

عوامل مؤثر بر تجربه درد در بیماران زن مبتلا به میگرن: یک مطالعه کیفی*
 سیده زهرا عمادی^۱، هادی بهرامی احسان^۲، رضا رستمی^۳

The effective factors on pain experience in female patients with migraine: A qualitative study

Seyedeh Zahra Emadi¹, Hadi Bahrami Ehsan², Reza Rostami³

چکیده

زمینه: میگرن از اختلالات نورولوژیک مزمن است که بر کیفیت زندگی افراد و توانایی مشارکت در امور شغلی، خانوادگی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد. علی‌رغم پژوهش‌های گسترده در زمینه شناخت میگرن، آیا می‌توان الگوی تبیینی جامعی برای شناسایی این بیماری پیشنهاد داد؟
هدف: این پژوهش با نگاهی کیفی در پی کشف عوامل مؤثر بر تجربه درد از لحاظ جسمی، روانی، شناختی، اجتماعی، معنوی و نهایتاً ارائه الگویی چندبعدی برای تبیین این بیماری بود. **روش:** این مطالعه با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از شیوه تحلیل محتوا (گرانهایم و لاندمن، ۲۰۰۴) انجام شده است. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۹ بیمار زن مبتلا به میگرن بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند به مطالعه وارد شدند. اطلاعات به وسیله مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. تمام مصاحبه‌ها بازنگری و طبقات و مقوله‌ها بر طبق شباهت‌های معنایی استخراج شدند. **یافته‌ها:** فرآیند تجربه درد میگرن غالباً با وضعیت شلیک آغاز می‌شود و واکنش‌های متفاوتی در پی دارد که بسته به کنار آمدن افراد به بهبودی یا شدت درد ختم می‌شود. در این فرآیند به ویژه موضوع عوامل روانشناختی نقش جدی ایفا می‌کند. با این توصیف، بیماران مبتلا به میگرن، نه تنها با علائم فیزیکی درد درگیرند، بلکه ورای آن، درباره اظهار درد یا کتمان درد در کنار آمدن با دیگران تعارضات جدی دارند. **نتیجه‌گیری:** در بافت بیماری میگرن ارزیابی‌های منفی افراد که ساخته ذهن آنان است موجب نگرانی می‌شود؛ از سوی دیگر ممکن است دیگران ارزیابی‌های منفی را القا کرده و بیمار را در معرض تبعاتی قرار دهند. با توجه به آن که سردرد میگرنی، هم یک متغیر فیزیکی و هم متغیری روانشناختی است، درمان باید همزمان شامل نشانه‌زدایی و دارودرمانگری باشد و هم به حل مسائلی که با تأثیر بر روان فرد باعث تشدید میگرن می‌شود، بپردازد. **واژه کلیدی‌ها:** مطالعه کیفی، تجربه درد، سردرد میگرنی

Background: Migraine is a chronic neurological disorder that affects people's quality of life and ability to participate in work, family, and social affairs. Despite the extensive research in the field of perception of migraine, no comprehensive explanatory pattern has yet been suggested to identify this disease. **Aims:** The present study, through a qualitative perspective, aimed to explore the effective factors on pain experience in terms of physical, psychological, cognitive, social, and spiritual aspects and ultimately, provide a multi-dimensional pattern to explain this disease. **Method:** This study was conducted using a qualitative approach and applying content analysis method (Graneheim & Lundman, 2004). Participants consisted of 19 female patients selected by purposive sampling. The data were collected using semi-structural interviews. All interviews were reviewed and categories were extracted based on semantic similarities. **Results:** The process of pain experience of migraine is often initiated by a trigger and creates various reactions which lead to the improvement or severity of pain based on the individuals' coping. In this process, psychological factors particularly play a critical role. Therefore, patients with migraine are not only engaged in physical symptoms, but also they have serious conflicts in expressing or hiding pain while encountering others. **Conclusions:** In the context of migraine, individuals' negative evaluations which are consequences of their mental negative self-appraisals raise concerns. On the other hand, it is possible that others induce these negative evaluations and expose the patient to negative consequences. Given that migraine headache is both a physical and a psychological variable, the treatment should simultaneously include both medication and improving symptoms, and solving problems that affect the individual's psyche and intensify his/her migraine. **Key words:** Qualitative research, Perception of pain, Migraine headache

Corresponding Author: hbahrami@ut.ac.ir

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

¹ Ph.D Student of Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

² Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

³ Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۷/۱۲/۲۵

دریافت: ۹۷/۱۰/۲۷

مقدمه

است و با افزایش سن، شیوع و تکرار آن کاهش می‌یابد (گنزالیز - کویتانیا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵).

هرچند ساز و کار دقیق میگرن ناشناخته است؛ لیکن، این باور وجود دارد که دلایل بروز میگرن ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی است (اندرس - راتراک، کینگ و راتراک^{۱۲}، ۲۰۱۰). درمان رایج میگرن دارویی است که یا برای تسکین یا برای پیشگیری از حملات استفاده می‌شود (کنیس، کرنیک و اوفلین^{۱۳}، ۲۰۱۳). اما رویکرد صرفاً دارویی در گنجاندن عوامل روانی، اجتماعی و شناختی مرتبط با شروع، طول دوره و پیامدهای میگرن که در بیماران مبتلا رایج است، موفق نبوده است (واکوگن، لاکوست، گیلبرت، هوگر و لیجون^{۱۴}، ۲۰۰۳). اهمیت مدیریت غیردارویی درد مزمن معلوم شده است و رویکردهای مشابهی در درمان میگرن ایفای نقش می‌کنند (رید، اونگ و هندرسون^{۱۵}، ۲۰۱۶). برای توسعه چنین رویکردهای غیردارویی لازم است تجربه درد فهمیده شود.

ارزیابی میگرن از زاویه دید بیماران می‌تواند بینش‌هایی فراهم کند که به ندرت توسط روش‌های تحقیق دیگر کاوش می‌شود. در واقع، بسیاری از محققان، عوامل مؤثر بر میگرن را با رویکرد کمی بررسی کرده‌اند (امیری، به‌نژاد و آزاد، ۲۰۱۹؛ روسچویه، پریا، هاسنبرینگ، و استروبل^{۱۶}، ۲۰۱۹). با این حال، پرسشنامه‌ها یا مقیاس‌ها قادر به درک پیچیدگی ابعاد گوناگون مرتبط با تجربه بیماران نیست. چنین شکافی می‌تواند از طریق تحقیقات کیفی پر شود. گردآوری داستان‌های زندگی بیماران مبتلا به میگرن باعث کشف و بازشناسی جنبه‌های مرتبط با بیماری می‌شود (لوناردی^{۱۷}، ۲۰۰۷؛ نیکولز^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۷؛ روتبرگ و اورلینگ^{۱۹}، ۲۰۱۲).

درد مزمن، تجربه پیچیده و چندبعدی است که از عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی ریشه می‌گیرد (واکهولتز، پیرس و کوئینگ^{۲۰}، ۲۰۰۷). بنابراین، در مبتلایان به میگرن بررسی ابعاد گوناگون می‌تواند در پیشگیری و درمان این

درد مزمن مشکل عمده سلامتی در سراسر جهان است؛ امروزه، درمان‌های روانشناختی و پزشکی بسیاری برای مهارگری و بهبود درد به کار می‌رود (کاردوسا^۱، ۲۰۰۶). میگرن یکی از انواع درد مزمن ناتوان‌کننده است که می‌تواند به طور معنی‌داری کیفیت زندگی را کاهش دهد (شیک، حسن، تان و گان^۲، ۲۰۱۵). این بیماری شیوع جهانی ۱۲ درصد دارد (وولدمانیوئل و کوان^۳، ۲۰۱۷). بار اقتصادی سالانه میگرن معادل ۱۳ بلیون و ۱۱۳ میلیون دلار روز کاری از دست‌رفته است (بیفوس^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین میگرن بار اقتصادی سنگینی بر بیماران، سیستم بهداشتی و اجتماع تحمیل می‌کند (مک‌کرون^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). توانایی افراد دچار میگرن در تمام جنبه‌های زندگی روزمره مانند اشتغال، کارهای خانه و فعالیت‌های غیرجسمی کاهش می‌یابد (دی‌توماسو، فدریکی، لایکونو، دیلوسی و تودارلو^۶، ۲۰۱۴؛ پیتززا^۷، ۲۰۱۹). همین امر سبب می‌شود بهبودی این بیماران با تأخیر و مشکلات بیشتری همراه باشد و در اکثر مواقع به مزمن و طولانی شدن بیماری و کاهش احتمال بهبودی منجر شود (یاداو، کالیتا و میسرا^۸، ۲۰۱۰). این بیماری رایج‌ترین دلیل مراجعه به نورولوژیست است (ریدسدا، متانداباری و نوبل^۹، ۲۰۱۲). میگرن سردردهای ضربان‌دار دوره‌ای است که با شدت و مدت متفاوت بروز می‌کند. این سردرد اغلب با تهوع و استفراغ و نورگریزی و صداگریزی همراه است. شروع سردرد از ناحیه گیجگاهی، پیشانی یا پشت سر است و حتی گاهی بیمار نمی‌تواند نقطه خاصی را برای آغاز درد بیان کند (دی‌توماسو و همکاران، ۲۰۱۴). طول مدت سردرد از ۴ تا ۷۲ ساعت متغیر است. سردردهای میگرنی با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی، شدت بیشتر و قدرت ناتوان‌کنندگی بالاتری دارند. بیش‌ترین فراوانی حملات بین بزرگسالان است و علایم در بین زنان شدیدتر از مردان است (کیروس و اوپرین^{۱۰}، ۲۰۱۱). شروع سردرد بیشتر در سنین جوانی

11. González-Quintanilla

12. Andress-Rothrock, King & Rothrock

13. Kennis, Kernick & O'Flynn

14. Wacogne, Lacoste, Guillibert, Hugues & Le Jeune

15. Reid, Ong & Henderson

16. Ruscheweyh, Pereira, Hasenbring & Straube

17. Lonardi

18. Nichols

19. Rutberg and Öhrling

20. Wachholtz, Pearce & Koenig

1. Cardosa

2. Shaik, Hassan, Tan & Gan

3. Woldeamanuel & Cowan

4. Befus

5. McCrone

6. de Tommaso, Federici, Loiacono, Delussi & Todarello

7. Peters

8. Yadav, Kalita & Misra

9. Ridsdale, Mtandabari & Noble

10. Chiros, O'Brien

اطلاعات از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۵۶ دقیقه به طول انجامید.

