

EREDETI KÖZLEMÉNY

A fejfájás megjelenési formái és azok hatása a mindennapi tevékenységekre

CSEH Hermina, DR. KARÁCSONY Ilona PhD, DR. HABIL. PAKAI Annamária PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Magyarországon mintegy 3,5 millió ember panaszkodik rendszeresen fejfájásról. A kutatásunk célja a hallgatók körében felmérni a fejfájás előfordulását, okait és tüneteit.

Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti kutatást 2021.03.01.–2021.11.30. között végeztünk. Nem véletlenszerű, célirányos szakértői mintavétel célcsoportja az elmúlt három hónapban fejfájásra panaszkodó, 18–45 éves egyetemi hallgatók (n=111). Saját szerkesztésű és validált kérdőíveket alkalmaztunk (Athén insomniaskála és PSS). Leíró statisztikát, kétmintás t-próbát, korrelációt, ANOVA-t és χ^2 -próbát számoltunk SPSS 22.0 program segítségével ($p < 0,05$).

Eredmények: Az elsődleges fejfájások közül 63,06% tenzióst, 8,11% migrént, 4,5% clustert és 24,32% kevert típusút detektáltunk. A fájdalom intenzitása szignifikánsan összefüggésben volt a fejfájás megjelenésének gyakoriságával és időtartamával ($p < 0,05$). A fájdalom intenzitása nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a stressz-szinttel, az alvászavar kialakulásával, a fejfájás típusaival, a koncentrációképesség csökkenésével és a tanulási módszerekkel ($p > 0,05$).

Következtetések: Elmondható, hogy a fájdalom intenzitását a fejfájás megjelenésének gyakorisága és a fájdalom időtartama befolyásolja.

Kulcsszavak: elsődleges fejfájás, stressz, alvászavar, fájdalomcsillapítás

The Manifestations of Headaches and their Impact on Everyday Activities

Hermina CSEH, Ilona KARÁCSONY PhD, Annamária PAKAI PhD Habil

SUMMARY

Background and purpose: In Hungary at least 3.5 million people had headache. The aim of our research was to assess the occurrence of headaches, causes and symptoms.

Material and method: Quantitative, cross-sectional research was carried between 01.03.2021 and 30.11.2021. The target group is university students aged 18-45 years who have experienced headaches in the last 3 months (n=111). We used self-made and validated questionnaire. Descriptive statistic, two-sample t-test, correlation, ANOVA and Chi-square tests were calculated using SPSS 22.0 program ($p < 0.05$).

Results: We detected: 63.06% tension, 8.11% migraines, 4.5% clusters, 24.32% mixed. The intensity of pain is significantly related to the frequency and duration of the appearance of headaches ($p < 0.05$). Pain intensity doesn't show a significant connection with stress levels, development of sleep disturbance, types of headaches, decreased concentration and learning methods ($p > 0.05$).

Conclusions: It can be said that the intensity of pain is influenced by the frequency of the appearance of headaches and the duration of pain.

Keywords: headache, stress, sleep disorder, pain reducing

CSEH Hermina ápoló Bsc, Tábittha Ház, Törökbálint

DR. KARÁCSONY Ilona PhD egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Alapozó, Szülészeti és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenció Tanszék, Szombathelyi Képzési Központ
ORCID-azonosító: 0000-0003-3336-9376

DR. HABIL. PAKAI Annamária PhD egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Alapozó, Szülészeti és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenció Tanszék, Szombathelyi Képzési Központ
ORCID-azonosító: 0000-0002-2849-1310

Levelező szerző

(corresponding author):

CSEH Hermina

E-mail:

herminacseh@gmail.com

Beérkezett: 2022. október 14.

Elfogadva: 2022. október 16.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.35.0019> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Mértéktartó becslések alapján Magyarországon legalább 3,5 millió embernek van rendszeresen fejfájása. A harmadik legköltségesebb neurológiai betegség az Európai Unióban az elsődleges fejfájás. Magyarországon 30 akkreditált fejfájáscentrum működik, ahol évente körülbelül 20–30 000 beteget látnak el

(Manhalter, 2015). A fejfájás kiváltó tényezői különbözők lehetnek. Körülbelül az emberek 64–77%-ánál jelentkezik ez a kórkép. Minden évben átlagosan az emberek 46–53%-ánál tapasztalható fejfájás, de csak 1–5% kér egészségügyi segítséget. A fejfájások többsége nem veszélyes. Több mint 90% elsődleges fejfájásként jelenik meg (Grcić, 2017). A patológiai fejfájás a fájdalomérző receptorok stimulálása vagy

gyulladás következtében alakul ki (Lovrak, 2019). A fejfájás kialakulásban rizikótényező lehet a fokozott stresszes állapot (Sovulj, 2020), a rossz alvásminőség (Wang et al., 2015), a fiatal életkor (Braga et al., 2012), a női nem (Grcić, 2017) és a Covid-19-járvány miatti védőeszközök használata (Ong et al., 2020). Nemrégiben három különböző társadalmi csoportban tanulmányozták a primer fejfájás, a migrén és a feszültség típusú fejfájás (tension-type headaches – TTH) prevalenciáját, illetve lehetséges kockázati tényezőit. A hallgatóknál volt a legmagasabb a migrénprevalencia (28,6%, összehasonlítva a munkavállalókkal: 5,7% és a véradókkal: 11,7%) (Lebedeva et al., 2016).

Magyarországon körülbelül egymillió migrénben szenvedő él, Európában közel 43 millió. Nemzetközi vizsgálatok szerint a migrén prevalenciája 12% (Németország: 28%, Franciaország: 12%, Egyesült Királyság: 8%), Magyarországon az aura nélküli migrén esetén 7,6%, aurával járó migrén esetén 2%. A tenziós fejfájás előfordulási gyakoriságát 30%-ra becsülik (Illés et al., 2015). Lebedeva és munkatársai vizsgálatában a tenziós típusú fejfájás a hallgatók 67,1%-ánál, a munkavállalók 31,9%-ánál és véradók 60,2%-ánál fordult elő (Lebedeva et al., 2016). Az emberek többségénél epizódokban alakul ki, kiváltó tényező nélkül keletkezik és szűnik is meg (Grcić, 2017).

