزینه "همیشه، تقریباً همیشه، گاهی و هرگز" را انتخاب کردند. نتایج در نمودار ۲ به نمایش در آمده است. همچنانکه این نمودار نشان می‌دهد سردرد در به خواب رفتن ۸۰٪ بیماران اختلال ایجاد کرده است. ۳۸٪ بیماران اظهار کرده‌اند ابتلا به سردرد همیشه مانع به خواب رفتن ایشان می‌شود.

در مورد بیدار شدن از خواب به دلیل سردرد پاسخ ۳۲٪ از بیماران منفی بود. در مقابل ۴۶٪ بیماران گاهی و ۲۰٪ بیماران همیشه یا تقریباً همیشه به دلیل سردرد از خواب بیدار می‌شدند. از بیماران در مورد ساعات خواب در شبانه‌روز در مواقع ابتلا به سردرد و در مواقع عادی سؤال شد. میانگین ساعات خواب بیماران به تفکیک جنس در جدول ۱ نشان داده شده است.

در روز مورد سؤال قرار گرفت. "۴۹٪ بیماران ۱ تا ۲ بار در روز و ۴۳٪ بیماران بیش از ۲ بار در روز دارو مصرف می‌کردند تنها ۵٪ بیماران هرگز به دلیل سردرد خود دارو مصرف نکرده بودند.

نودار ۵- الگوی مصرف دارو در بیماران بر اساس زمانبندی (timing) و مقدار (quantity)



همچنین نوع داروهای مصرفی و مقدار مصرف از بیماران

پرسیده شد.

جدول ۶- نحوه محاسبه میانگین مصرف سرانه و کل دارو در سال بر اساس اطلاعات این مطالعات و آمار موجود نمایش داده شده است. ۱۶ بیمار در گروه A و ۴۹ بیمار در گروه B قرار می‌گیرند.

a	طول مدت هر حمله (به روز)
b	فراوانی حملات (در ماه)
c	سابقه ابتلا به بیماری (به ماه)
d1	نحوه مصرف دارو (به طور منظم و روزانه یا تنها هنگام حمله سردرد)
d2	دفعات مصرف دارو در روز
e	تعداد داروی مورد مصرف در هر نوبت
e	تعداد داروی مورد مصرف در هر حمله
f	نام داروی مورد مصرف و قیمت آن (بر اساس قیمت‌های شهریور ماه ۱۳۷۵)
f	قیمت داروی مصرفی
f	جمعیت کشور بر اساس سرشماری آبان ماه ۱۳۷۵ (۶۰ میلیون نفر)
A = c.d1.d2.f	هزینه داروی مصرفی بیمارانی که بطور منظم دارو مصرف می‌کنند
B = a.b.c.e.f	هزینه داروی مصرفی بیمارانی که تنها هنگام حملات دارو مصرف می‌کنند
	سرانه* ۹۲۵۰ ریال

در سال

کل** (۱۲۵۰۰۰۰۰۰ × ۹۲۵۰) ریال

کل**

* سرانه = $\frac{16A+49B}{65}$

** کل بیماران میگرنی مراجعه کننده به درمانگاه داخلی اعصاب (۱۳۵۰۰۰۰ × ۱۵٪ × ۱۵٪) = ۳۰۰۰۰۰۰

فهرست داروهای مصرفی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی به ترتیب فراوانی مصرف فراوانی مصرف در دسته‌هایی که با خط تیره از هم جدا شده‌اند یکسان است.

استفاده از روشهای تشخیصی، از بیماران در مورد استفاده از روشهای تشخیصی رادیوگرافی، CT scan، آزمایش خون و

بر وضعیت اقتصادی خود را بالا ذکر کردند. آزمون آماری تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین افراد بیمه و غیربیمه نشان داد ($P < 0/0001$) و $\chi^2 = 41/4$.

الکتروانسفالوگرافی (EEG) سؤال شد (نمودار ۶). EEG در حدود بیست درصد بیماران غیرطبیعی بود.

