



Exploring the lived emotional experiences patients with migraine disorder

Mehrnoosh Esmaili¹, Seyed Esmaeil Hashemi², Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³, Najme Hamid⁴,
Mana Ahmadian⁵

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: m.esmaili9876@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: esmaeil@scu.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: m_mehrabizadeh@yahoo.com

4. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

5. Assistants Professor, Department of Neurology, Medical University of Shahrekord, Shahrekord, Iran. E-mail: Manaahmadian85@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 28 June 2023
Received in revised form
27 July 2023
Accepted 02 September
2023
Published Online 22
December 2023

Keywords:
Emotion,
Lived experiences,
Lived emotional
experiences,
migraine disorder

ABSTRACT

Background: Migraine headache is a debilitating disease that has many complications and limitations for sufferers. Since this disease is considered one of the psychosomatic disorders, therefore, how the disease is experienced and perceived can affect the course of the disease.

Aims: The present study was conducted to explore the lived emotional experiences of patients with migraine disorder.

Methods: The approach of this research was qualitative and its phenomenological method was of a descriptive type, for this purpose, 20 people were selected from among the patients who were referred to the medical and psychiatric clinics of Isfahan city in 1400 after meeting the conditions of entering the research. and were subjected to in-depth interviews. The interviews continued until the saturation of information was recorded using a voice recorder and finally analyzed through the multi-phased procedure of Giorgi (2003).

Results: The findings of the research indicate the achievement of 3 general themes (10 sub-themes) including; I don't know what I am facing and what to do with it. (Awareness, validation, and experience of emotions), What is going on inside me? (self-destructive, worrying, anticipatory, and restorative) and what guides the path of my being. (Cognitive, emotional, and physiological guides).

Conclusion: The research findings showed that people suffering from migraine headaches have problems in experiencing and processing their emotions and they suffer from worry and self-blame, which directs their behavior towards their illness, so it is possible to focus on the obstacles to their emotional experience. The behavioral cycle them changed their attribution to their illness and in this way reduced the recurrence of their headaches.

Citation: Esmaili, M., Hashemi, S.E., Mehrabizadeh Honarmand, M., Hamid, N., & Ahmadian, M. (2023). Exploring the lived emotional experiences patients with migraine disorder. *Journal of Psychological Science*, 22(132), 2467-2484. [10.52547/JPS.22.132.2467](https://doi.org/10.52547/JPS.22.132.2467)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 132, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.132.2467](https://doi.org/10.52547/JPS.22.132.2467)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Esmaeil Hashemi, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
E-mail: esmaeil@scu.ac.ir, Tel: (+98) 61-33333911

Extended Abstract

Introduction

Migraine headache is one of the most common reasons for visiting doctors and the seventh most disabling disease in the world (Wetwick and Gregor, 2017). Migraine is described as a recurrent headache, mainly one-sided and throbbing, which often lasts between 4 and 72 hours and leads to disruption in the daily functioning of people, which can be accompanied by nausea, vomiting, and sensitivity to light and voice emerge (Negro et al, 2018). So far, various factors such as genetics, food and drugs, sleep disorders, stress, environmental factors, work factors, women's monthly habits, severe trauma, and alcoholic beverages have been mentioned as contributing factors to migraine headaches (Khan et al., 2021). This debilitating disease has many negative social and economic consequences for sufferers (Steiner et al., 2018).