A fejfájás gyakori panasz a fiatal diákok körében, és ennek a fájdalomnak következménye lehet tanulási nehézség és iskolai hiányzás, ami átlagosan 2-8 nap/év, valamint nagyobb érintettség bizonyított a társbetegségek kialakulása iránt, és az életminőség romlását eredményezheti. Egyetértés van abban, hogy a nők és a fiatal felnőttek esetében a fejfájás jelentősebb előfordulása tapasztalható (Németh et al., 2014). A fejfájás gyakori probléma az egészségügyi szakemberek körében is, ami negatívan befolyásolhatja teljesítményüket és életminőségüket (Panigrahi et al., 2020). A HRQoL (Health-related quality of life) az egyén szubjektív értékelése arról, hogy egészségi állapota, illetve esetlegesen meglévő betegségei és annak kezelése milyen hatással vannak a mindennapi életére (Manhalter, 2015). A fejfájásban szenvedő betegek életminőségét és azt, hogy hogyan képesek megküzdeni a rendszeresen fellépő fájdalommal, nagymértékben befolyásolják a személyiségbeli adottságok és a kedélyállapot (Berghammer et al., 2011).

A fejfájással együttesen jelentkezik a rossz alvásminőség (Wang et al., 2015), a koncentráció csökkenése és a hangulat ingadozása (Braga et al., 2012).

A kutatás célja a hallgatók körében felmérni a fejfájás előfordulását, rizikótényezőit, okait, tüneteit, valamint a hatását a mindennapi tevékenységek

elvégzésére. A vizsgálat során szerettünk volna képet kapni arról, hogy a fejfájás milyen mértékben befolyásolja a hallgatók koncentrációképességét, további célunk volt összefüggések vizsgálata a fejfájás megjelenése és a stressz-szint, illetve az alvászavar kialakulása között.

Anyag és módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti kutatást 2021.03.01.–2021.11.30. között végeztünk. Nem véletlenszerű, célirányos szakértői mintavételt alkalmazva a célcsoportunkat a 18–45 éves egyetemi hallgatók alkották, akiknél az elmúlt három hónapban fejfájás jelentkezett (n=111). Kizártuk azokat, akik opioidot használnak, valamint súlyos mentális, daganatos betegségben szenvednek vagy nem megfelelően válasszoltak (n=8).

A felmérésben saját szerkesztésű kérdőív segítségével a tanulási szokásokat és a fejfájást vizsgáltuk, amely a fejfájás kialakulásának okára, intenzitására, az időtartamára, a kialakulásának helyére és a kezelés módjára kérdez rá. A fájdalom intenzitását vizuális analóg skála alkalmazásával mértük fel. A 0 pont azt jelezte, hogy nem érez fájdalmat, míg a 10 pont azt, hogy elviselhetetlen fájdalmat él meg. A fájdalom intenzitását kategorizálva az 1–3 pont enyhe, a 4–6 pont mérsékelt és a 7–10 pont között nagyon intenzív fájdalmat észleltek. A fejfájás típusait a fejfájás jellege, időtartama és lokalizációja alapján csoportosítottuk. A fájdalomcsillapítás módjára a WHO által kialakított fájdalomcsillapítási lépcsőket alkalmaztuk.

Észlelt stressz kérdőívvel (Perceived Stress Scale – PSS) a stresszes állapot jelentkezését értékeltük Likert-skála alkalmazásával. A kérdőív kiértékelése alapján három csoportra osztottuk fel a válaszadókat az összesített pontszám szerint. A megszerzett pontok alapján alacsony stressz-szinttel a 0–18 ponttal, mérsékelttel a 18–37 ponttal, míg magassal a 38–56 ponttal rendelkezők éltek (Cohen et al., 1983).

Az alvászavar felmérésére az Athén insomniaskálát alkalmaztuk. A skála az álmatlanság fokozatát a betegségek nemzetközi osztályozása (ICD-10) által meghatározott diagnosztikai kritériumok alapján értékeli, amely szerint 10 pont alatt nem, míg 10 pont felett rendelkeznek alvászavarral (Soldatos et al., 2000).

A statisztikai próbákat 2019-es Microsoft Excel és SPSS 22 program segítségével végeztük, az adatok elemzéséhez leíró statisztikát (átlag, szórás, minimum, maximum), kétmintás t-próbát, korrelációszámítást, ANOVA-próbát és χ^2 -próbát alkalmaztunk (p<0,05) (Karamánné Pakai & Oláh, 2014.a; Karamánné Pakai & Oláh, 2014.b; Pakai & Kívés, 2013).

I. táblázat: A fejfájás intenzitása a WHO besorolása alapján (n=111)

Intenzitás mértéke	Fájdalom mértéke	Elemsszám	Gyakoriság
1–3	enyhe	7 fő	6,3%
4–6	mérsékelt	47 fő	42,3%
7–10	intenzív	57 fő	51,4%

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A válaszadók közül 91 fő (81,98%) nő, 20 fő (18,02%) férfi volt. Átlagéletkoruk 23,7 év $\pm$ 4,99 év. Az ifjúk csoportjába a 21 év alattiak tartoztak, amely 42 főt (37,84%), a fiatal felnőttek csoportjába a 22–25 éveseket értelmztük, amely 47 főt (42,34%), míg a középkorú felnőttek csoportjába a 26 év felettieket értettük, amely 22 főt (19,82%) jelentett. A munkarendet tekintve 88 fő (87,13%) nappali tagozaton és 13 fő (12,87%) levelező tagozaton folytatta tanulmányait. 45 fő (40,54%) dolgozott, míg 66 fő (59,46%) nem rendelkezett munkaviszonnyal. A dolgozó személyek közül kötetlen munkarendben 17 személy (35,42%), váltó műszakban 3 személy (6,25%), részmunkaidőben 9 személy (18,75%), 12 órás műszakban 4 személy (8,33%) és 8 órás munkaidőben 15 személy (31,25%) dolgozott.

Fejfájás megjelenésének értékelése

A válaszolók közül 111 fő (100%) észlelt az elmúlt hónapban fejfájást. A befolyásoló tényezőknél több válaszlehetőség megadása is lehetséges volt, így az élvezeti cikkek fogyasztása 28 főnél (10,45%), az időjárás változása 88 főnél (32,84%), a nem kielégítő alvás 61 főnél (22,76%), az online térben való órák hallgatása 65 főnél (24,25%) és a védőmaszk használata 26 főnél (9,7%) befolyásolta a fejfájás intenzitását.

A válaszadók az észlelt fájdalom intenzitását vizuális analóg skálán értékelték, ahol az átlagpont 6,35 $\pm$ 1,741 volt. A legkevesebb pont 3, míg a legtöbb pont 10 volt. A fájdalom erősségét kategorizálva 7 főnél (6,3%) enyhe, 47 főnél (42,3 %) mérsékelt és 57 főnél (51,4 %) intenzív volt (**I. táblázat**).