مصاحبه نیمه ساختاریافته با این سؤال محوری از مصاحبه‌شوندگان آغاز شد و عبارت بود از اینکه: چگونه میگرن و سردردهایتان را توصیف می‌کنید؟ از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد تجربیاتشان را در مورد میگرن توضیح دهند. دیگر سؤالات شامل: چه عوامل و موقعیت‌هایی بر تجربه درد شما مؤثر است؟ سردرد چه تغییراتی را در زندگی خانوادگی و اجتماعی شما ایجاد کرده است؟ سؤالات بعدی و پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کننده مطرح می‌کرد به سمت روشن شدن سؤالات اصلی پژوهش یعنی دانستن عوامل مؤثر بر شروع و تجربه درد میگرن پیش می‌رفت.

در آغاز هر مصاحبه، در زمینه اهداف مطالعه و چگونگی انجام آن توضیحاتی ارائه شده و رضایت آنها به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید. قبل از شروع مصاحبه، از شرکت‌کنندگان برای ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و از نظر همه ملاحظات اخلاقی این مطالعه از جمله داوطلبانه بودن مشارکت، حفظ حریم شخصی و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان و حق ادامه ندادن همکاری در هر زمان از انجام پژوهش به آنها اطمینان داده شد.

قابلیت اعتماد و درستی آزمایشی مطالعه حاضر در چهار محور مقبولیت، همسانی، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری بررسی شد (شنتون، ۲۰۰۴). مقبولیت داده‌ها با استفاده از حداکثر تنوع در نمونه‌ها از نظر میزان تحصیلات، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل در گروه افراد مبتلا به میگرن و با ارائه تعدادی از متون کدگذاری شده به مشارکت‌کنندگان برای بررسی چگونگی و درستی برداشت‌های پژوهشگران تأمین شد. برای رعایت محور همسانی در پژوهش، داده‌های مصاحبه با استفاده از ضبط صوت و یادداشت برداری جمع‌آوری شدند. برای رعایت محور تأییدپذیری، مراحل انجام پژوهش و چگونگی داده‌های به دست آمده به دقت ثبت شدند. همچنین کدهای استخراج شده از هر مصاحبه را فرد مشارکت‌کننده تأیید کرد. در نهایت، برای رعایت محور انتقال‌پذیری یافته‌های پژوهش با سه متخصص روانشناسی که در پژوهش مشارکت نداشتند، مشورت شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شدند؛ برای این کار از روش گرانهایم و لاندمن^۴ (۲۰۰۴) استفاده شد. در

بیماری بسیار کمک‌کننده باشد (دیکمن، یاوز و ایدینلار، ۲۰۱۵). پزشکیانی که تأثیر میگرن بر زندگی بیمارانشان را درک می‌کنند، در بازیابی مهارت زندگی افراد مبتلا موفق‌تر عمل می‌کنند (برندس^۲، ۲۰۰۸).

با توجه به آنچه بیان شد، با در نظر گرفتن مسائل برآمده از درد و رنج حاصل از بیماری میگرن و هیجانات منفی حادث از آن، و با توجه به نبود پژوهش در بافت ایرانی برای بررسی ویژگی‌های گوناگون این بیماری، مطالعه حاضر بر آن است تا با مطالعه کیفی ویژگی‌های بیماران میگرنی، چگونگی تجربه درد و فرآیند آغاز و انجام آن را بررسی و با کشف و بازشناسی ویژگی‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران مبتلا به میگرن، مدلی طراحی کند تا چگونگی تجربه درد را در این بیماران بررسی کند. این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که ویژگی‌های روانی - اجتماعی مهم که می‌تواند چگونگی تجربه درد را در بیماران میگرنی توضیح دهد، چیست؟

روش

این پژوهش، با رویکرد کیفی با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل محتوای کیفی در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت. این روش، برای دسته‌بندی داده‌های کیفی در مطالعاتی به کار می‌رود که هدف آنها شرح یک پدیده است (شنتون^۳، ۲۰۰۴). جامعه پژوهش، مراجعه‌کنندگان به کلینیک اعصاب و روان بیمارستان امام خمینی در شهر تهران بودند. شرکت‌کنندگان شامل ۱۹ نفر از زنان مبتلا به میگرن از میان مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. تحصیلات از دیپلم تا دکتری را در بر می‌گرفت. دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال به دست آمد. روش انتخاب مشارکت‌کنندگان، به صورت هدفمند بود تا ویژگی‌های روانی - اجتماعی مهم در چگونگی تجربه درد به دست آید. مصاحبه تا اشباع اطلاعات، یعنی زمانی که ادامه مصاحبه هیچ داده جدیدی را به اطلاعات قبلی اضافه نکند، ادامه یافت.

معیار ورود به مطالعه، شامل تشخیص تجربه سردرد میگرن توسط نورولوژیست بر اساس ملاک‌های انجمن بین‌المللی سردرد در سال ۲۰۰۴ بود. هم‌چنین، فرد تجربه دوبار سردرد در ماه جاری و پنج بار سردرد در شش ماه اخیر داشته باشد. به علاوه، اختلال روانپزشکی همزمان و بیماری جسمانی شدیدی نداشته باشد. جهت جمع‌آوری

3. Shenton

4. Graneheim, & Lundman

1. Dikmen, Yavuz & Aydinlar

2. Brandes

«نمی‌دونم قبل عادت ماهانه‌م فشار مشکلات علاوه بر هورمون‌ها بالا می‌ره یا چی ولی اونموقع‌ها واقعا تعداد سردردهام به بیشترین حد خودش میرسه»

«اگر خوب نخوابم یا درست و به موقع نخورم سردردهام شروع می‌شن»

الف ۲. علل محیطی: این عوامل شامل شلوعی و سروصدا، تغییرات آب و هوا، گرما، بو و نور زیاد است.

«من روزی که تو خیابون‌ها بوی عطر زیاد یا مثلا بو سیگار به مشامم برسه همون روز سردردم شروع می‌شه»

«وقتی اتوبوس یا مترو خیلی شلوغه و همه دارن با هم حرف می‌زنن خب سردرد من شروع می‌شه به همین خاطر سعی می‌کنم مواقع شلوغ بیرون نرم»

«اصلا این عروسی‌هایی که توش نورپردازی می‌کنن نمی‌تونم برم چون واقعا نور زیاد باعث سردردم می‌شه»

الف ۳. علل روانشناختی: عواملی از جمله فرآیند گریه کردن، عواملی که به حس ناکامی و فشار روانی منجر می‌شود؛ عوامل تنیدگی‌زایی که فرد ممکن است در هر روز تجربه کند، افسردگی، تنهایی، خشمی که به دلیل ملاحظات خاصی بروز نداشته است، اتفاقاتی که بار هیجانی بالا دارد، روابط عاطفی حل نشده که به صورت فرسایشی تداوم دارد.

«از همه سریع‌تر با گریه‌ست. گریه کنم، یک ساعت بعدش سردردم شروع میشه»

«از لحاظ روانی اوایل نمی‌فهمیدم من عصبی می‌شم، سردرد می‌گیرم یعنی بهش فکر نکرده بودم. بعد از مدتی فهمیدم که تا عصبی می‌شم میگرنم شروع می‌شه.»