In this regard, drug treatments and treatments based on lifestyle changes (reducing stress and anxiety) have been proposed to prevent frequent relapses of the disease (Alfouna et al., 2018). However, many researchers point to the role of psychological factors in creating and aggravating migraines (Melkpour et al., 2017; Azizi et al., 2016). One of the effective factors in this field is the emotional characteristics and way of emotional regulation of affected people (Khalili Sefat et al., 2018)

Emotion, which is a fundamental element in human life and accompanies a person from the beginning to the end of life, is a direct reaction to an immediate situation that helps a person to take appropriate action (Otley, 1992). Emotions play an important role in regulating behavior and information processing, and like a compass, they can direct human behavior. In this sense, it is important to take advantage of emotions to have a smart social life, and people's performance can be improved through it. (Greenberg, 2021). Therefore, how to perceive emotional experiences in everyday life is very important, especially for people with chronic diseases such as migraine, because this disease, due to its chronic nature, can cause the performance of people with migraine to be impaired and impaired. (Wells et al.,

2020), From this point of view, knowing the mechanism of experiencing emotions can help raise awareness and regulate the internal and external behavior of sufferers about the situations that trigger migraine disease and how to manage it (Burch et al., 2019), and subsequently make a better adaptation for them during the occurrence and recurrence of migraine. One of the therapeutic approaches that especially considers emotion as a valuable resource for adapting to different situations is Emotion-focused therapy (Greenberg, 2021).

In this regard, although many types of research in the field of migraine are quantitative (Sezgholi Shah Khase, et al. 2022; Sefidari, et al. 2022; Njoria et al., 2021; Fathi et al., 2020), and qualitative (Emadi et al, 2018) have been conducted, However, no research was found that specifically investigated the emotional experiences of the affected patients. It seems that investigation of their experienced emotions can be of effective help in identifying and improving their headaches, although some research is based on the lived experiences of affected people (Emadi et al., 2018), but specifically, no research has studied their emotional experiences. For this reason, considering that this disease is known as a physical-psychological disorder and psychological factors play a role in the emergence and continuation of complications caused by it, therefore, since the psychological reactions of people are highly influenced by individual, cultural, and social factors. They are affected and are based on the context. Naturally, the emotional experiences of affected people are likely to be different from each other and other people. Therefore, in this research, the emotional lived experiences of people with migraines are explored in the form of a question, what are the emotional lived experiences of people with migraines? was investigated.

Method

The approach of this research was qualitative and its phenomenological method was of a descriptive type, for this purpose, 20 people were selected from among the people suffering from migraine disorder who were referred to the medical and psychiatric clinics of Isfahan city in 2021 and were examined from the criteria of entering the research. It is possible to receive a definitive diagnosis of migraine by a

neurologist based on the criteria of the scale of the International Headache Society (2003) (headache experience in the last month and 5 times in the last 6 months), no severe physical or psychological disorder at the same time, having at least middle school education and 18 years of age, receiving a definitive diagnosis of migraine for 6 months, not suffering from another chronic disease (multiple sclerosis and lupus) and consent to participate in the research. Also, the person's lack of verbal ability to convey their lived experiences during the interview, and the person's refusal to continue the research process were among the criteria for exiting the research. The participants were investigated using in-depth and unstructured interviews with open questions until the information was completed. Before starting the work, the purpose of the research was explained to the participants and they were asked for permission to record the interviews, they were also assured about the confidentiality of the information, then the interviews were recorded with the participants several times. It was heard and their text was written word for word on paper and finally, it was identified based on the texts, coding, and categories (themes and sub-themes). Considering that the data collection and data analysis in the descriptive research were continuous and simultaneous, when the data reached saturation; Sampling and interviews were stopped. To check the validity of the research, Cuba and Lincoln indexes were used, and based on that, the properties of dependability, validity, transferability, and verifiability were judged and confirmed.

Results

Data analysis was done by the Georgi method, including two parts, individual analysis, and composite analysis, for this purpose, the text of each interview was reread several times to get a sense and meaning of the whole interview of the participating person. Then, the statements and descriptions of each participant were studied without judgment, criticism, or comparison with other participants' descriptions, so the interview text was reread once again to determine the understood meanings, and based on this, the semantic units were separated from each other by inserting a dash. They were separated and

this work was done for all the interviews, Then the semantic units were converted into psychological expressions in two parts. At first, unnecessary elements that did not have a specific description of the phenomenon were removed, and each semantic unit was rewritten and described in the simplest possible way in the language of the third person, and a suitable psychological expression was written for these expressions, which led to the achievement of psychological expressions without Any structure was interpreted and interpreted. In the last stage, the general structure of the phrases was discovered and specified, And the researcher, without considering her assumptions, tried to combine similar psychological expressions and drew a coherent statement for each participant, a part of the text of one of the interviews is presented as an example in Table 1.