A fejfájás idejét tekintve 7 fő (6,31%) pár percig, 79 fő (71,17%) pár óráig, 19 fő (17,12%) akár 1 napig és 6 fő (5,41%) akár több napig is eltartó fájdalmat észlelt. A válaszadók közül 49 főnél (44,14%) a fájdalom állandó intenzitással volt jelen, míg 62 főnél (55,86%) nem.

A csoportosítás szerint 70 főnél (63,06%) tenziós, 9 főnél (8,11%) migrén, 5 főnél (4,5%) cluster típusú, míg 27 főnél (24,32%) kevert fejfájást értékeltünk.

Az elsődleges fejfájások közül a tenziós 57 nő-

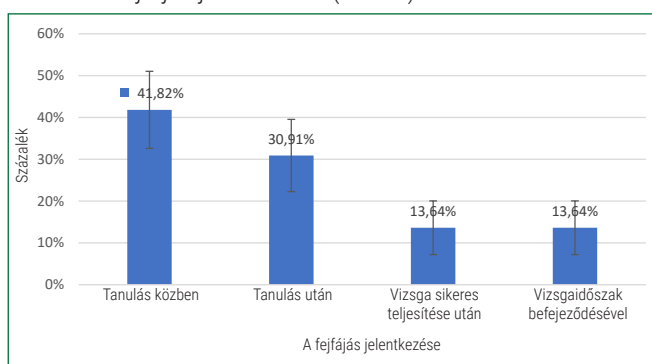
nél (81,43%) és 13 férfinál (18,57 %), migrén 5 nőnél (55,56 %) és 4 férfinál (44 %), cluster 4 nőnél (80%) és 1 férfinál (20%), míg kevert típusú 25 nőnél (92,59%) és 2 férfinál (7,41%) volt tapasztalható. Az elsődleges fejfájások megjelenési formái és a nemek között szignifikáns összefüggést nem tapasztaltunk ($p=0,096$).

Az ifjúk csoportjába a 21 év alattiak tartoznak, a fiatal felnőttek csoportjában a 22–25 éveseket értelmztük, míg a középkorú felnőttek csoportjába a 26 év feletti személyeket soroltuk. A korcsoportok csoportosítása szerint ifjúkorúak körébe 42 fő (37,8%) tartozott, akik közül 27 főnél (64,29%) tenziós, 4 főnél (9,52%) migrén, 2 főnél (4,8%) cluster és 9 főnél (21,4%) kevert típusú fejfájás jelentkezett. A fiatal felnőttek csoportját 47 fő (42,3%) alkotta, akikből 32 főnél (68,09%) tenziós, 3 főnél (6,38%) migrén, hasonló arányban, 3 főnél (6,38%) cluster és 9 főnél (19,15%) kevert fejfájás volt diagnosztizálható. 22 főt (19,8%) regisztráltunk a középkorú felnőttek korcsoportjában, akik közül 11 főnél (50%) tenziós, 2 főnél (9,09%) migrént és 9 főnél (40,91%) kevert típusú fejfájást értékeltünk. Az életkorok által kialakított csoportok és a fejfájás megjelenési formái között szignifikáns összefüggés nem található ($p=0,468$).

A fájdalom intenzitását a tenziós fejfájást megélők átlagosan 6,11 $\pm$ 1,74 ponttal, a migrénben átlagosan 6,56 $\pm$ 1,01 ponttal, a cluster típusúban átlagosan 7 $\pm$ 1,41 ponttal, a keverttel típusúaknál pedig átlagosan 6,78 $\pm$ 1,92 ponttal értékelték. A Levenetteszt alapján nem tapasztalunk szignifikáns különbséget ($p=0,316$).

Tanulási szokások értékelése

A tanulási szokásokat tekintve 21 fő (19,63%) szorgalmi időszakban rendszeresen tanul, így a vizsgaidőszakban kevesebb időt kellett szánniuk a tanulásra, míg 56 fő (52,34%) zh-ra (zárhelyi dolgozat) való felkészülés alkalmából tanult, így a vizsgaidőszakban több időt kell szánniuk a tanulásra és 30 fő (28,04%) pedig vizsga előtt kezdett el tanulni és egész nap szükséges volt tanulnia. Az online oktatás megkezdése óta 58 főnél (54,72%) gyakrabban jelentkezett fejfájás, míg 48 főnél (45,28%) nem. 46 főnél (41,84%) már tanulás közben, 34 főnél (30,91%) tanulás után, 15 főnél (13,64%) a vizsga si-

1. ábra: A fejfájás jelentkezése (N=111)

keres teljesítése után és szintén hasonló arányban, 15 főnél (13,64%) a vizsgaidőszak befejeződésével volt észlelhető a fejfájás (**1. ábra**).

A szorgalmi időszakban rendszeresen tanuló diákok (átlag=6,62±3,84) és a zárthelyi dolgozatra való felkészülés alkalmával tanuló diákok (átlag=8,27±4,03) fejfájásmértéke között nem volt kimutatható összefüggés ($p=0,13$). A szorgalmi időszakban rendszeresen tanuló diákok (átlag=6,62±3,84) és akik vizsgára való felkészülésre tanulnak (átlag=8,27±4,77) fájdalomintenzitását tekintve nem tapasztaltunk szignifikáns kapcsolatot ($p=0,173$). A zh-ra való felkészülés alkalmával tanuló diákok (átlag=8,27±4,034) és azon hallgatók, akik vizsgára való felkészülésre tanulnak (átlag=8,27±4,77) észlelt fejfájásának mértéke között sem volt szignifikáns kapcsolat ($p=0,999$). A Levene-teszt alapján nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget ($p=0,748$), ez a variancia homogenitását tekintve azt a tényt támasztja alá, hogy a szóráshomogenitás teljesül.