«یه زمان‌هایی هس تو محل کارم ریسم یا همکارانم یه چیزایی می‌گن که نمی‌تونم جوابشون رو بدم و مجبورم سکوت کنم تا کارم رو از دست ندم همون روز سردردهای من شروع می‌شه»

«بگو مگوه‌های من با نامزد سردردهام رو بیشتر می‌کنه یه روز خوبیم ده روز بدیم به تناسبی که رابطمون بدتر می‌شه، سردردهای منم بیشتر می‌شه؛ یه موقع فکر کردم بذار کات کنم چون این بالا پایین‌ها داره بهم آسیب می‌زنه بعد دیدم تو تنهایی‌های آزاردهنده هم باز سردردهام بیش‌تره»

گام اول، متن مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده گردید. در گام دوم، متن به واحدهای معنایی که خلاصه و کوتاه شده‌اند، تقسیم‌بندی شد. در گام سوم، طراحی انتزاعی نمودن واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان، مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آنها و کدهای دلالت‌کننده مشخص شد، سپس کدگذاری و خلاصه‌سازی انجام گرفت. در گام چهارم، بر اساس مقایسه مداوم شباهت‌ها، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفت و زیرطبقات و طبقات دسته‌بندی شد و کدهای محوری شکل گرفت. نقاط مبهم و نیازمند توجه، علاوه بر بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان، در مصاحبه‌های بعدی نیز مورد بررسی قرار گرفت؛ به نحوی که نقاط ابهام برطرف شد و جایگاه کدها در هر طبقه به طور کامل مشخص گردید. در گام پنجم در سطح تفسیری، طبقات تلخیص و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شد. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی با توجه به کل داده‌ها مورد بازبینی قرار گرفت (گرانهایم و لاندمن، ۲۰۰۴). پس از پایان این مراحل، همه موارد در قالب یک جدول کلی ارائه شدند. سپس نتایج حاصل با تعدادی از شرکت‌کنندگان در میان گذاشته شد تا میزان تجانس ایده‌های ظهوریافته از داده‌ها را با تجارب خود مقایسه و تأیید نمایند.

یافته‌ها

بعد از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها مشخص گردید، بروز و ظهور میگرن به صورت فرآیند است. این فرآیند نقطه آغازی دارد که با فعال‌سازها یا راه‌اندازهای^۱ گوناگون شروع می‌شود. شرکت‌کنندگان تأثیرات جسمی، محیطی و روانشناختی مؤثر در بروز و شروع سردرد میگرن را شناسایی کردند که مقابله و پیامدهایی در پی دارد.

الف. فعال‌سازها یا راه‌اندازها

الف ۱. علل فیزیولوژیکی: عوامل گوناگونی از جمله خستگی، به‌هم‌خوردن ساعت خواب، گرسنگی و نخوردن وعده غذایی، مصرف مواد خوراکی خاص و قاعدگی بر این مسئله تأثیرگذار است.

1. Trigger

«گاهی فکر می‌کنم من باعث کارهای اضافه برای همسر می‌شم، وقتی سردرد دارم و اون خسته و خورد میاد خونه، همه کارها گردن اون میفته و من احساس گناه دارم»

«گاهی واقعا ناامید می‌شم از اینکه این سردردها تا کی می‌خواد ادامه داشته باشه، چرا رهام نمی‌کنه»

«خب وقتی من می‌بینم عموماً هر ماه زمان قبل قاعدگیم بیشترین حجم سردردهام داره رخ میده الان این دست منه؟ خب واقعا چی کار می‌تونم بکنم؟»

«خیلی حس بدیه که نمی‌تونی رو خودت و کارات کنترل داشته باشی؛ درد که شروع می‌شه باید منتظر بشینی ببینی کی تموم میشه تا به کارهات برسی این یعنی تو اصلاً تو زندگیت کنترل نداری و تعیین کننده نیستی تو نمی‌تونی برنامه بریزی که چطور کارهات رو پیش ببری»

«سردرد باعث می‌شه کلا کلافه بشم؛ اصلاً نمی‌دونم چه کار کنم؛ حوصله تحمل درد هم ندارم»

ج ۳. واکنش‌های اجتماعی: سردرد میگرن عموماً موجب می‌شود فرد توانایی تعامل در موقعیت‌های گوناگون را از دست بدهد و روابطش محدود شود. این محدودیت در حوزه روابط با خانواده، روابط شغلی، روابط با دوستان و اوقات فراغت را در بر می‌گیرد.

«انقدر سفرها بوده که به خاطر من تأخیر افتاده، انقدر تفریح‌ها بوده که به خاطر من نرفتم تا من حالم بهتر بشه؛ اما اصلاً دوست ندارم این طوری بشه... حس خیلی بدی دارم که مثل یک زن مریضم»

«همیشه به عنوان فردی شناخته می‌شدم که افراد مشکلاتشون رو بهم می‌گفتند و قوی‌ترین فرد خانواده بودم. اما الان دیگه به اون قوی-ای نیستم، اطرافیانم مراقب هستن خبر بدی به گوشم نرسه و ازم خواسته‌ای ندارند»

«واقعاً چطور به محل کارت اعلام کنی سردرد داری و نمی‌تونی سر کارت بمونی؟ از این بدتر نمیشه! حتی به همکارات هم بگی باهات حرف نزنن، ارباب رجوع رو که دیگه نمیشه کاری کرد»

غیرقابل مشاهده بودن درد میگرن باعث می‌شود دیگران آن را به عنوان بهانه قابل قبول برای عدم مشارکت در تعهدات اجتماعی یا عدم انجام تکالیف در نظر نگیرند. این حس باور نشدن باعث می‌شود توانایی‌های اجتماعی آن‌ها زیر سؤال رود و به این خاطر می‌ترسند به عنوان فردی ضعیف یا تنبل و غیرمسئول در نظر گرفته شوند. به علاوه،

«می‌دونم چقدر استرس محرک قوی‌ای برای میگرنم هست به همین خاطر سعی می‌کنم ریلکس باشم و تو موقعیت‌های استرس‌زا نرم»

ب. شروع علائم

بعد از تجربه یک یا دو عامل فعال‌ساز یا حتی همه عوامل، علائم میگرن شروع می‌شود که عموماً سردرد وجود دارد و شدت آن از متوسط تا شدید است و همراه با علائم تهوع یا استفراغ و یا حتی گریز از نور، بوی شدید و صدا هم می‌تواند باشد.

«سردردهای من یه شب طول می‌کشه. قرص ضد تهوع می‌خورم. چشمام رو می‌بندم و تا نخوابم هم بهتر نمی‌شم. گاهی اوقات از شدت فشار عصبی و ضعف بدنی چند روز طول می‌کشه. به ویژه شب بدترم چون نور اتاق روشن می‌شه»

«وقتی سر کارم و سردرد میگرن سراغم میاد احساس وحشتناکی دارم. حتی نمی‌تونم یه لحظه اونجا بمونم چون همه چی اذیت می‌کنه: صدا، افرادی که باهام حرف می‌زنند، وجود پردرد خودم.»

ج. واکنش‌ها

در پی شروع علائم سردرد، فرد واکنش‌های جسمی، روانی، اجتماعی، شناختی و معنوی نشان می‌دهد. در ادامه، به توضیح هر یک پرداخته خواهد شد.

ج ۱. واکنش‌های جسمی: شروع میگرن باعث سختی در انجام فعالیت‌ها، تکالیف و حرکت کردن می‌شود و فرد برای بهبود خود به استراحت کردن و حضور در شرایط تاریک نیازمند است.

«وقتی خونه‌داری و سردردت عود می‌کنه، می‌مونی چی کار کنی؟ تمیزی و غذا پختن به کنار! کی بچه‌ها رو بیره مدرسه و بیاره؟ وحشتناکه»

ج ۲. واکنش‌های روانی: واکنش‌هایی که در حین تجربه سردرد میگرن تجربه می‌شود، از جمله خشم، ناکامی، اضطراب، نگرانی، ناامیدی، ناراحتی، احساس گناه، فقدان مهارت، بی‌حوصلگی، کلافگی، و عصبی بودن است.

«عموماً خشم غلبه داره. اگر عاملی در محیط باشه، خشم فوران می‌کنه. اما اگر تنها باشم، محرک نباشه بدونم قرص دم دستمه همون ناراحتی رو دارم. کسی دور و برم نباشه خشم ندارم، غمه»

«شروع که می‌شه واقعا نگران می‌شم می‌گم الان همه کارها و مسئولیت‌های خونه و محل کارم می‌مونه و کی می‌خوام انجامش بدم»

«بعضی وقت‌ها فکر می‌کنم مجبورم با یکی زندگی کنم که مدام متوقفم می‌کنه و برام تصمیم می‌گیره که چی کار اجازه دارم انجام بدم»

«من نمی‌خوام فکر کنند آدم بی مسئولیتی هستم که دارم سردرد رو بهونه می‌کنم که کارهام رو انجام ندم»

«کاش سردرد داشتن شاخ داشت اون موقع شاید باورشون می‌شد چه حجم فشار و دردی دارم تحمل می‌کنم؛ الان نمی‌فهمن منم هیچی نمی‌گم دیگه فقط تحمل می‌کنم»

«سردردم به کنار؛ واقعا اون موقع‌ها فقط دارم به بچه‌ها فکر می‌کنم و نگران هستم که بدون من کاراشون می‌مونه»

ج ۵. واکنش‌های معنوی: تجارب معنوی، از یک تغییر ابتدایی تا یک تحول عمیق و گسترده در تمام زندگی گزارش شده است. تجربه درد میگرن، در بعضی افراد باعث این سؤال از خدا می‌شود که چرا من باید سردرد بگیرم؟ و این باعث می‌شود که گاهی به گفتگو با خدا وارد شوند و حتی برای بهبود سردرد دعا کنند. این درد ممکن است نزدیکی به خدا را برای آنها ایجاد کند و او را به عنوان حامی و همراه بدانند.