Further, after completing the statements about each of the participants, the analysis of the composition for the research question was done, based on this, the differences in the experiences of the people were removed and the common dimensions of the experiences were emphasized, this led to the emergence of the final description of the phenomenon as a whole. After that, the themes and sub-themes of the participants' experiences were obtained as a final structure of experience in the research and are given in Table 2.

Table 1. An example of the separation of semantic units, rewritten semantic units, psychological expressions, and coherent statements according to the interview with participant number 10

The main text of the interview	Segregation of semantic units	Rewritten semantic units	Psychological expressions	coherent statement
I became like this after retirement. I retired in 2017 and have been suffering from severe headaches for 4-5 years now. Yes, I think (retirement has affected my headaches). Because I was a very lively person and I think sitting at home made me feel empty. Because I was strong in school, I was very cheerful. I was practicing a lot. I was very cheerful. I was the deputy of the school and with the children. I was very close to teachers and families. After that, I got a bit depressed, I got into myself a lot.	- I became like this after retirement. - I retired in September 2016, and I have been suffering from severe headaches for 4-5 years now. - Yes, I think (retirement has affected my headaches). - Because I was a very lively person and I think sitting at home made me feel empty. - Because I was in school, I was very cheerful. - I was practicing a lot. - I was very cheerful. - I was a school assistant and I was very close to children, teachers, and families. After that, I got a little depressed - I was very absorbed in myself	- Participant retirement in 2017 - He has a history of severe headaches from 4-5 years ago - He thinks his retirement has affected his headaches - He has been a lively person in the work environment - He imagines that retirement and unemployment have made him feel empty. He was a cheerful and active person at school. - He has interacted with different people in the workplace - The participant has suffered from depression after retirement - After retirement, he has withdrawn into himself	- Retired in 2017 - 4-5 years history of headaches after retirement until now - Participant's perception about the impact of retirement on his headaches -Starting headaches after retirement - A social and active person in the workplace - The effect of unemployment on the feeling of emptiness - Extrovert and cheerful in the work environment Suffering from depression after retirement -Introspection after retirement	After retirement in 2017, the participant experienced feelings of emptiness, depression, and headaches.

Table 2. Themes and sub-themes obtained in the combined analysis based on the research question Sub-themes, the main question of the research

the main question of the research	Themes	Sub-themes
What is the lived emotional experience of migraine patients?	I don't know what I am facing and what to do with it What's up with my inner? What guides the path of my being?	Awareness of emotions Accreditation to emotions Experience and express emotions self-destructive Self-concern self-expected self-healer Cognitive guides Emotional guides Physiological drivers

As can be seen in the findings of the above table, the themes resulting from the answers to the emotional experience of migraine patients include three themes: "I don't know what I am facing and what to do with it", "What is going on inside me?" and "What guides the path of my being", each of which is briefly addressed below.

The first theme is "I don't know what I am facing and what to do with it?" From the following themes; Consisting of awareness of emotions, validating emotions, and experiencing and expressing emotions. It indicates that the participants often did not have a clear awareness of their emotional state, most of the participants could not express or express their emotions, or when they expressed it, it was not considered valid, so emotional access was limited in most of the participants. They could not experience

and express their emotions and were unsuccessful in validating their feelings and emotions. The second theme is "What's going on inside me?" It was derived from four sub-themes "self-destructive, self-worrying, expected (ideal) self and self-repairing" which shows the different aspects of the self and internalized voices through the environment and surrounding people, which over time and developmental transformation have taken and form a part of the existential nature and identity of people experience two or more voices from within themselves and have a mental conversation with themselves, and each of these voices are parts of themselves that It has formed beliefs, ideas, attitudes, etc. in them and it was expressed through the external voice (surroundings, close people, etc.) at first. The third theme related to the research question, which

includes "What guides the path of my being?" three sub-themes; It includes cognitive guides, emotional guides, and physiological guides.