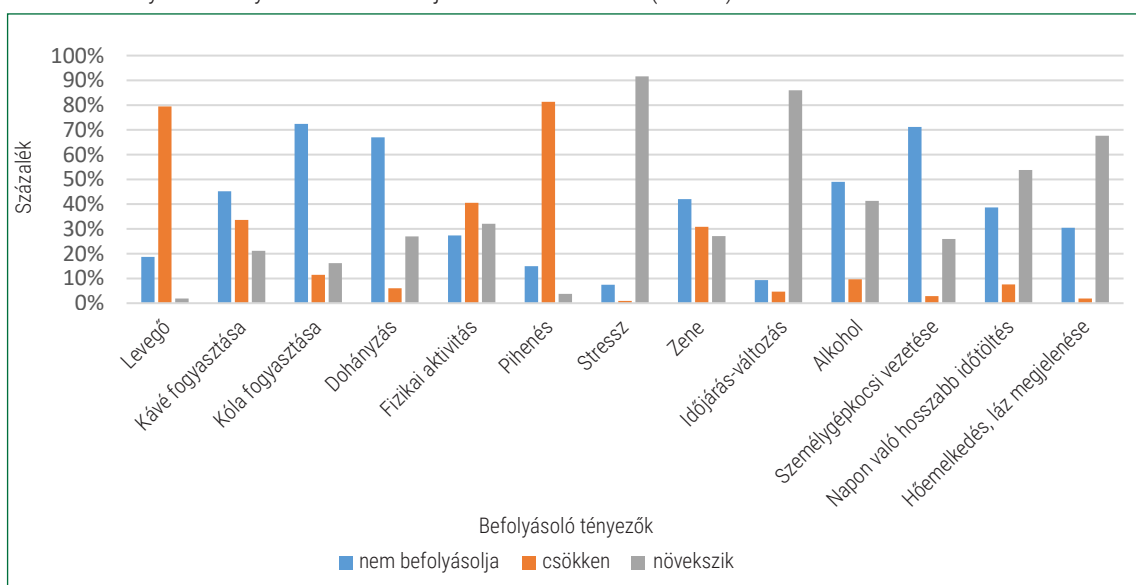
A tanulási mód a fájdalom intenzitását nem befolyásolja ($p=0,539$).

A fejfájást befolyásoló tényezők

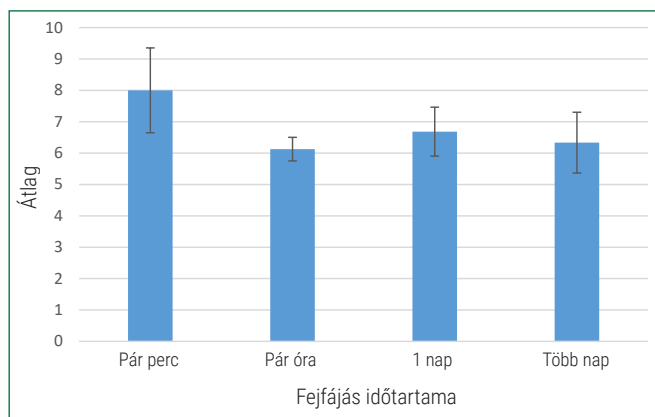
A válaszadók közül 83 főnél (76,15%) befolyásolható volt, míg 26 főnél (23,85%) nem volt befolyásolható a fájdalom intenzitása.

A befolyásoló tényezőket három csoport alapján kategorizáltuk. Kiemelkedő tendenciát mutatott a fájdalom intenzitásának fokozásában a stressz 98 főnél (91,59%), az időjárás változása 92 főnél (85,98%), a hőemelkedés, láz megjelenése 71 főnél (67,62%) és a napon való hosszabb tartózkodás 57 főnél (53,77%), míg egyéb változók kisebb mértékben. A fájdalom csökkenését legnagyobb arányban a pihenés 87 főnél (81,31%), a levegő 85 főnél (79,44%), a fizikai aktivitás 43 főnél (40,57%) és a zenehallgatás 33 főnél (30,84%) szabályozta, míg a további tényezők kisebb mennyiségben. A nem befolyásoló tényezők közé tartozott legnagyobb arányban a kóla fogyasztása 76 főnél (72,38%), a személygépkocsi vezetése 74 főnél (71,15%), a dohányzás 67 főnél (67%) és az alkoholfogyasztás 51 főnél (49,04%) (**2. ábra**).

A fejfájás intenzitása vizuális analóg skálán értékelve azon személyek esetében, akiknél jelentkezett koncentrációkéesség-csökkenés, átlagosan 6,35±1,76 pont volt, míg azon egyéneknél, akik nem jeleztek koncentrációcsökkenést, azoknál ez az érték átlagosan 6,40±1,34 pont volt. A koncentrációké-

2. ábra: Befolyásoló tényezők hatása a fájdalom intenzitására (N=111)

3. ábra: A fejfájás intenzitásának összehasonlítása a fejfájás időtartamával (N=111)



pesség csökkenése jelentős mértékben nem mutatott összefüggést a fejfájás mértékének intenzitásával ($p=0,949$).

A fejfájás időtartama és a fájdalom intenzitása között inverz kapcsolatot bizonyítottunk ($p=0,038$) (**3. ábra**). Akiknél pár percre jelentkezett a fejfájás, nagyobb mértékben észlelték a fájdalmat (átlag= $8,1\pm 1,83$), mint azok, akik pár óráig (átlag= $6,13\pm 1,7$) ($p=0,006$). A pár percre tartó fájdalmat megelőző nagyobb intenzitással jelölték a fájdalom mértékét (átlag= $8,1\pm 1,83$), mint azok, akiknél akár egy napig is eltartott (átlag= $6,68\pm 1,73$) ($p=0,082$). Akiknél csak pár percet tartott a fájdalom időtartama, erősebbnek ítélték a fájdalmat (átlag= $8,1\pm 1,83$), mint azok, akiknél akár több napig is tartott (átlag= $6,33\pm 1,21$) ($p=0,08$). A pár óráig tartó fejfájást megelőző egyének (átlag= $6,13\pm 1,7$) nagyobb fájdalomról számoltak be, mint azok, akiknél akár egy napig is eltartott (átlag= $6,68\pm 1,73$) ($p=0,201$). A pár óráig detektálható fejfájást megelőző egyének kisebb fájdalomról számoltak be (átlag= $6,13\pm 1,7$), mint akiknél akár több napig is érzékelhető volt (átlag= $6,33\pm 1,21$) ($p=0,774$). Azok a személyek, akik akár egy napig is érzékelték a fejfájást, intenzívebb fájdalomról beszéltek (átlag= $6,68\pm 1,73$), mint akiknél több napig (átlag= $6,33\pm 1,21$) volt detektálható ($p=0,66$) (**II. táblázat**).