«همیشه به این فکر می‌کنم حالا این درد رو دارم ولی به جاش به خانواده خوبم دارم به همسر خوبم دارم که پایه پام پیش میاد و درکم می‌کنه و کمکم می‌کنه و این لطف خداست به من..»

شاید درد را به عنوان عذاب یا کفاره گناهان خویش بدانند. «همیشه در این باره خونده بودم که خدا هر کی رو دوس داشته باشه بهش درد می‌ده اون موقع به این فکر می‌کنم که خدا گناهانم را داره پاک می‌کنه و به من توجه داره؛ حس خوبی»

«به یاد کارهای اشتباهی می‌فتم که الان خدا با این درد داره بابتش عذابم می‌ده»

یا حتی صرف حضور خدا در زندگی‌شان باعث قابل تحمل شدن و بهبود درد شود.

«با این که چهره مذهبی ندارم، وقتی با خدا صحبت می‌کنم، اون مسأله‌ای که از نظر روانی بهم فشار آورده، حل می‌شه و میگرنم بهتر می‌شه، حتی اگر اون مسأله در اصل حل نشده باشه»

«منو به خدا نزدیک می‌کرد. مخصوصاً در زمان حمله این قدر نزدیک شده بودم که حس می‌کردم هر چی از خدا بخوام بهم می‌ده. الان که به کوچولو بهتر شدم، می‌گم چرا الان این طوری شده مثل قبل هر چی می‌خوام نیس»

افراد نگرانی دارند که همکارانشان فکر می‌کنند آن‌ها وانمود به مریضی می‌کنند تا بتوانند کارها را عقب‌تر بیاورند.

«توقعم از دیگران اینه که درکم کنند سردرد دارم. وقتی خیلی سردرد دارم و دیگران بهم می‌گفتند اوووف تو سردرد داری این سردرد من رو صد برابر می‌کرد. این که درکم نمی‌کردند. من میگرن دارم! می‌فهمین؟ به دوره‌ای بود که اصلاً نمی‌گفتم میگرن دارم»

«وقتی می‌گم سرم درد می‌کنه فکر می‌کنند فقط برا اینه که بهونه بیارم تا کار را تحویل ندهم؛ درد سردرد از یک طرف هست، اما درد این مدل افکار اون‌ها بیشتره»

ج ۴. واکنش‌های شناختی: فرد در حین تجربه سردرد میگرن درباره امور گوناگونی فکر می‌کند؛ از جمله این که به دنبال راه‌های درمان می‌گردد؛ در مواردی سعی می‌کند خود را آرام کند یا به چیزی فکر نکند؛ ممکن است درباره آن که چرا او باید سردرد بگیرد، اشتغال ذهنی داشته باشد؛ و حتی فکر کند که سردرد باعث اتلاف وقت و عدم کارایی او می‌شود؛ در رابطه با این که چه قدر سردرد داشتن او مسأله بزرگی است، درگیری ذهنی دارد و درد را به عنوان نشانه‌ای از ضعف و کم‌توانی خود می‌داند. این فکر که درد میگرن را نمی‌توان مهار کرد نیز، یکی از افکار آزاردهنده در هنگام تجربه درد میگرن است.

اگر فرد دچار بیماری در محیطی باشد که مسئولیتی به عهده دارد، شروع سردرد ممکن است این فکر را در او فعال کند که موفق نشدن در انجام کارها باعث برچسب بی‌مسئولیتی می‌شود. بعضی افراد از این فکر اذیت می‌شوند که دیگران درد میگرن را به خاطر غیر قابل مشاهده بودن آن باور نمی‌کنند. هرچه مسئولیت فرد سنگین‌تر باشد، نگران بودن درباره دیگران با توجه به بار مسئولیت وی پررنگ‌تر می‌شود.

«بیشترین چیزی که موقع سردرد اذیتم می‌کنه اینه که الان می‌تونم چقدر مفید باشم و بخاطر سردرد نیستم»

«عموماً خودم رو با بقیه مقایسه می‌کنم. می‌رم رو مود این که چرا من سردرد دارم. این به ضعف بزرگه برا من. چرا من دارم و بقیه مثل خواهرم سردرد ندارن. احساس می‌کنم بقیه می‌گن تو ضعیفی که سردرد می‌شی و این باعث می‌شه سردردهام بیشتر بشه»

«اصلاً درد برام انقدر زیاد هست که ماتم فکر خاصی نمی‌کنم»

از وابسته شدن به آن وجود دارد. به علاوه استفاده از دارو نمی‌تواند عملکرد کامل فرد را برگرداند.

«من اگر هر روز سردرد داشته باشم باید هر روز دارو بخورم خب همیشه که خیلی ضرر داره! یه عالمه آدم می‌شناسم تحت تأثیر داروها کبدشون هم ترکیده! حالا دیگه درد قبلی که هستش مشکلات کبدی هم اضافه شده»

«قرص می‌خورم گیج می‌شم دیگه نمی‌تونم رو کارهام تمرکز کنم نمی‌تونم هم نخورم چون دیگه عادت کردم بدون قرص خوب نشم»

۲. مدیریت درد روانشناختی: عواملی مانند کم کردن حساسیت و بی‌خیالی به امور ایجادکننده سردرد را دربرمی‌گیرد. تغییر مرکز توجه و تمرکز بر موضوعاتی که موجبات آرامش فرد را فراهم کند و حتی خیال‌پردازی در مورد امور مثبت یکی از راه‌های مدیریت درد است.

«گاهی می‌دونم چی داره از نظر روانی اذیتم می‌کنه اگر سعی کنم مسلط شم، خوب می‌شم. قلق‌ها دستم اومده که چه کار کنم. خود آدم دکتر خودش می‌شه»

«به خودم این امیدواری رو می‌دم که الان بتونم آرام باشم و استراحت کنم بالاخص اگر بتونم بخوابم سردردم خوب خواهد شد و وقتی می‌خوابم با حال خوب بیدار می‌شم»

این که فرد بتواند از اطرافیان حمایت اجتماعی دریافت کند، از دیگر موارد تأثیرگذار بر مدیریت درد روانشناختی است.

«آدم هایی که تجربه مشابه من رو داشتن از چیزهایی می‌گن که برای اون‌ها مؤثر بوده. گاهی هم شده برا من مؤثر باشه. این حس خیلی خوبیه که آدمایی مثل تو با دردهای تو هستن این تو رو امیدوار و آرام می‌کنه»

پذیرفتن درد به عنوان قسمتی از زندگی می‌تواند به عنوان راه‌حلی در جهت سازش یافتگی برای این نوع مدیریت درد استفاده شود.

«تقریباً دارم با بیماریم زندگی می‌کنم و دیگه قبولش دارم. اون برا خودش، منم کار خودم را انجام می‌دم»
هـ پیامدها

پس از استفاده از مقابله‌های گوناگون و مدیریت درد، پیامدهای متفاوتی برای فرد حاصل می‌شود. گاهی بر اثر مدیریت درد، اقدامات انجام‌شده مؤثر می‌افتد و برای فرد بهبودی حاصل می‌شود.

با توکل بر خدا آرامش روحی و به دنبال آن آرامش جسمی پیدا می‌کنند.

«وقتی سرم درد گرفت ناراحت شدم. رو به قبله نشستم فقط امیدم به خدا بود هیچ کس در اطرافم نبود. سردردم خیلی تسکین پیدا کرد»
در هنگام سردرد استفاده از مناسک مذهبی که شامل نماز خواندن، دعا، شکر، توسل به ائمه اطهار، نذر و توبه به کمک بعضی می‌آید و باعث کاهش درد می‌شود.

«یه زمان‌هایی وسط درد می‌گم خدایا خوب شم صد تا صلوات می‌فرستم یا به اون مؤسسه خیریه انقدر صدقه می‌دم اصلاً انگار گفتنش باعث می‌شه به فاصله کمی خوب شم»

«هنگام درد پنج تن را واسطه می‌کنم و کلی التماس می‌کنم که واسطه بشن شفای من رو از خدا بگیرن، اثر داره‌ها»
«این موقع‌ها هر چی کار بد کردم میاد جلو چشمم و بابتش توبه و استغفار می‌کنم»

بعضی در مورد معنای زندگی تأمل می‌کنند یا درد را باعث رشد و ارتقای شخصیت خود می‌دانند.

«به این فکر می‌کنم که من قبل این دردها یک موجود لوس بودم الان خب خیلی آرام‌تر و عاقل‌تر شدم. انگار خدا با این دردها بزرگ کرده و بهم طمانینه داده»
د. مقابله‌ها

فرد پس از تجربه بعضی یا همه واکنش‌ها، برای مقابله با درد به مدیریت درد می‌پردازد. مدیریت درد هم به صورت فیزیکی و هم به صورت روانشناختی رخ می‌دهد.

۱. مدیریت درد فیزیکی: فرد با این مقابله سعی می‌کند با فراهم کردن شرایط محیطی از جمله استراحت و حضور در تاریکی یا گاهی ماساژ دادن سر از طریق خود یا اطرافیان به علاوه استفاده از دارو به مقابله با شدت سردرد بپردازد.

«وقتی تو خونه و در حال استراحت و تاریکی باشم زودتر خوب می‌شم به همین خاطر تا این‌طور می‌شم سریع از محل کارم مرخصی می‌گیرم و میام خونه»

«من مدل سردرد رو متوجه می‌شم؛ اگر بفهمم که بدلجه قرص می‌خورم، اگر بدونم با استراحت خوب می‌شه، نمی‌خورم.»