Conclusion

As the research findings showed, people with migraine headaches face limitations and inhibitions in identifying and accessing their emotions and expressing them, and most of the time their feelings are not recognized and validated by others. They are facing limitations due to the disease, so they will likely recreate the feeling of blame, shame, fear, and other unpleasant feelings about the disease in these people. Therefore, it is natural that unprocessed or unexperienced feelings and thoughts are experienced again in the form of disease recurrence and worsening of symptoms and prolongation. Therefore, the research findings based on the role of the lived emotional experience of patients through lack of emotional access (awareness, expression, and confirmation of emotions), internal self-talk (worrying, destructive, expected, and restorative), and behavioral guides (cognitive, physiological and emotional) on the performance of people suffering from migraine and their headaches can be understood and explained. It is suggested to develop a treatment protocol based on the findings of this research in a separate study to examine its effect on their performance and compare it with other treatment approaches.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology at the Faculty of Psychology of the Shahid Chamran University of Ahvaz. To maintain compliance with the ethical principles related to qualitative research, such as providing a general explanation about the objectives of the research as well as the voluntary nature of participation in the research, obtaining written consent from the participants to record the interview sessions, ensuring the confidentiality and confidentiality of the information presented. by the participants, the use of numbering in the analysis of the participants' interviews, and the right to withdraw from the research was given to the participants at each stage of the research. The ethical code of this research is EE/1400.2.24.14545/scu.ac.ir

Funding: This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

Authors' contribution: This article was extracted from the doctoral thesis of the first author with the guidance of the second and third authors and the advice of the fourth and fifth authors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We would like to thank the patients who participated in this research.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی



کاوش تجربیات زیسته هیجانی بیماران مبتلا به اختلال میگرن

مهرنوش اسماعیلی^۱، سید اسماعیل هاشمی^{۲*}، مهناز مهربانی زاده هنرمند^۳، نجمه حمید^۴، مانا احمدیان^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۵. استادیار، گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: سردرد میگرن بیماری ناتوان کننده‌ای است که عوارض و محدودیت‌های بسیاری برای مبتلایان به همراه دارد. از آنجایی که این بیماری جزو اختلالات روان‌تنی محسوب می‌شود بنابراین چگونگی تجربه بیماری و ادراک آن می‌تواند بر سیر بیماری مؤثر باشد.

نوع مقاله:

پژوهشی

هدف: پژوهش حاضر با هدف کاوش تجارب زیسته هیجانی بیماران مبتلا به اختلال میگرن انجام شد.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۱

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

روش: رویکرد این پژوهش کیفی و روش آن پدیدارشناسی از نوع توصیفی بود بدین منظور از بین افراد مبتلا مراجعه کننده به کلینیک‌های پزشکی و روان‌پزشکی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ به صورت هدفمند از نوع در دسترس ۲۰ نفر پس از احراز شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند و تحت مصاحبه عمیق قرار گرفتند مصاحبه‌ها تا زمان اشباع اطلاعات ادامه داشت و به وسیله ضبط صوت ثبت گردید و در انتها از طریق راهبرد چندمرحله‌ای جیورجی (۲۰۰۳) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از دستیابی به ۳ مضمون کلی (۱۰ زیرمضمون) شامل؛ نمی‌دانم با چه رویرو هستم و با آن چه کنم؟ (آگاهی، اعتباربخشی و تجربه هیجانانگیز)، درونم چه خبر است؟ (خود تخریب کننده، نگران کننده، متوقع و ترمیم کننده)، و چه چیز مسیر بودنم را هدایت می‌کند؟ (هدایت گره‌های شناختی، احساسی و فیزیولوژیکی) بود.