II. táblázat: A fejfájás intenzitása a fájdalom időtartama szerint ($n=111$)

Fájdalom időtartama	Pár perc	Pár óra	Egy nap	Több nap	Összefüggés (p)
Fájdalom intenzitásának mértéke (átlag)	8,1±1,83	6,13±1,7			0,006
	8,1±1,83		6,68±1,73		0,082
	8,1±1,83			6,33±1,21	0,08
		6,13±1,7	6,68±1,73		0,201
		6,13±1,7		6,33±1,21	0,774
			6,68±1,73	6,33±1,21	0,66

A fejfájás megjelenésének gyakorisága és a fájdalom intenzitása között szignifikáns különbség van ($p=0,039$). Azon válaszadók, akik napi szinten egyszer észlelték fejfájást (átlag= $6,5\pm 1,41$), alacsonyabb intenzitást detektáltak, mint akik több alkalommal (átlag= $7,63\pm 2,066$) ($p=0,936$). Heti tekintetben, akiknél egyszer jelentkezett fejfájás (átlag= $5,65\pm 1,802$), kisebb mértékű fájdalomról számoltak be, míg akiknél gyakrabban jelentkezett (átlagosan $6,69\pm 1,53$) ($p=0,495$). Havi viszonylatban, akiknek egyszer volt fejfájása (átlag= $5,6\pm 1,92$), gyengébb fájdalomról tanúskodtak, mint akiknek többször (átlag= $6,33\pm 1,28$) voltak ilyen jellegű problémáik ($p=0,954$) (**4. ábra**).

Stressz-szint felmérése

A stressz-szint felmérésére az Észlelt stressz kérdőívet használtuk. Az elért átlagpontszám $23,14\pm 5,54$ volt. A legalacsonyabb pontszám 5, míg a legmagasabb 42 pont volt. A válaszadók közül 19 fő (17,12%) alacsony, 89 fő (80,18%) mérsékelt és 3 fő (2,7%) magas stressz-szinttel rendelkezett a felmérések alapján.

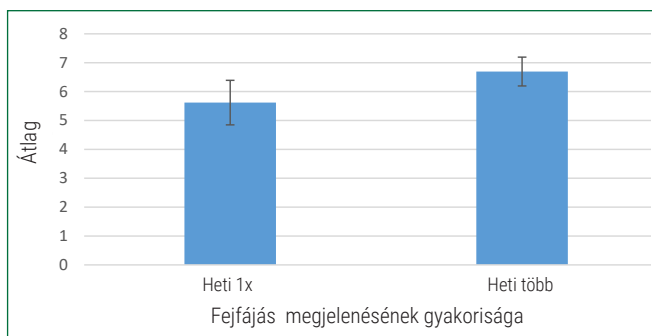
Az összesített stresszpontszám alapján a nők átlagosan $22,81\pm 5,82$ pontot, a férfiak $24,65\pm 3,84$ pontot értek el. Az összesített pontszámok a nemi identitással nincsenek szignifikánsan összefüggésben ($p=0,181$).

A fájdalom intenzitásának mértéke (VAS) és a stresszpontszám között nem található szignifikáns összefüggés ($r=-0,094$, $p=0,327$).

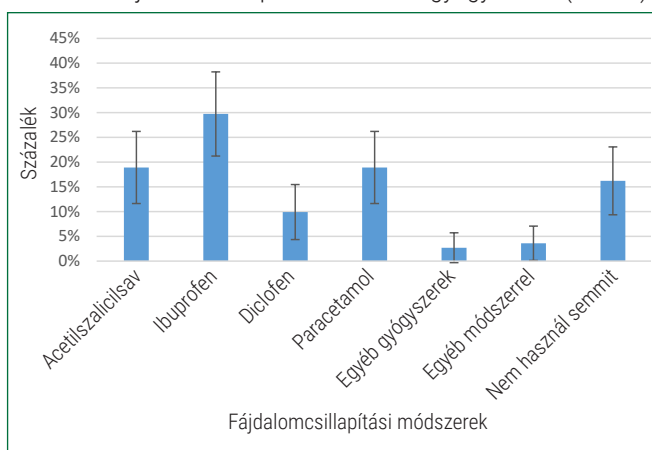
Alvásmínőség felmérése

Az alvászavar felmérésére az Athén insomnia kérdőívet használtuk, amely az összesített pontszám alapján két csoportra osztotta fel a kitöltőket. Az összesített pontok alapján az átlag $7,95\pm 4,18$ pont. A legkisebb pontszám 1, míg a legnagyobb 18 pont volt. A válaszadók közül 71 fő (63,96%) nem rendelkezett, míg 40 fő (36,04%) rendelkezett alvászavarral.

4. ábra: A fejfájás intenzitásának összehasonlítása a megjelenésének gyakoriságával heti viszonylatban (N=111)



5. ábra: A fájdalomcsillapításra használt gyógyszerek (N=111)



A fájdalom intenzitását tekintve az alvászavarral nem rendelkezők körében átlagosan $6,37 \pm 1,67$ pontot, míg azon embereknél, akiknél észleltünk alvászavart átlag $6,33 \pm 1,87$ pontot mértünk. Az alvászavar megjelenése és a fejfájás intenzitásának mértéke között nincs szignifikáns összefüggés ($p=0,905$).

Az aktív hallgatói jogviszonnyal rendelkezők átlagosan $8,12 \pm 4,26$ pontot, míg a passzívt személyek átlagosan $6,20 \pm 2,74$ pontot kaptak az alvási problémák megjelenésére. A pontszámok alapján a tanuló státusza nincs szignifikánsan összefüggésben az alvászavarok jelenlétével ($p=0,167$).

Az alvászavarral érintetteknél (38,8%) nagyobb arányban fordult elő hangulatingadozás, mint az alvászavarral nem rendelkezők körében (15,4%). Az alvászavar és a hangulatingadozás között nem volt kimutatható együttjárás ($p=0,099$).

A fájdalomcsillapítás értékelése

A válaszadók közül 21 fő (18,92%) acetilsalicilsavval (pl.: Aspirin), 33 fő (29,73%) ibuprofennel (pl.: Nurofen), 11 fő (9,91%) diklofenakkal (pl.: Cataflam), 21 fő (18,92%) paracetamollal (pl.: Panadol),

3 fő (2,7%) egyéb gyógyszerekkel (pl.: Analgin, Nimulid), 4 fő (3,6%) egyéb módszerrel csillapította a fájdalmat (pl.: sétát a friss levegőn) és 18 fő (16,22%) nem alkalmazott gyógyszeres fájdalomcsillapítót (5. ábra).

A válaszadók közül a fájdalomcsillapítást követően 5 főnél (4,72%) kismértékben csökkent, 38 főnél (35,85%) elviselhetővé vált, 52 főnél (49,06%) teljesen megszűnt a fájdalom és 11 főnél (10,38%) egyáltalán nem befolyásolta a fájdalom intenzitását.