البته استفاده از دارو هیچ‌گاه راه‌حل ساده‌ای نیست چراکه باعث ترس از اثرات منفی استفاده بلندمدت بر بدن می‌شود. هم‌چنین ترس

«گاهی ارباب رجوع میان من چون مرخصی گرفتم کارش می‌مونه برای روزهای دیگه و چقدر سردردهام نه به من که به بقیه آدم‌ها هم آسیب میزنه»

دیگر پیامدهایی که فرد ممکن است با آن مواجه شود، آن است که تهیه دارو و مصرف آن هزینه‌هایی دربرداشته باشد.

«خدا می‌دونه من ماهانه چقدر دارم قرص می‌خرم و خونه‌مون پر قرصه؛ این قرص نشد می‌رم به مدل دیگه می‌خرم و کلی قرص خریدم که خیلی هاشم استفاده نمی‌شه»

در موارد حاد امکانات بهداشتی - درمانی برای درمان فرد اشتغال داشته باشد که آسیب‌های فردی و اجتماعی خاص خود را به دنبال دارد.

«چقدر باید هر بار پول ویزیت دکتر بدیم. پول سی تی اسکن و ام آر آی هم هس چون حس می‌کنیم این شدت سردردی که ما هر بار تجربه می‌کنیم، سردرد نیست حتما توموره! ولی نیست انگار دردی است بی‌درمان»

آنچه که درباره تجربه درد میگرن و مواردی که در پی دارد گفته شد، می‌توان در الگوی زیر به صورت یک فرآیند دید:

«آره معمولا این روش‌ها تا حد زیادی جواب می‌ده و خوب می‌شم تا اینکه دوباره چه ناپرهیزی کنم که این اتفاق بیفته»

از طرف دیگر، گاهی درد با همان شدت تداوم می‌یابد. تبعات باقی‌ماندن درد خستگی و تجربه جدال مداوم با خود از این که چرا درد با وجود تلاش‌هایش خاتمه نمی‌یابد، شامل می‌شود؛ وقتی فرد می‌بیند از هیچ یک از اقداماتش نتیجه نمی‌گیرد، ممکن است به صورت منفعلانه تسلیم درد شود و رضایت او از زندگی کاهش پیدا می‌کند.

«خیلی وقت‌ها شده همه کاری هم کردم و واقعا خوب نشدم، خوب هم شدم با کمترین زمان ممکن دوباره شروع شده واقعا خسته‌م»

در صورت شاغل بودن، غیبت از کار می‌تواند ضررهایی به فرد و محیط کار تحمیل کند.

«تاحالا بخاطر همین سردردها کلی مرخصی‌های بدون حقوق گرفتم؛ دیگه کارهای اساسی بهم نمی‌دن؛ دیگه ارتقای شغلی پیدا نمی‌کنم؛ اینم شانسم منه دیگه»



نمودار ۱. عوامل مؤثر بر سردرد میگرن

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه رویکردی چندوجهی به درک تجارب بیماران از تأثیرات میگرن دارد و ارزیابی جامعی از تأثیر میگرن به خصوص مرتبط با رویکرد فردی بیماران مبتلا انجام می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد درد در زندگی بیماران در مرکز توجه است. دارو باعث رهایی کامل از درد نمی‌شود. علایم میگرن به طور کامل بر بدن غالب می‌شود، قدرت کارکرد و مشارکت در زندگی را از بیماران می‌گیرد و آنها را مجبور می‌کند همه چیز را کنار بگذارند تا با میگرن کنار بیایند. میگرن بر کارکرد جسمانی، فعالیت‌های اجتماعی و اوقات فراغت، کارایی در کار، تکالیف خانه‌داری، تحصیل و همچنین تأثیرات روانی، شناختی و معنوی تأثیرگذار است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همسو است (منیکس^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ رویزدیولاسکو، گنزالز، اتکسبریا و گارسیامونکو^۲، ۲۰۰۳).

اولین قسمت بررسی شده در این مطالعه، فعال‌سازها و راه‌اندازهای فیزیولوژیکی، محیطی و روانشناختی میگرن است. درک بیمار از تشخیص این محرک‌ها و فعال‌سازها عامل کلیدی در انتخاب متناسب مدیریت درد است. همان‌طور که در تحقیقات پیشین اشاره شده است، شناسایی عوامل فعال‌ساز جهت انجام اقدامات احتیاطی لازم برای پیشگیری و اجتناب از میگرن مهم است (مینن، آنکلین، بوبور، ایتکسبریا و گارسیامونکو^۳، ۲۰۱۸).

یافته‌های این پژوهش نشان داده‌اند رایج‌ترین محرک‌های سردرد شامل تنیدگی و هیجان‌نا منفی، محرک‌های حسی (مانند صدا، بو، نور زیاد)، گرسنگی، کم‌خوابی یا پرخوابی، غذا، قاعدگی و آب و هوا است که در تحقیقات دیگر نیز به آن اشاره شده است (مارتین^۴ و همکاران، ۲۰۱۴؛ سنگ و بسکین^۵، ۲۰۱۵).

یکی از مهمترین فعال‌سازهای میگرن، برای بسیاری از شرکت‌کنندگان، تنیدگی است. میگرن می‌تواند تحت تأثیر عوامل روانشناختی متفاوتی باشد؛ از آن میان تنیدگی در تسریع، تشدید و ابقای میگرن بیشترین نقش را دارد (هولم، لاکن و کوک، ۱۹۹۷). هر قدر افراد استرس را بیشتر ادراک نمایند به همان میزان احتمال

تشدید و وقوع حملات میگرنی افزایش می‌یابد (واکوگن و همکاران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های پیشین نیز اشاره کرده‌اند مواجهه بیشتر با تنیدگی، شانس سردرد و استفاده از داروهای مسکن را افزایش می‌دهد (هول و ترنر^۶، ۲۰۱۳؛ وسترگارد، گلومر، هانسن و جنسن^۷، ۲۰۱۶). بعضی محققان اشاره کردند میگرن نه تنها به استرس وابسته است بلکه به ارزیابی فرد از میزان تهدیدکننده بودن رویداد نیز بستگی دارد (هولم و همکاران، ۱۹۹۷). بنابراین، تنیدگی می‌تواند سرمنشأ شروع بسیاری از سردردهای میگرن باشد.

دومین قسمت بررسی شده، در حوزه واکنش‌های روانی است. راه‌اندازهای میگرن حتی اگر روانشناختی نباشد، خود را در درجه اول در احساسات، هیجان‌نا و واکنش‌های روانی فرد نشان می‌دهد. اینکه افراد چگونه هیجان‌نا خویش را نظم بخشند با شدت درد و سازگاری‌شان مرتبط است (پورنقاش و عربی، ۱۳۹۵). سردرد میگرن فارغ از دلیل فعال‌ساز آن، باعث احساس خشم و عصبی شدن ناشی از سردرد می‌شود. هر چند در بروز غم و افسردگی عوامل گوناگونی ممکن است مؤثر باشد اما یأس و درماندگی ناشی از درمان‌ناپذیری در بروز افسردگی تأثیر زیادی داشته است. فرد دچار احساس گناه از انجام ندادن امور یا افتادن مسئولیت‌ها به گردن دیگران می‌شود. ناکامی از غیرقابل پیش‌بینی بودن سردرد و احساس اضطراب یا نگرانی ناشی از احساس ترس شدید از تداوم این اختلال در همه عمر باعث ایجاد دور باطلی می‌شود که باعث شدت بیشتر حملات میگرن می‌شود. از بهبود همیشگی سردرد به دلیل مزمن بودن این درد ناامید؛ از گرفتن سردردهای پی در پی بی‌حوصله و از مواجهه دائم با این درد کلافه می‌شود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تحقیقاتی اشاره کرد که نشان داده‌اند افراد مبتلا به میگرن نمرات نوروتیسم بالاتری نسبت به افراد سالم دارند (رضایی، شمسانی و رضایی، ۲۰۰۶؛ سانچز^۸ و همکاران، ۲۰۰۷). عمدتاً نوروتیسم از فاجعه‌آمیز قلمداد کردن علایم جسمانی منعکس می‌شود که منجر به بیش‌حساسیتی و تمرکز افراطی روی محرک‌های فردی می‌شود. این افراد مستعد داشتن عقاید غیرمنطقی

5. Seng, & Baskin

6. Houle & Turner

7. Westergaard, Glümer, Hansen & Jensen

8. Sanchez

1. Mannix

2. Ruiz de Velasco, Gonzalez, Etxeberria & Garcia-Monco

3. Minen, Anglin, Boubour, Squires & Herrmann

4. Martin

اجتماعی ختم شود (گونل و آکایا، ۲۰۰۸؛ مولونی و همکاران، ۲۰۰۶؛ روتبرگ و اورلینگ، ۲۰۱۲؛ هالووی، سوفابرن، واکر، ۲۰۰۷).