بحث

ناتوانی

هرچند بررسی ناتوانی ناشی از سردرد در بررسیها، اهمیت خود را باز می‌یابد، هنوز در مقالات گزارشهای کمی از آن در دست است. در حال حاضر محققین و پزشکان جوان عمدتاً بر اساس گزارش بیمار از شدت درد در مورد مشکل سردرد و اثر بخشی درمان قضاوت می‌کنند ولی باید خاطرنشان کرد ارتباط بین شدت درد و اختلال عملکرد بیمار یک ارتباط ناقص است. اندازه‌گیری ظرفیت عملکرد (یعنی درجه اختلال در عملکرد یا ناتوانی و معلولیت) در مقایسه با فراوانی، شدت یا طول مدت سردرد شاخص بهتری برای بررسی توانای مبتلایان به سردرد برای کار یا فعالیتهای دیگر است (۱۳). همانطور که شدت سردرد مهمترین نشانه میزان درد و رنج فرد است، از کار افتادگی شاخص اصلی تأثیر اقتصادی بیماری بر فرد و اجتماع می‌باشد (۱۴). بررسی اختلال عملکرد ناشی از سردرد مکرر می‌تواند دارای محاسن زیر باشد:

۱) امکان ارزشیابی اثر تخریبی بیماری بر زندگی فرد (کار، فعالیتهای خانوادگی، تفریح، مراقبت از خود و فعالیتهای اجتماعی).
۲) فراهم کردن یک شاخص مهم دیگر برای بررسی اثر بخشی درمان

۳) کمک به بررسی هزینه - اثربخشی درمان

اختلال در خواب

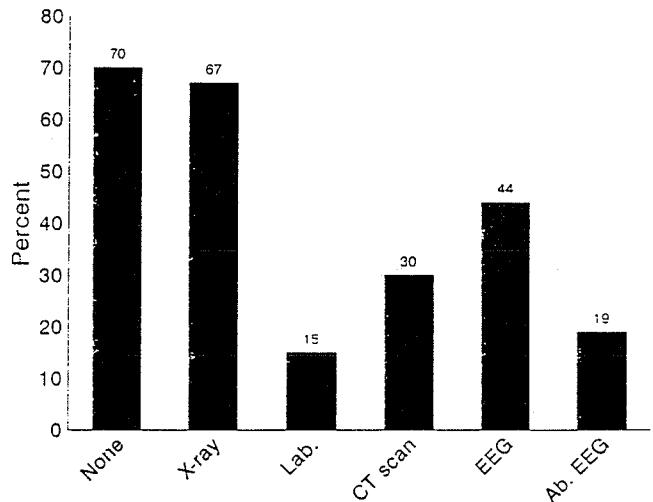
بررسی ساکنین نیویورک در سال ۱۹۸۵ اختلال خواب را در ۳۰٪ مبتلایان به سردرد میگرنی گزارش کرد (۱۵). این رقم با درصد فراوانی اختلال خواب در این مطالعه (۷۰ درصد) تفاوت قابل ملاحظه دارد. با توجه به رابطه مستقیم افزایش شدت درد و اختلال خواب (اختلال خواب = تفاوت ساعات خواب در هنگام درد با ساعات خواب در مواقع عادی) طبیعی است که درصد فراوانی اختلال خواب در مراجعه کنندگان به درمانگاه (که از شدت درد بیشتری به کل جمعیت میگرنی برخوردارند) بالاتر باشد.

آثار اقتصادی

هزینه سردرد برای فرد و اجتماع قابل ملاحظه است. مخارج بیماری به ۳ قسمت تقسیم می‌شود:

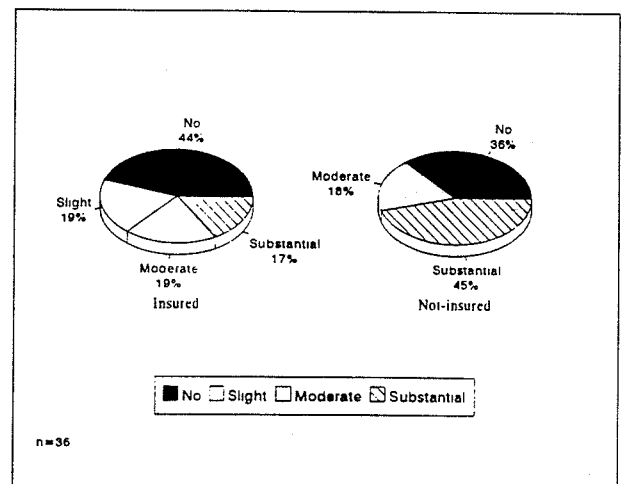
- ۱) هزینه مستقیم پیشگیری، تشخیص و درمان
 - ۲) هزینه غیرمستقیم از دست دادن یک نیروی مولد در اجتماع
 - ۳) هزینه شخصی معلولیت و ناتوانی برای بیمار و خانواده او
- در سال ۱۹۷۰ طی برآوردی مشخص شد در مجموع ۰/۲٪ از هزینه‌های خدمات بهداشتی در انگلستان صرف می‌گردد

نمودار ۶- نمودار مقایسه‌ای روشهای تشخیصی در بیماران مورد بررسی



تأثیر درد بر وضعیت اقتصادی: تأثیر درد بر وضعیت اقتصادی بیماران بوسیله سؤالات چهارگزینه‌ای مورد بررسی قرار گرفت. بیمار در پاسخ به سؤال در مورد سنگین بودن بار مالی سردرد یکی از گزینه‌های "خیر، بله - کمی، بله، بطور متوسط، و بله - بطور فزاینده" را انتخاب می‌کرد.

نمودار ۷- مقایسه تأثیر بیماری بر وضعیت اقتصادی بیماران بیمه‌ای و غیربیمه‌ای



درصد فراوانی تأثیر بر وضعیت اقتصادی به تفکیک افراد بیمه و غیربیمه در نمودار ۷ نشان داده شده است. همچنانکه مشاهده می‌شود ۴۵٪ افراد غیربیمه (در مقابل ۱۷٪ افراد بیمه) تأثیر بیماری

می‌شود (۱۶). در ایالات متحده حدود ۵ تا ۱۰ درصد افراد تحت درمان، به سردرد مبتلا هستند که موجب سالانه ۸۰ میلیون مراجعه پزشکی می‌شود. غیبت از کار و مصرف دارو در اثر سردرد سالانه بیش از ۵۰ میلیارد دلار خسارت اقتصادی بدنبال داشته است (۱۷). در مطالعه حاضر قسمتی از هزینه‌های مستقیم سردرد در نظر گرفته شده است. اگر فرض کنیم همه مبتلایان به سردرد میگرنی مراجعه به درمانگاه داخلی اعصاب به اندازه بیماران این مطالعه از روشهای تشخیصی استفاده کنند و برای یک دوره درمان ۴ تا ۶ ماهه (۱۸) ۵ بار به پزشک مراجعه کنند بر اساس جدول ۷ مخارجی متحمل می‌شوند.

جدول ۷ - محاسبه حداقل هزینه در حملات سردرد	جمعیت کشور
مبتلایان به میگرن	۶۰۰۰۰۰۰۰
متوسط تعداد حملات	۱۵ درصد
داروی مصرفی در هر حمله	۱ حمله در ماه
هر قرص استامینوفن	فقط ۳ قرص استامینوفن
در سال	۲۰ ریال
	۶۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال

طبق بررسی‌های انجام شده (۱۹،۲۰) بطور متوسط ۱۵ درصد جمعیت (۸ درصد مردان و ۲۵ درصد زنان) به سردرد میگرنی مبتلا هستند، و حدود ۳۶ درصد به پزشک (۲۱) ۱۵ درصد ایشان به درمانگاه تخصصی داخلی اعصاب (۲۲) مراجعه می‌کنند. با در نظر گرفتن جمعیت ۶۰ میلیون نفری کشور (طبق آخرین سرشماری انجام شده (۲) مخارج یک دوره درمان برای کل بیماران بالغ بر ۳۸ میلیارد ریال خواهد شد (جدول ۶). اگر هزینه‌های دارویی را با همین روش محاسبه کنیم سالانه قریب ۱۲/۵ میلیارد ریال است.