Megbeszélés

Célunk az elsődleges fejfájás típusainak vizsgálata, a hallgatók körében felmérni a fejfájás előfordulását, a rizikótényezőit, okait, tüneteit, valamint azt, hogy a mindennapi tevékenységek elvégzését milyen módon befolyásolja.

Saját szerkesztésű kérdőív segítségével a szociodemográfiai adatokat, tanulási szokásokat és a fejfájást vizsgáltuk, amely a fejfájás kialakulásának okára, intenzitására, az időtartamára, a kialakulásának helyére és a kezelés módjára kérdezett rá.

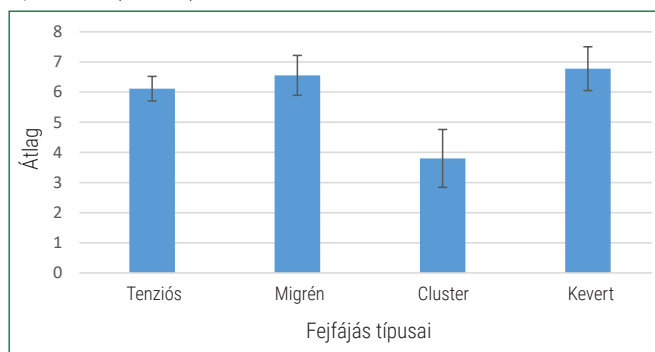
A válaszadók közül 91 fő (81,98%) nő, 20 fő (18,02%) pedig férfi volt. Átlagéletkoruk $23,7 \pm 4,99$ év. A válaszadókból 101 fő (90,99%) aktív hallgató, míg 10 fő (9,01%)

passzív hallgató. A munkarendet tekintve 88 fő (87,13%) nappali tagozaton és 13 fő (12,87%) levelező tagozaton tanult. 45 fő (40,54%) dolgozott, míg 66 fő (59,46%) nem rendelkezett munkaviszonnyal.

A fájdalom intenzitását vizuális analóg skála alkalmazásával mértük fel. A fájdalom erősségét kategorizálva 7 főnél (6,3%) enyhe, 47 főnél (42,3%) mérsékelt és 57 főnél (51,4%) intenzív volt. Braga és munkatársai felmérésében a hallgatók 35,7%-a mérsékeltnek, 10,0%-a enyhének és 8,6%-a a lehető leg súlyosabbnak minősítették a fejfájás mértékét (Braga et al., 2012). Kutatásunkban a fájdalom intenzitása nem mutat szignifikáns kapcsolatot a stressz-szinttel ($p=0,327$), az alvászavar kialakulásával ($p=0,905$), a levegőn való tartózkodással ($p=0,411$), a koncentrációképesség csökkenésével ($p=0,949$) és a tanulási módszerekkel ($p=0,28$).

A fejfájás típusait a fejfájás jellege, időtartama és lokalizációja alapján csoportosítottuk. A tenziós típusú fejfájás idejét tekintve pár óráig tartott, frontális és temporális régióban jelentkezett tompa típusú fájdalomként. Mier és Dhadwal szerint a TTH-nál a fájdalom minősége nyomó vagy feszítő, és kétoldalúan helyezkedik el a temporális és occipitális te-

6. ábra: A fejfájás intenzitásának összehasonlítása a fejfájás típusaival (N=111)



rületeken (Mier & Dhadwal, 2018). *Burch* szerint a migrén occipitális régióra lokalizálódik, egy napig, de némely esetben akár több napig is észlelhető a lüktető típusú fájdalom (Burch, 2019). *May* és munkatársai szerint a cluster típusú fejfájás a sinusokat érinti, amely a szemzugba is kisugározhat, pár perces rohamokban feszítő jellegű fájdalomként detektálható (May et al., 2018). Felmérésünkben részt vevők 8,11%-ánál migrén, 4,5%-ánál cluster típusú és 63,06%-ánál tenziós típusú fejfájás jelentkezett. *Bjorvatn* és munkatársai kutatásánál a TTH 27,9%-ban, míg migrén 19,6%-ban jelent meg (Bjorvatn et al., 2018). Kutatásunkban a fejfájástípusok a nemmel ($p=0,096$) és az életkori csoportokkal ($p=0,468$) nem mutatnak szignifikáns kapcsolatot. A fájdalom intenzitását nem befolyásolta a megjelenő fejfájás típusa ($p=0,294$) (**6. ábra**).

Kutatásunkban a fejfájás megjelenésével párhuzamosan kimerültség érzése (83,78%), ingerlékenység (83,78%), rossz közérzet és hangulatingadozás (88,29%), illetve a koncentrációs képesség csökkenése (95,5%) is társult. Ezen eredményeket *Bragal* és munkatársainak kutatásaival összevetve, ahol a koncentrációképeség csökkenése a válaszadók 84,3%-ánál észlelhető volt és ugyanilyen arányban, 84,3%-ban a hangulatingadozás is (Braga et al., 2012).

Vizsgálatunkban igazolást nyert, hogy a fejfájás intenzitása 76,15%-ban befolyásolható és csak 23,85%-ban nem. Ez fontos tényező, mivel például a stressz (91,59%) fokozza, míg a pihenés és a pihentető alvás (81,31%) csökkenteni fogja az intenzitását. *Farag* és munkatársai alátámasztották a tényt, miszerint súlyosbító tényezőként tekinthető a stressz (83,7%) és az alvászavar (76%) (Farag et al., 2020).

A stresszes állapot felmérésére az Észlelt stressz kérdőívet használtuk, annak is a 14 kérdésből álló változatát. Az összesített pontok alapján kategorizáltuk a stresszes állapotokat. Alacsony stresszszinttel a felmérésben részt vevő személyek közül csupán 17,12%, mérsékelttel 80,18% és magassal pedig 2,7% rendelkezett. A kapott eredményeink

szerint a válaszadók nagyobb részénél mérsékelt vagy magas stressz-szint volt mérhető. *Vámosiné* felmérése szerint az SF-36 kérdőív eredményei alapján a kitöltők kevesebb mint ötöde (16,94%) válaszolta, hogy egészségi állapotuk rossz vagy épp tűrhető; 53,39% gondolta egészségi állapotát jónak, és több mint negyedük (29,66%) tartja nagyon jónak vagy épp kitűnőnek az egészségi állapotát (Vámosiné Rovó, 2020). Felméréseink szerint az összesített pontszámok a nemi identitással nincsenek szignifikánsan összefüggésben ($p=0,181$).