در حوزه واکنش‌های اجتماعی است که بیماری به عنوان فرآیندی مشاهده‌ناپذیر تجربه می‌شود و موجب دشواری درک آن برای اطرافیان می‌گردد. این مسأله، حملات میگرنی را به دلیل نداشتن حمایت اجتماعی متناسب تشدید می‌کند. در پژوهش روتبرگ و اورلینگ (۲۰۱۲) نیز بیان شده است که غیرقابل مشاهده بودن درد، دلیل باورپذیر نبودن شدت میگرن و دیدن آن مانند سردردی معمولی است. گاهی این ترس بر افراد مبتلا به میگرن مستولی می‌شود که نکند دیگران این درد غیرقابل مشاهده را باور نکنند. هر چند گاهی اگر شدت علائم تا حد تهوع یا استفراغ باشد باعث باورپذیری بیماری و جدی ارزیابی کردن آن از نگاه دیگران است (مولونی و همکاران، ۲۰۰۶). بر اهمیت درک شدن در دیگر تحقیقات پیشین نیز تأکید شده است؛ در تحقیقی که بر بیماران MS انجام شده، متوجه شدند احساس درک شدن برای زنان دچار مالتیل اسکروزیس مفهومی اساسی برای حال خوب آن‌ها در عین بیماری است (اولسون، اسکار و سودربرگ، ۲۰۱۰). به علاوه، شرکت کنندگان در تحقیقی رضایت زندگی بالاتر و علائم فیزیکی کمتر را در روزهایی که توسط دیگران بهتر درک می‌شدند، گزارش کردند (لون، کسپیر و اویشی، ۲۰۰۸). وقتی زنان این حس را داشتند، کمتر علائم را پنهان می‌کردند و زمان کافی برای بهبود می‌گذاشتند که باعث کاهش تعداد حملات میگرنی می‌شد (روتبرگ و اورلینگ، ۲۰۱۲).

چهارمین قسمت بررسی شده، در حوزه واکنش‌های شناختی سردرد است که می‌تواند تأثیرات مستقیم و غیرمستقیمی بر زندگی بیماران داشته باشد؛ افکاری آزاردهنده بخاطر نبود اطمینان و عدم پیش‌بینی از این که چه زمانی سردرد تمام می‌شود، فکر آنها را مشغول نگه می‌دارد، قدرت برنامه‌ریزی را از آنها می‌گیرد و مجبورند در هر شرایطی اولویت را بر سردرد قرار دهند و گوش به زنگ سردرد باشند. روح سردرد همیشه بر آنها حاکم است و باعث به وجود آمدن نگرانی‌ها، ترس‌ها، احساس گناه، احساس درماندگی و نداشتن مهار

هستند و خیلی ضعیف‌تر از دیگران با استرس کنار می‌آیند. آیزنک معتقد است که در افراد با نوروتیسم بالا، دستگاه عصبی سمپاتیک حتی به استرس‌های ملایم، واکنش اضافی نشان می‌دهد که نتیجه آن پرحساسیتی مزمن است. این حالت تقریباً به افزایش سطح تهییج‌پذیری در پاسخ به هر بحرانی می‌انجامد. به عبارتی افراد نوروتیسم به رویدادهایی که دیگر افراد آنها را بی‌اهمیت می‌دانند به صورت هیجانی واکنش نشان می‌دهند (آیزنک و گاجونسون، ۱۹۸۹). تجربه این نوع هیجانات و احساسات می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن منجر شود (بوس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ پالسیوس - سنا^۳ و همکاران، ۲۰۱۷؛ شیک و همکاران، ۲۰۱۵).

سومین قسمت بررسی شده در حوزه تعاملات با خانواده، دوستان و همکاران است که افراد مبتلا به میگرن با تعارضات بسیار جدی مواجهند. این تعارضات، شامل درک‌نشدن و کم‌ارزش‌پنداری دردشان از جانب دیگر افراد، تعارض بین بیان درد یا پنهان‌کاری در حضور اطرافیان و نیز دریافت برچسب‌های ناپذیرفتنی مانند اجتناب از مسئولیت، از سوی دیگران است. این موارد سردرد میگرن را صرف نظر از علائم اولیه درد که می‌تواند جسمی باشد، به پدیده‌ای روانی - اجتماعی تبدیل می‌کند. تحقیقات نیز اشاره می‌کنند بیشتر افرادی که میگرن دارند، احساس می‌کنند که افرادی که میگرن ندارند اغلب شرایط آن‌ها را کم‌اهمیت می‌پندارند (گلنتون^۴، ۲۰۰۳؛ پیترز، ۲۰۱۹). در واقع، مبتلایان به سردردهای مزمن در روابط اجتماعی با دوراهی مواجه هستند: این که بیماری‌شان را پنهان کنند یا آن را آشکار کنند. اگر بیماران شرایط خویش را پنهان کنند، باید به تنهایی و بدون هیچ حمایت اجتماعی بار دشوار بیماری را به دوش بکشند؛ از طرف دیگر، آشکارسازی میگرن به برچسب خوردن منجر می‌شود (لوناردی، ۲۰۰۷). برچسب‌ها به احساس گناه می‌انجامد و افراد تلاش می‌کنند وظایفشان را انجام دهند تا از این برچسب اجتناب کنند (مولونی، استریکلند، دیراست، ملیبی و دیتریک^۵، ۲۰۰۶؛ روتبرگ و اورلینگ، ۲۰۱۲). این برچسب ممکن است به تشدید درد یا پنهان‌سازی درد و انزوای اجتماعی و کمتر بهره بردن از حمایت

6. Gunel & Akkaya

7. Holloway, Sofaer-Bennett & Walker

8. Olsson, Skär & Söderberg

9. Lun, Kesebir & Oishi

1. Eysenck, & Gudjonsson

2. Buse

3. Palacios-Ceña

4. Glenton

5. Moloney, Strickland, DeRossett, Melby & Dietrich

موقعیت‌های سخت زندگی، سازگاری بیشتری دارند (کوئینگ، ۲۰۰۷). همچنین اعتقادات معنوی و مذهبی می‌تواند چارچوبی برای معنابخشیدن به رنج‌ها و سازگار شدن با بحران‌ها فراهم آورد (دالمان، کاب، فری^۴، ۲۰۰۱؛ نقوی، ۱۳۹۴). در این راستا، فرد خدا را حامی و همراه خود می‌داند که لحظات درد را بخاطر وجود و تسلطش بر مسئله برای او قابل تحمل می‌کند. وجود خدا باعث افزایش امید و در پی آن توکل به خدا و آرامش روحی می‌شود. بوسینگ، اوسترمین و متیسین^۵ (۲۰۰۵) نیز بر این باورند که این بیماران دوست دارند به کمک خدا امید و اعتماد داشته باشند و از این طریق احساس آرامش کسب می‌کنند. موریرا، مارکس، سالومه، کونها و پینهیرو^۶ (۲۰۱۶) نیز معتقد هستند عامل امید به خدا در توانایی تحمل درد و رنج بیماری بسیار کمک‌کننده است.

افراد برای اتصال به خدا از انواع مناسک مذهبی از جمله نماز خواندن، دعا، شکر، توسل به ائمه اطهار، نذر و توبه استفاده می‌کنند. بوسینگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز این یافته را تأیید می‌کنند که افرادی که از رفتارهای معنوی / مذهبی استفاده می‌کنند در رویارویی با شرایط دشوار بیماری و درد از انطباق بهتری برخوردارند.

بعضی از افراد درد را به طور مثبت به عنوان کفاره گناهان یا توجه ویژه خدا ادراک می‌کنند یا با نگاهی منفی خدا را انتقام‌گیرنده‌ای سخت می‌دانند که تقاص گناهان خود را می‌بینند. ابورایا، پارگامنت و کروز^۷ (۲۰۱۶) معتقدند اگرچه باورهای معنوی در بسیاری از افراد به عنوان راهبردهای انطباقی عمل کرده و در راستای سازش یافتگی بیشتر ایشان با شرایط است اما در برخی موارد منجر به ایجاد کشمکش‌ها و تعارضاتی در افراد می‌گردد و باعث افت پی در پی در سلامت جسمانی و روانی است.

ششمین قسمت بررسی شده در مقابله‌های مرتبط با مدیریت درد است، که یا می‌توان از مقابله‌های فیزیکی مثل ماساژ، استراحت و حضور در تاریکی استفاده کرد یا اگر علت بروز و تشدید میگرن مسایل روانشناختی است، در صدر برنامه‌های متخصصان بالینی قرار گیرد تا با استفاده از مقابله‌های روانشناختی به مقابله با افکار ناکارآمد پردازند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد انجام درمان‌های جایگزین دارو، از

بر زندگیشان می‌شود (نیکولز و همکاران، ۲۰۱۷). در جهت گوش‌بزننگی به سردرد، افراد مدام محیط و خود را بررسی می‌کنند تا نشانه‌های احتمالی تغییر را دریابند (میرا^۱، ۲۰۰۲). یافته‌ها نشان می‌دهد زندگی با بیماری میگرن به معنای زندگی در حالت ابهام است، به این معنا که فرد باید در تلاش مداوم برای نگه‌داشتن مهار خود باشد (روتبرگ و اورلینگ، ۲۰۱۲).