کلیدواژه‌ها:

هیجان،

تجربه زیسته،

اختلال میگرن،

تجربه هیجانی زیسته

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهشی نشان داد که افراد مبتلا به سردرد میگرن در تجربه و پردازش هیجان‌های خود با مشکل مواجه‌اند و دچار نگرانی و خودسرزنی می‌گردند که این خود رفتار آنان نسبت به بیماریشان را هدایت می‌کند بنابراین می‌توان با تمرکز بر موانع تجربه هیجانی شان چرخه رفتاری آنان نسبت به بیماریشان را تغییر داد و از این طریق میزان عود سردردهایشان را کاهش داد.

استناد: اسماعیلی، مهرنوش؛ هاشمی، سید اسماعیل؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ حمید، نجمه؛ و احمدیان، مانا (۱۴۰۲). کاوش تجربیات زیسته هیجانی بیماران مبتلا به اختلال میگرن.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۲، ۲۴۶۷-۲۴۸۴.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۲، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.132.2467](https://doi.org/10.52547/JPS.22.132.2467)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: سید اسماعیل هاشمی، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. رایانامه: esmaeil@scu.ac.ir

تلفن: ۰۶۱-۳۳۳۳۳۹۱۱

مقدمه

سردرد^۱ از رایج ترین علل مراجعه به پزشکان است و سالانه حدود ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از حمله سردرد رنج می برند (ایجینوردت و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از سردردهای رایج، سردرد ناشی از میگرن^۲ است که به عنوان هفتمین بیماری ناتوان کننده در جهان شناخته شده است (وتویک و گریگور، ۲۰۱۷). میگرن به صورت سردردی عودکننده، عمدتاً یک طرفه و ضربان دار که اغلب بین ۴ تا ۷۲ ساعت به طول می انجامد توصیف می گردد که منجر به اختلال در عملکردهای روزانه فرد می شود و می تواند همراه با تهوع، استفراغ و حساسیت به نور و صدا بروز یابد (نگرو و همکاران، ۲۰۱۸). همه گیر شناسی این اختلال حاکی از آن است که حدود ۵ تا ۲۰ درصد فراد در طول زندگیشان می توانند به این اختلال مبتلا می شوند (ایجینوردت و همکاران، ۲۰۲۱).

تاکنون عوامل مختلفی از قبیل ژنتیک، مواد غذایی و دارویی، اختلالات خواب، استرس، عوامل محیطی (سر و صدا، نور زیاد، بوهای مختلف و رطوبت)، عوامل کاری، راهنمایی های ماهانه خانم ها، ترومای شدید و مشروبات الکلی جزو عوامل مساعدکننده و زمینه ساز سردردهای میگرنی عنوان شده اند (خان و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین عوامل متعدد دیگر همچون تغییرات هورمونی و بیوشیمی مغز، تغذیه و عوامل روانشناختی نظیر استرس و برخی ویژگی های شخصیتی در بروز این بیماری نیز مؤثرند (ستوده و همکاران، ۱۳۹۷).

سبب شناسی درد در میگرن حاکی از درگیری چندین مدار از سیستم های عصبی مرکزی و محیطی است مطالعات نشان می دهد که قشر مغز افراد مبتلا به میگرن به محرک های بیرونی بیش از حد پاسخ می دهد که حاکی از تغییر ارتباط عملکردی آن با ساختارهای زیرقشری همچون تالاموس می باشد که این اختلال در ریتم تالاموس-قشر مغز را با تکنیک های تعدیل عصبی غیرتهاجمی، به عنوان یک درمان پزشکی با استفاده از تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال^۳ و تحریک جریان مستقیم ترانس کرانیال^۴ می توان کنترل کرد (دای و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین بیماران علائمی مانند خستگی، ضعف عضلانی، تغییرات خلقی، مشکل در تمرکز و کاهش اشتها

را گزارش می کنند که احتمالاً به دلیل فعال شدن مداوم ساقه مغز و دیانسفال در حین و پس از پردازش محرک های درد می باشد (خان و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این میزان ناهنجاری های ماده خاکستری به شدت، مدت و دفعات سردرد مرتبط است (هابارد و همکاران، ۲۰۱۴).