مصرف دارو

هنوز هم تجویز دارو در صدر روشهای درمانی پزشکان برای مقابله با سردرد قرار دارد. بدست آوردن اطلاعات مربوط به مصرف دارو در بیماران مبتلا به سردرد دشوار است. در عین حال داشتن این اطلاعات اهمیت دارد، زیرا مصرف نادرست دارو (زیر نظر پزشک یا خودسرانه) می‌تواند کارایی و اثر بخشی روشهای درمانی را کاهش دهد و علائم سردرد را وخیم‌تر کند.

بُعد دیگر مسأله هزینه‌های اقتصادی ناشی از مصرف داروهاست در امریکا سالانه بیش از ۴ میلیارد دلار داروهای بی‌نیاز از نسخه مصرف می‌شود. برای قرص آسپیرین به تنهایی سالانه بیش از ۱۰۰ میلیون دلار هزینه می‌شود که معادل ۲۰ هزار تن در سال یا سالانه ۲۲۵ قرص برای هر آمریکایی است (۱۴). در کشور ما نیز مقدار مصرف دارو بسیار بالاست و این روند بطور مداوم در

حال افزایش است (۳). مصرف خود سرانه دارو نیز زیاد است و این نیز خود ابعاد مشکل را بزرگتر می‌کند (۴).

برای تقریب به ذهن یک مثال ساده عنوان می‌شود. طبق آمار بطور متوسط هر شخص میگرنی دچار یک حمله در ماه می‌شود. در صورتی که در هر حمله تنها ۳ قرص استامینوفن معمولی مصرف کند با توجه به قیمت دارو (هر قرص ۲۰ ریال) و ابتلای ۱۵ درصد از جمعیت کشور (۶۰ میلیون نفر) به میگرن، در سال برای کشور هزینه‌ای حدود ۶ میلیارد ریال به بار می‌آورد (جدول ۸). برای مقایسه این ارقام خوب است بدانیم بودجه عمرانی بخش بهداشت برای سال ۷۶، ۸۱۲ میلیارد ریال در نظر گرفته شده است (۵).

جدول ۸ - محاسبه هزینه‌های درمان بیماران مبتلا به میگرن مراجعه کننده به درمانگاه داخلی اعصاب	یک دوره درمان (۴-۶ ماه)	قیمت مصوب (۱۳۷۵)	فراوانی استفاده در بیماران
رادیوگرافی جمجمه	۱۰۰۰۰ ریال	۲۰٪	
CT scan	۵۰۰۰۰ ریال	۱۰٪	
الکتروانسفالوگرافی	۲۸۰۰۰ ریال	۱۳٪	
ویزیت متخصص اعصاب	۳۵۰۰ ریال	۵	

نتیجه

بنابراین در مواجهه با سردردها بخصوص سردردهای میگرنی، علاوه بر شکایات بیمار و علائم بالینی با مجموعه‌ای از عوامل روبرو هستیم که زندگی و اقتصاد فرد و سپس جامعه را متأثر می‌سازد. از آنجا که معمولاً اینگونه بیماریها کم اهمیت انگاشته می‌شوند به آثار و عوارض مهم آنها نیز بی‌توجهی می‌شود. با توجه به نتایج مورد بحث در این مقاله پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- ۱- توجه به تأثیر سردرد بر کیفیت زندگی مبتلایان به میگرن در ارزیابی بیماری و درمان بیماران
- ۲- انجام بررسیهای جمعیتی به منظور تعیین دقیق شیوع بیماری و علائم بالینی آن
- ۳- برنامه‌ریزی برای آموزش عمومی در مورد سردردها به منظور کاهش عوارض ناشی از سردرد و همچنین مقابله با مصرف بی‌رویه دارو
- ۴- در نظر داشتن درمانهای جایگزین (مانند استراحت عضلانی (relaxation)، بیوفیدبک، روان درمانی، طب سوزنی، گیاهان دارویی و ...)
- ۵- تدوین روش رویکرد الگوریتمی به بیماری برای پرهیز از: مصرف بی‌رویه دارو، درخواست آزمایشات و بررسی‌های غیرضروری و صدمات ناشی از درمان بیش از حد یا طول کشیده.