افراد مبتلا به میگرن گاهی حس درماندگی آموخته‌شده را تجربه می‌کنند؛ به این شکل که علایم افسردگی، با این فکر که هیچ کاری برای بهبود شرایط ابتلا به میگرن نمی‌توان انجام داد، همراه می‌شود و مواجهه مکرر با بیماری، عدم موفقیت در اجتناب از سردرد را در پی دارد. در پژوهش‌های پیشین نیز به این مسئله اشاره شده است که درماندگی به نوبه خود جنبه اصلی فاجعه‌سازی درد است که با فراوانی، شدت و ناتوان‌کنندگی بیشتر سردرد میگرن همراه است و به مزمن شدن آن منجر می‌شود (باندا^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ اسکاراتی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماران مبتلا به میگرن افرادی حساس و دلسوز نسبت به اطرافیان خود هستند و همین ویژگی باعث می‌شود تا ساعت‌ها به مشکلات اطرافیان خود فکر کنند که این مساله به لحاظ فیزیولوژیکی می‌تواند باعث انبساط شریانی در مغز شود. انبساطی که هنگام سردرد میگرن روی می‌دهد به همراه ظهور موادی است که رگ‌ها را فعال می‌سازد. این مواد، آستانه درد را در بافت‌های مجاور پایین می‌آورد و حساسیت بافت را افزایش می‌دهد (جوهری‌فرد، برومند، شایت و مهربابی‌زاده، ۱۳۹۵).

پنجمین قسمت بررسی شده، واکنش‌های معنوی است. جایگاهی که افراد برای خداوند قائل هستند بسیار متأثر از نحوه پاسخگویی شرکت‌کننده‌ها به مساله «چرایی» ابتلا به بیماری است. همین سؤال اولین رویارویی این افراد با مسئله معنویت است. واکنش‌های معنوی و روابط با خدا در مسئله درد باعث می‌شود افرادی که این بعد از زندگی آنها فعال است، منابع مقابله‌ای قوی‌تری داشته باشند و بیش‌تر از نظر روانشناختی با درد و تبعات حاصل از آن کنار بیایند. کوئینگ اشاره می‌کند افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، با

4. Daaleman, Cobb & Frey

5. Büssing, Ostermann, & Matthiessen

6. Moreira, Marques, Salomé, Cunha & Pinheiro

7. Abu-Raiya, Pargament, & Krause

1. Meyer

2. Bond

3. Scaratti

که افراد خطر استفاده از دارو را برای تعیین اینکه مزایای دارو از عواقب آن بیشتر است، محاسبه می‌کنند (میر، ۲۰۰۲؛ پیترز و همکاران، ۲۰۰۳). کاهش فراوانی عود میگرن به معنای کاهش مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های بهداشتی - درمانی به عنوان یک پیامد جدی نیز هست.

این مطالعه اولین مطالعه کیفی است که درباره تجربه درد از نظر بیماران مبتلا به میگرن در بافت فرهنگی ایران انجام شده است. نتایج حاصل از آن می‌تواند بینشی فراهم کند از اینکه افراد مبتلا چه طور میگرن را تجربه می‌کنند و موجب آشکار شدن جنبه‌هایی از نگاه مبتلایان به درد میگرن باشد. حمله میگرن چیزی بیش از داشتن سردرد است؛ به این معنا که فرد به طور موقت در درد و دیگر ابعاد یاد شده محصور شده است، پس درمان میگرن چیزی بیش از درمان علائم است. نتایج ما با پژوهش‌های قبلی در ارتباط با افراد مبتلا به میگرن همسو بود. به علاوه، یافته‌ها روشن کرد که چگونه میگرن بر زندگی افراد در موقعیت‌های مشابه تأثیر می‌گذارد و می‌توان از کاربردهای آن برای محیط بالینی استفاده کرد.

محدودیت این مطالعه در تعمیم به بیماران مبتلا به میگرن آن است که این پژوهش به زنان محدود شده است و تأثیر میگرن بر مردان را منعکس نمی‌کند؛ هر چند میگرن بین مردان کمتر رایج است.

منابع

آهنگرزاده، ژیلا و حاتمی، محمد (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مدیریت چندوجهی تنیدگی در رواندرستی خبرنگاران دارای تنیدگی شغلی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۶ (۶۲)، ۲۳۵-۲۴۶.

پورنقاش تهرانی، سید سعید و عربی، الهام (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجی گرایانه افسردگی و شدت درد در رابطه بین راهبردهای نظم‌جویی هیجانی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به درد مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۵ (۵۸)، ۲۲۰-۲۳۶.

جوهری‌فرد، رضا؛ برومند، امیررضا؛ شایت، کارل ادوارد و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۵). بررسی نقش عوامل شناختی و شخصیتی در پیش‌بینی ابتلا به سردرد میگرن. *اندیشه و رفتار*، ۱۱ (۴۲)، ۶۷-۸۳.

جمله درمان‌های روانشناختی و رفتاری ثابت شده در کاهش فراوانی عود میگرن مفید هستند (کازینزا^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ ان‌جی، ونکتاناریان و کومار^۲، ۲۰۱۷). راهبردهای مقابله‌ای روانشناختی از سرردها اجتناب می‌کند و آن را مدیریت می‌کند و به حذف اضطراب کمک می‌کند (پیترز، ابوسعده، ویدلینگوم، دوسون و مورفی^۳، ۲۰۰۵). همچنین می‌توان از آموزش مدیریت تنیدگی برای تغییر سبک زندگی افراد بهره برد تا هم میزان تنیدگی خود را به عنوان مهمترین عامل فعال‌ساز تحت نظر داشته باشند و هم این در این مورد که چرا دچار تنیدگی شده‌اند و چه فرآیندهایی آنها را دچار تنیدگی می‌کند تأمل کنند (آهنگرزاده و حاتمی، ۱۳۹۶). نحوی که کمتر از تنیدگی‌های محیطی اجتناب‌ناپذیر تأثیر بپذیرند پذیرش بیماری و قبول ابهام، موفقیت در تسکین درد و پیشگیری از حمله‌های میگرن (با تغییر سبک زندگی و دنبال کردن توصیه‌های پزشکی) می‌تواند راهی برای به‌دست آوردن مهارگری بر بیماری باشد (پالاسیوس - سنا^۴ و همکاران، ۲۰۱۷؛ روتبرگ و اورلینگک، ۲۰۱۲).

هفتمین قسمت بررسی شده، در حوزه پیامدهای ایجاد شده است؛ نمی‌توان زیان‌های جامعه را که از تلف شدن فکر و نیروی سازنده اشخاص فعال و متفکر که از این بیماری رنج می‌برند، محاسبه کرد. در هر حال خدمات و هزینه‌های اجتماعی جانبی این اختلال بسیار بالاست و با شدت علائم، افزایش می‌یابد (ماناک، بوس و لپتون^۵، ۲۰۱۱). به طور معمول میگرن با غیبت از کار و کاهش بهره‌وری همراه است که به بهره‌وری اقتصادی فرد محدود نیست و اقتصاد جامعه را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. هزینه‌های اقتصادی میگرن در سال برابر هیجده میلیون روز کاری در جهان است؛ به طوری که این بیماری برای اقتصاد آمریکا حدود ۱۵ تا ۱۷ میلیون دلار و در کشورهای اروپایی ۲۷ میلیارد یورو هزینه در بر داشته است (لئوناردی و رگی^۶، ۲۰۱۳).

در رابطه با استفاده از دارو باید گفت هرچند می‌تواند تا حدی مهار را ایجاد کند، اما نگرانی‌هایی از سوی بیماران درباره تأثیرات طولانی مدت استفاده از دارو یا خطر وابستگی دارویی وجود دارد. این امر باعث می‌شود افراد برای تصمیم‌گیری درباره استفاده از دارو را با خودشان ارزیابی کنند. در تحقیقات پیشین نیز گفته شده است