از این جهت درمان های دارویی به منظور تسکین سردرد و جلوگیری از حملات بعدی میگرن، و همچنین درمان های مبتنی بر تغییر سبک زندگی، کاهش استرس و اضطراب و جلوگیری از عودهای مکرر همچون کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ مطرح شده اند (الفونه و همکاران، ۱۳۹۸).

در واقع کاهش شدت و مدت درد یک هدف مهم برای درمان اختلال میگرن محسوب می گردد و پژوهش های بسیاری بر نقش عوامل روانشناختی در ایجاد و تشدید میگرن اشاره دارند (ملک پور و همکاران، ۱۳۹۷؛ عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶). یافته های پژوهشی در این باره نشان می دهد اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی، کیفیت خواب، باورهای فراشناختی (باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری)، ارزیابی منفی از بیماری، ترس از پیشرفت بیماری، خشم و ناپایداری هیجانی، فاجعه آمیز کردن درد، اجتناب تجربه ای و خستگی در بروز و شدت علائم افراد مؤثرند (آستروگا و همکاران، ۲۰۲۱؛ بنائیان و جبل عاملی ۱۳۹۹؛ عمادی و همکاران، ۱۳۹۸؛ سئو و پارک، ۲۰۱۸).

در این میان یکی از عوامل مؤثر ویژگی های هیجانی و شیوه تنظیم هیجان افراد مبتلا می باشد (خلیلی صفت و همکاران، ۱۳۹۸؛ هراتیان و همکاران، ۱۳۹۸). هیجان^۶ که عنصر بنیادین در حیات انسانی است و از ابتدا تا انتهای عمر با انسان همراه است، واکنشی مستقیم در راستای موقعیتی بلاواسطه است که به فرد کمک می کند تا دست به عمل مناسب بزند. کارکرد بهنجار هیجان در واقع منجر به تسریع پردازش اطلاعات موقعیتی پیچیده می گردد و فرد را برای انجام اعمال مؤثر آماده می کند این نوع پاسخ گویی سریع و خودکار تاکنون توانسته به انسان در حفظ بقا کمک کند از این لحاظ انسان ها نیاز دارند تا به هیجانانشان توجه کنند و به آنها به اندازه افکار و رفتارشان اهمیت بدهند (اوتلی، ۱۹۹۲). همچنین هیجان ها در تنظیم رفتار و پردازش اطلاعات نقش به سزایی دارند و همچون قطب نما می توانند رفتار