Az alvászavarok felmérésére az Athén insomnia skálát alkalmaztuk. Kutatásunkban alvászavarról a válaszadók 36,04%-a számolt be, míg 63,96%-a nem. A pihentető alvás csökkentette a fejfájás intenzitását (81,31%), ezért a kielégítő alvás igen fontos. Az alvászavar és a hangulatingadozás között nem találtunk szignifikáns összefüggést ($p=0,099$). *Fusz* és munkatársai felmérése alapján a válaszadók (átlagéletkor: 38,56 év) átlagosan 6,8 órát alszanak naponta, a kor emelkedésével ez csökken ($p=0,001$). Az alvászavar leggyakoribb okai: munkahelyi stressz (35,6%), magánéleti stressz (35,4%) és fájdalom (24,2%). Az AIS (Athén insomnia skála) alapján igazolódott a magánéleti stressz ($p=0,001$) és fájdalom hatása ($p=0,033$) az alvásminőségre (Fusz et al., 2016).

Felmérésünk alapján a válaszadók, akik gyógyszeres fájdalomcsillapítási módszert alkalmaznak, 18,92%-a acetilszalicilsavat (pl.: Aspirin), 29,73%-a ibuprofent (pl.: Nurofen), 9,91%-a diklofenakot (pl.: Cataflam), 18,92%-a paracetamolt (pl.: Panadol) és 2,7%-a egyéb gyógyszereket (pl.: Analgin, Nimulid) szedett. A fejfájás csillapítására különböző gyógyszereket használtak. Elmondhatjuk, hogy a válaszadók, akik gyógyszeresen csillapítanak fájdalmat, NSAID-ot alkalmaztak (80,18%), illetve vannak olyan személyek, akik nem alkalmaztak semmit (16,22%) a fájdalom intenzitásának csökkentésére. A gyógyszeres fájdalomcsillapítás mellett léteznek egyéb módszerek is a fájdalom intenzitásának csökkentésére, mint például a friss levegőn való mozgás (3,6%). Az eredmények tükrében alátámasztottuk, hogy az emberek legnagyobb része fájdalomcsillapításra különböző gyógyszereket használ. *Manhalter* kutatása szerint a betegek 65%-a egyszerű, 16%-a pedig kombinált NSAID-ot, míg 15%-a triptofánokat és mindössze 4%-a ergot származékokat használt (Manhalter, 2015). Kutatásunkban a fájdalom intenzitásának csökkentésére alkalmazott módszerek 4,72%-ban kismértékben, 35,85%-ban mérsékelt arányban befolyásolták azt, amelynek következtében elviselhetővé vált a fejfájás, és 49,06%-ban teljesen

meg is szűnt, de 10,38%-ban egyáltalán nem hatottak a fejfájásra.

Az eredmények tükrében elmondható, hogy az alkalmazott fájdalomcsillapítási módszerek megfelelőnek minősültek.

Összesítve elmondható, hogy az egyetemi hallgatók körében gyakori gondot jelent a fejfájás megjelenése, amelynek kialakulásában a hajlamosító tényezők nagy szerepet játszanak, mint például a stressz és az alvászavar. A fejfájással párhuzamosan kimerültség érzése, hangulatingadozás, koncentrációs képesség csökkenése és ingerlékenység társul, amely megakadályozza az egyén mindennapi tevékenységeinek elvégzését. A válaszadók a fájdalmat gyógyszeresen különböző NSAID-készítményekkel csillapították. A gyógyszeres fájdalomcsillapításon kívül javasolt lenne tájékoztatni az adott személyt, hogy mi lehet a kiváltó tényező és hogy azt milyen módon lehet befolyásolni. Fontos lenne az embereket felvilágosítani arról, hogy léteznek nem gyógyszeres fájdalomcsillapítási módszerek, és azoknak előnyeiről is informálni kellene őket (Bicsak, 2022).

Az életmódváltás lényeges része a fejfájások kezelésének, ezért fontos a kiegyensúlyozott életritmus, a rendszeres testmozgás, vitaminokban, ásványi anyagokban gazdag, kiegyensúlyozott táplálkozás, a megfelelő mennyiségű folyadékbevitel és a relaxációs technikák, autogén tréningek alkalmazása ajánlott (Bicsak, 2022).

Fontos lenne a fájdalom intenzitását fokozó tényezők kerülése, amellyel nagymértékben befolyásolható lenne a fejfájás. A stresszt, mivel a fejfájás kialakulását elősegítheti vagy intenzitását fokozza, célszerű lenne megfelelően kezelni, illetve csökkenteni. A fájdalom és a stressz csökkentésére a zeneterápia (Kollár, 2018), jóga és meditálás (Vajda & Kiss, 2017), levendula és az eukaliptusz illóolajak (Gabilla, 2003) is alkalmazhatók. A megfelelő alvásviszonyok megteremtése fontos szerepet tölt be az alvászavar megelőzésében, amelyet a fényviszonyok csökkentésével és a hangzavarok elkerülésével érhetünk el. Fusz és munkatársai szerint az elalvást segítő legnépszerűbb módszerek: tévézés, olvasás, zenehallgatás. Kutatások rámutattak arra, hogy a

tévézés, számítógép-használat káros elalvás előtt, ugyanis megnehezíti az elalvást és a pihentető alvást. Érdekes eredmény, hogy az általuk megkérdezett felnőttek nagy része, amikor nehezen alszik el, a tévét hívja segítségül (Fusz et al., 2016). Az NSAID gyógyszerek hosszabb távú alkalmazása károsíthatja a gyomornyálkahártyát, amely akár gyomorfekély kialakulásához is vezethet. Ennek megelőzésére a betegedukáció során fel kell hívni a figyelmet a gyógyszerek mellékhatásaira és azok megelőzési lehetőségeire (például gyomornyálkahártya-védők alkalmazása). Albert és munkatársai vizsgálata alapján a gyógyszerekkel kapcsolatos információkat az emberek elsősorban az orvosoktól és a gyógyszerészekről várják. Lázzal járó betegség esetén sokan a gyógyszeres lázcsillapítást (51%), illetve a gyógyszeres és fizikális eljárás kombinációját alkalmazzák (31%). Kizárólag fizikális módszereket 18% említett (Albert, 2000). Minden betegség gyógyszeres kezelése során nagyon fontos, hogy a beteg betartsa az orvos utasításait, javaslatait (Gábor, 2016).