4. Palacios-Ceña
5. Manack, Buse & Lipton
6. Leonardi, Raggi

1. Cousins
2. Ng, Venkatanarayanan & Kumar
3. Peters, Abu-Saad, Vydellingum, Dowson & Murphy

- coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 80-86.
- Dikmen, P. Y., Yavuz, B. G., & Aydinlar, E. I. (2015). The relationships between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. *Acta Neurologica Belgica*, 115(2), 117-122.
- Eysenck, H. J., & Gudjonsson, G. H. (1989). *The causes and cures of criminality*. New York: Plenum Press.
- Glenton, C. (2003). Chronic back pain sufferers—striving for the sick role. *Social science & medicine*, 57(11), 2243-2252.
- González-Quintanilla, V., Toriello-Suárez, M., Gutiérrez-González, S., Rojo-López, A., González-Suárez, A., Viadero-Cervera, R., ... & Oterino-Durán, A. (2015). Estrés laboral en pacientes migrañosos: diferencias según la frecuencia de las crisis. *Neurología*, 30(2), 83-89.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Gunel, M. K., & Akkaya, F. Y. (2008). Are migraineur women really more vulnerable to stress and less able to cope?. *BMC health services research*, 8(1), 211.
- Holm, J. E., Lokken, C., & Myers, T. C. (1997). Migraine and stress: a daily examination of temporal relationships in women migraineurs. *Headache: The journal of head and face pain*, 37(9), 553-558.
- Houle, T. T., & Turner, D. P. (2013). Natural experimentation is a challenging method for identifying headache triggers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 53(4), 636-643.
- Kennis, K., Kernick, D., & O'Flynn, N. (2013). Diagnosis and management of headaches in young people and adults: NICE guideline. *British Journal of General Practice*, 63(613), 443-445.
- Koenig, H. G. (2007). Spirituality and depression: A look at the evidence. *Southern Medical Journal*, 100(7), 737-740.
- Leonardi, M., & Raggi, A. (2013). Burden of migraine: international perspectives. *Neurological Sciences*, 34(1), 117-118.
- Lonardi, C. (2007). The passing dilemma in socially invisible diseases: Narratives on chronic headache. *Social Scienc & Medicine*, 65(8), 1619-1629.
- Lun, J., Kesebir, S., & Oishi, S. (2008). On feeling understood and feeling well: The role of interdependence. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1623-1628.
- Manack, A. N., Buse, D. C., & Lipton, R. B. (2011). Chronic migraine: epidemiology and disease burden. *Current pain and headache reports*, 15(1), 70-78.
- Mannix, S., Skalicky, A., Buse, D. C., Desai, P., Sapra, S., Ortmeier, B., ... & Hareendran, A. (2016). Measuring the impact of migraine for evaluating outcomes of preventive treatments for migraine
- نقوی، اعظم (۱۳۹۴). مطالعه کیفی ارتباط معنویت‌گرایی و تاب‌آوری از نگاه زنان ایرانی ساکن ملبورن (استرالیا)، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱ (۴)، ۲۸۱-۲۹۶.
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*, 25(5), 1265-1274.
- Amiri, S., Behnezhad, S., & Azad, E. (2019). Migraine headache and depression in adults: a systematic Review and Meta-analysis. *neuropsychiatrie*, 33(2), 1-10.
- Andress-Rothrock, D., King, W., & Rothrock, J. (2010). An analysis of migraine triggers in a clinic-based population. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(8), 1366-1370.
- Befus, D. R., Lich, K. H., Kneipp, S. M., Bettger, J. P., Coeytaux, R. R., & Humphreys, J. C. (2018). A Qualitative, Systems Thinking Approach to Study Self-Management in Women With Migraine. *Nursing Research*, 67(5), 395-403.
- Bond, D. S., Buse, D. C., Lipton, R. B., Thomas, J. G., Rathier, L., Roth, J., ... & Wing, R. R. (2015). Clinical pain catastrophizing in women with migraine and obesity. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 55(7), 923-933.
- Brandes, J. L. (2008). The migraine cycle: patient burden of migraine during and between migraine attacks. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 48(3), 430-441.
- Buse, D. C., Lipton, R. B., Hallström, Y., Reuter, U., Tepper, S. J., Zhang, F., ... & Lenz, R. A. (2018). Migraine-related disability, impact, and health-related quality of life among patients with episodic migraine receiving preventive treatment with erenumab. *Cephalalgia*, 38(10), 1622-1631.
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44(3), 321-340.
- Cardosa, M. S. (2006). Pain management: Trends and challenges. *Medical Journal of Malaysia*, 61(2), 139.
- Chiros, C., & O'Brien, W. H. (2011). Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *Journal of behavioral medicine*, 34(4), 307-320.
- Cousins, S., Ridsdale, L., Goldstein, L. H., Noble, A. J., Moorey, S., & Seed, P. (2015). A pilot study of cognitive behavioural therapy and relaxation for migraine headache: a randomised controlled trial. *Journal of neurology*, 262(12), 2764-2772.
- Daaleman, T. P., Cobb, A. K., & Frey, B. B. (2001). Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. *Social Science & Medicine*, 53(11), 1503-1511.
- De Tommaso, M., Federici, A., Loiacono, A., Delussi, M., & Todarello, O. (2014). Personality profiles and

- Reid, M. C., Ong, A. D., & Henderson, C. R. (2016). Why we need nonpharmacologic approaches to manage chronic low back pain in older adults. *JAMA internal medicine*, 176(3), 338-339.
- Rezaei, A. A., Shamsaei, F., & Rezaei, N. (2006). Personality characteristics in patients with migraine headaches. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 22(4), 480-485.
- Ridsdale, L., Mtandabari, S., & Noble, A. (2012). 038 Referral patterns to neurology: past, present and future. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*, 83(3), 83-93.
- Ruiz de Velasco, I., Gonzalez, N., Etzeberria, Y., & Garcia-Monco, J. C. (2003). Quality of life in migraine patients: a qualitative study. *Cephalalgia*, 23(9), 892-900.
- Ruscheweyh, R., Pereira, D., Hasenbring, M. I., & Straube, A. (2019). Pain-related avoidance and endurance behaviour in migraine: an observational study. *The journal of headache and pain*, 20(1), 9-16.
- Rutberg, S., & Öhring, K. (2012). Migraine—more than a headache: women's experiences of living with migraine. *Disability and rehabilitation*, 34(4), 329-336.
- Sánchez-Román, S., Téllez-Zenteno, J. F., Zermeño-Phols, F., García-Ramos, G., Velázquez, A., Derry, P., ... & Guevara-López, U. M. (2007). Personality in patients with migraine evaluated with the "Temperament and Character Inventory". *The journal of headache and pain*, 8(2), 94-102.
- Scaratti, C., Covelli, V., Guastafierro, E., Leonardi, M., Grazi, L., Rizzoli, P. B., ... & Raggi, A. (2018). A Qualitative Study On Patients With Chronic Migraine With Medication Overuse Headache: Comparing Frequent And Non-Frequent Relapsers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(9), 1373-1388.
- Seng, E. K., & Baskin, S. M. (2015). Psychological Approaches to Headache. In S. Diamond, R. K. Cady, M. L. Diamond & V. T. Martin (Eds), *Headache and Migraine Biology and Management* (pp. 239-251). New York: Academic Press.
- Shaik, M. M., Hassan, N. B., Tan, H. L., & Gan, S. H. (2015). Quality of life and migraine disability among female migraine patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Bio Med research international*, 20(15), 1-9.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of behavioral medicine*, 30(4), 311-318.
- Wacogne, C., Lacoste, J. P., Guilibert, E., Hugues, F. C., & Le Jeune, C. (2003). Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia*, 23(6), 451-455.
- Holloway, I., Sofaer-Bennett, B., & Walker, J. (2007). The stigmatisation of people with chronic back headaches. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 143-154.
- Martin, P. R., Reece, J., Callan, M., MacLeod, C., Kaur, A., Gregg, K., & Goadsby, P. J. (2014). Behavioral management of the triggers of recurrent headache: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 61, 1-11.
- McCrone, P., Seed, P. T., Dowson, A. J., Clark, L. V., Goldstein, L. H., Morgan, M., & Ridsdale, L. (2011). Service use and costs for people with headache: a UK primary care study. *The journal of headache and pain*, 12(6), 617-623.
- Meyer, G. A. (2002). The art of watching out: vigilance in women who have migraine headaches. *Qualitative health research*, 12(9), 1220-1234.
- Minen, M. T., Anglin, C., Boubour, A., Squires, A., & Herrmann, L. (2018). Meta-Synthesis on Migraine Management. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(1), 22-44.
- Moloney, M. F., Strickland, O. L., DeRossett, S. E., Melby, M. K., & Dietrich, A. S. (2006). The experiences of midlife women with migraines. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), 278-285.
- Moreira, C. N. D. O., Marques, C. B., Salomé, G. M., Cunha, D. R. D., & Pinheiro, F. A. M. (2016). Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 36(4), 208-215.
- Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N., & Kumar, L. (2017). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of cognitive behavioral therapy for the management of pediatric migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 57(3), 349-362.
- Nichols, V. P., Ellard, D. R., Griffiths, F. E., Kamal, A., Underwood, M., & Taylor, S. J. (2017). The lived experience of chronic headache: a systematic review and synthesis of the qualitative literature. *BMJ open*, 7(12), e019929.
- Olsson, M., Skär, L., & Söderberg, S. (2010). Meanings of feeling well for women with multiple sclerosis. *Qualitative Health Research*, 20(9), 1254-1261.
- Palacios-Ceña, D., Neira-Martín, B., Silva-Hernández, L., Mayo-Canalejo, D., Florencio, L. L., Fernández-de-las-Peñas, C., ... & Cuadrado, M. L. (2017). Living with chronic migraine: a qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain. *BMJ open*, 7(8), e017851.
- Peters, G. L. (2019). Migraine overview and summary of current and emerging treatment options. *The American journal of managed care*, 25(2), 23-34.
- Peters, M., Abu-Saad, H. H., Vydelingum, V., Dowson, A., & Murphy, M. (2005). The patients' perceptions of migraine and chronic daily headache: a qualitative study. *The journal of headache and pain*, 6(1), 40-47.
- Peters, M., Abu-Saad, H. H., Vydelingum, V., Dowson, A., & Murphy, M. (2003). Patients' decision-making for migraine and chronic daily headache management: A qualitative study. *Cephalalgia*, 23(8), 833-841.

- pain. *Disability and rehabilitation*, 29(18), 1456-1464.
- Westergaard, M. L., Glümer, C., Hansen, E. H., & Jensen, R. H. (2016). Medication overuse, healthy lifestyle behaviour and stress in chronic headache: Results from a population-based representative survey. *Cephalalgia*, 36(1), 15-28.
- Woldeamanuel, Y. W., & Cowan, R. P. (2017). Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: a systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 307-315.
- Yadav, R. K., Kalita, J., & Misra, U. K. (2010). A study of triggers of migraine in India. *Pain Medicine*, 11(1), 44-47.