منابع

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت دارو و درمان، گزارش فهرست قیمت دارو شهریور ماه ۱۳۷۵.
- ۲- روزنامه ایران، شماره ۵۶۹، شنبه ۱۳۷۵/۱۰/۲۲، صفحه ۱۳.
- ۳- ملکی - مجید، پیشگیری، تشخیص و درمان بیماریهای تب روماتیسمی قلب، انتشارات پخش البرز، تهران.
- ۴- حیدرزاد، فضل‌الله، علل مصرف بی‌رویه دارو، دارو و درمان، سال هفتم، شماره مسلسل ۷۹، مرداد ۶۹، ۳۵-۳۱.
- ۵- روزنامه کیهان، شماره ۱۵۷۹۷، شنبه ۱۳۷۵/۹/۳، صفحه ۱۴.
- 1- Linet, M.S., Stewart, W.F., Celentano, D.D., Ziegler, D., Sprecher, M., An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults, *JAMA*, 261 (15), 1989, 2211-2216.
- 7- Stordahl, A., Biomed2 work programme, European Union Biomedical and Health Research Newsletter, 5, 283, 1994, 13-28.
- 8- World Health Organization, International classification of impairments, disabilities and handicaps, Geneva, WHO, 1980.
- 9- Stang, P.E. Osterhaus, J.T., Clentano, D.D., Migrain, patterns of healthcare use, *Neurology* 44 (6 suppl 4), 1994, S47-55.
- 10- De Lissovog, G. and Lazarus, S.S., The economic cost of migraine present state of knowledge, *Neurology*, 44 (6 Supple 4), 1994, S56-62.
- 11- Stewart W.F., Shechter, A., Lipton, R.B., Migraine heterogeneity, disability, pain intensity and attack frequency and duration, *Neurology*, 44 (6 Supple 4) 1994, S24-39.
- 12- Headache classification committee of the International Headache Society, Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain, *Cephalalgia*, 8 (Supple 7), 1988, 1-96.
- 13- Penzien, D.B., Rains, J.C., Holroyd, K.A., Psychological assessment of the recurrent headache sufferer in: Tollison C., Kunkel R. (eds.), *Headache diagnosis and treatment*, chapter 7, USA, Williams & Wilkins, 1993, 39-50.
- 14- Stewart, W.F., Lipton, R.B., The economic and social impact of migraine, *Eur. Neurol., Suppl* 2, 1994, 12-7.
- 15- Taylor, H. (ed.): *The Nuprin Pain Report*, New York, Louis Harris and association, 1985.
- 16- Mims, B.C., Sociological and cultural aspects of headache in: Tollison C., Kunkel R. (eds.), *Headache diagnosis and treatment*, chapter 8, USA, Williams & Wilkins, 1993, 51-56.
- 17- Tollison, C.D., Nature and magnitude of headache in : Tollison C., Kunkel R. (eds.), *Headache diagnosis and treatment*, chapter 1, USA, Williams & Wilkins, 1993, 3-8.
- 18- Schoenoen, J. and Noordhout, A.M., Headache in: Wall, P.D., Melzack, R., (eds.). *Textbook of pain*, Third edition, London, Churchil Livingstone, 1994, pp 495-522.
- 19- Lipton, R.B., Silberstein, S.D., Srewart, W.F., an update on the epidemiology of migraine, *Headache*, 34, 1994, 319-28.
- 20- Lipton, R.B., Stewart, W.F., Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use, *Neurology*, 43 (6 Suppl 3), 1993, S6-10.
- 21- Robinson, R.G., Pain relief for headaches. Is self-medication a problem? *Can. Fam. Physician*, 39, 1993, 867-8.
- 22- Rassmussen, B., Olesen, J., Epidemiology of headache, *IASP Newsletter*, March/Apric, 1996 3-6.