Az elsődleges fejfájás különböző formái jelennek meg, amelyek nagymértékben befolyásolják az életminőséget. A rizikótényezők kerülésével csökkenteni lehetne a fejfájás kialakulását, mindemellett fontos lenne, hogy ne csak gyógyszerek segítségével érhünk el fájdalomcsillapító hatást, hanem más módszerek által is.

Szerzői munkamegosztás: CS. H.: koncepció, szakirodalom-kutatás, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, táblázatok-ábrák elkészítése, publikáció összeállítása. K. I.: koncepció, szakirodalom-kutatás, statisztika, szakmai lektorálás, szakmai véleményezés, szakértő. P. A.: koncepció, szakirodalom-kutatás, statisztika, publikáció összeállítása, szakmai lektorálás, szakmai véleményezés, szakértő.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása és a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltégei.

Irodalomjegyzék

- Albert, É. (2000). Családok és egyének gyógyszeresedési szokásai. Győr.
- Berghammer, R., & Zsombok, T. (2011). Migrénés és tenziós fejfájásban szenvedő betegek életminőségének vizsgálata az impulzivitással, empátiás készséggel, depresszív szindrómával és vitális kimerültséggel való összefüggésben. *Mentálhigiéné*

és *Pszichoszomatika*, 12, 173–189. <https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.2.4>

- Bicsak, T. (2022). Mit tehetünk a rendszeres fejfájás ellen? Retrieved from: <https://tritonlife.hu/hu/vizsgalati-ajanlo/mit-tehetunk-a-rendszeres-fejfajas-ellen>
- Bjorvatn, B., Pallesen, S., Moen, B., Waage, S., & Kristoffersen, S.

- E. (2018). Migraine, tension-type headache and medication-overuse headache in a large population of shift working nurses: a cross-sectional study in Norway. *BMI, Open* 8, 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022403>
- Braga, P. C., Souza, L. A., Evangelista, R. A., & Periera, L. V. (2012). Ocorrência e prejuízos da cefaleia em estudantes universitárias de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* 46, 133–139. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100019>
- Burch, R. (2019). Migraine and Tension-Type Headache: Diagnosis and Treatment. *Med Clin North Am*, 103(2), 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.003>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Farag, S., Al-Malk, A., Alqahtani, A., Tamraa, A. A., Almutlag, A. H., Alshamrani, A. S., . . . Algahtani, S. (2020). Prevalence of primary headache among king khalid university students in 2019. *World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine*, 18, 62–70. <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2020.93875>
- Fusz, K., Faludi, B., Pusztai, D., Sebők, N., & Oláh, A. (2016). Insomnia és elavást segítő szokások. *Orvosi Hetilap*, 157(49), 1955–1959. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30593>
- Gabilla, T. (2003). Illóolajokkal az egészségért. Budapest: BioTer Bt.
- Gábor, S. (2016). A beteg-együttműködés – A sikeres terápia záloga. Forrás: Webbeteg: A beteg-együttműködés – A sikeres terápia záloga (webbeteg.hu)
- Grcić, T. (2017). Prisutnost glavobolja među studentima sestrištva i njihov utjecaj na ishod učenja. Osijek.
- Illés, A., & Nagy, E. B. (2015). Migrénés és tenziós fejfájásban szenvedő betegek betegségprezentációja. *LAM*, 25(3), 137–145. <https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.2.4>
- Karamánné Pakai, A., Oláh, A. (2014.a). Elméleti áttekintés a tudományos kutatásokról. In: Ács, P. (szerk.). Gyakorlati adat-elemzés. Pécs: PTE ETK; pp. 9–32.
- Karamánné Pakai, A., Oláh, A. (2014.b). Irodalomkutatás a gyakorlatban: Irodalomkutatás a leggyakrabban használt adatbázisok felhasználásával. In: Ács, P. (szerk.). Gyakorlati adat-elemzés. Pécs: PTE ETK; pp. 33–84.
- Kollár, J. (2018). A zene gyógyászati célú alkalmazása gyermekek. *LAM*, 28(4–5), 197–201.
- Lebedeva, E., Kobzeva, N., Givel, D., Kislyak, N., & Olesen, J. (2016). Psychosocial factors associated with migraine and tension-type headache in medical students. *Cephalalgia - International Headache Society*, 1–8. <https://doi.org/10.1177/0333102416678389>
- Lovrak, P. (2019). Upotreba neuroradiološke dijagnostike u obradi bolesnika sa glavoboljom. Split.
- Manhalter, N. (2015). Az életminőséget vizsgálta az elsődleges fejfájás. Budapest.
- May, A., Schwedt, T. J., Magis, D., Pozo-Rosich, P., Evers, S., & Wang, S. J. (2018). Cluster headache. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–17. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.6>
- Mier, R. W., & Dhadwal, S. (2018). Primary Headaches. *Dental Clinics*, 62(4), 611–628. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2018.06.006>
- Németh, A., Lamper, K., & Betlehem, J. (2014). Ápolók romló egészségi állapota. *Nővér*, 27(3), 1–44.
- Ong, J. J., Bharatendu, C., Tang, J., Sooi, K., Tan, Y. L., Tan, B., . . . Sharma, V. (2020). Headaches Associated With Personal Protective Equipment – A Cross. Sectional Study Among Frontline Healthcare Workers During Covid 19, Headache and Covid-19 (60), 864–877. <https://doi.org/10.1111/head.13811>
- Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20–43.
- Panigrahi, A., Behera, B. K., & Sarmab, N. N. (2020). Prevalence, pattern, and associated psychosocial factors of headache among undergraduate students of health profession. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8, 365–370.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athéni álmatlansági skála: az ICD-10 kritériumokon alapuló eszköz validálása. *Pszichoszomatikus Kutatási Folyóirat*, 48, 555–560. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00095-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00095-7)
- Sovulj, M. (2020). Procjena učestalosti glavobolja u studentama medicinskog fakulteta u Splitu i povezanost s razinom stresa, unosom natrija i tjelesnom aktivnosti. Split.
- Vajda, D., & Kiss, C. E. (2017). A mindfulness meditáció alkalmazása a várandósság alatt. Pécs.
- Vámosiné Rovó, G. (2020). Az egészségügyi szakdolgozók általános fizikai és mentális egészségének vizsgálata kérdőív módszerrel. Pécs.
- Wang, Y., Xie, J., Yang, F., Wu, S., Wang, H., Zhang, X., . . . Yu, S. (2015). Comorbidity of poor sleep and primary headaches among nursing staff in north China. *The Journal of Headache and Pain*, 88, 1–6. <https://doi.org/10.1186/s10194-015-0571-z>