1. Headache
2. Migraine
3. TMS

4. tDCS
5. MBSR
6. Emotion

می‌آید بررسی هیجانات تجربه شده آنان بتواند کمک مؤثری در شناسایی و بهبود سردردهایشان داشته باشد هر چند برخی از پژوهش‌ها تجارب زیسته افراد مبتلا را مورد بررسی قرار داده‌اند (عمادی و همکاران، ۱۳۹۸) اما به طور مشخص هیچ پژوهشی تجارب هیجانی آنان را مورد مطالعه قرار نداده است. از این جهت با توجه به اینکه این بیماری به عنوان یک اختلال جسمی-روانشناختی شناخته می‌گردد و عوامل روانشناختی در پدیدآیی و تداوم عوارض ناشی از آن نقش دارند بنابراین از آنجایی که واکنش‌های روانشناختی افراد به میزان بالایی از عوامل فردی، فرهنگی و اجتماعی آنان تأثیر می‌پذیرد و مبتنی بر بافت می‌باشد به طور طبع تجارب هیجانی افراد مبتلا محتمل است با یک دیگر و افراد دیگر متفاوت باشد. از این رو در این پژوهش کاوش تجارب زیسته هیجانی افراد مبتلا به میگرن در قالب یک سؤال که تجارب زیسته هیجانی افراد مبتلا به میگرن چیست؟ مورد بررسی قرار گرفت.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی از نوع توصیفی انجام شد. روش پدیدارشناسی توصیفی به کاربرده شده توسط جیورجی و جیورجی (۲۰۰۳)، بر مبنای فلسفه پدیدارشناسی هوسرل در پنج مرحله شامل؛ در نظر داشتن نگرش پدیدارشناسی، مطالعه متن مصاحبه برای رسیدن به حس کلی از آن، تفکیک واحدهای معنایی اولیه، تبدیل واحدهای معنایی به عبارات روانشناختی و ساخت ساختار روانشناختی عمومی تجربه بر اساس مؤلفه‌های اصلی، معرفی و گسترش پیدا کرد (جیورجی و جیورجی، ۲۰۰۳). بدین منظور جهت انجام پژوهش از بین افراد مبتلا به اختلال میگرن مراجعه کننده به کلینیک‌های پزشکی و روان‌پزشکی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ به شیوه در دسترس به صورت هدفمند ۲۰ نفر انتخاب و بررسی شدند از ملاک‌های ورود به پژوهش می‌توان به دریافت تشخیص قطعی میگرن توسط متخصص مغز و اعصاب بر اساس ملاک‌های مقیاس انجمن بین المللی سردرد (۲۰۰۳) (تجربه سردرد در یک ماه اخیر و ۵ بار در ۶ ماه اخیر)، عدم اختلال جسمی یا روانشناختی شدید همزمان، دارای حداقل تحصیلات راهنمایی و ۱۸ سال سن، دریافت تشخیص قطعی میگرن به مدت

انسان را جهت دهی کنند بنابراین جهت داشتن زندگی اجتماعی هوشمندانه می‌توان از هیجان‌ها بهره برد و عملکرد افراد را در این موقعیت‌ها بهبود بخشید.

علاوه بر این هیجان‌ها میل به عمل دارند و می‌توانند منجر به برانگیختن رفتار در انسان گردند (گرینبرگ، ۲۰۲۱). پس بنابراین چگونگی ادراک تجارب هیجانی در زندگی روزانه به ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون میگرن از اهمیت به سزایی برخوردار است چرا که این بیماری به دلیل ماهیت مزمن خود تأثیرات بسیاری بر عملکرد افراد در زندگی‌شان دارد و حتی می‌تواند عملکرد ایشان را با اختلال و کاستی مواجه سازد (ولز و همکاران، ۲۰۲۰)، از این جهت آگاهی از مکانیسم تجربه هیجانات زیسته این بیماران می‌تواند در جهت آگاهی‌بخشی و تنظیم درونی و بیرونی رفتار مبتلایان نسبت به موقعیت‌های فراهخوانی‌کننده بیماری میگرن و چگونگی مدیریت آن یاری‌رسان باشد (بورچ و همکاران، ۲۰۱۹)، حتی می‌تواند به این افراد جهت سازگاری بهتر در هنگام بروز و عود مجدد میگرن کمک کننده باشد. یکی از رویکردهای درمانی که به طور اخص هیجان را به عنوان منبعی ارزشمند جهت سازگاری با موقعیت‌های مختلف معتبر می‌شمارد رویکرد درمانی هیجان‌مدار^۱ می‌باشد (گرینبرگ، ۲۰۲۱). این رویکرد درمانی معتقد است که هیجان اطلاعات ارزشمندی جهت سازگاری با موقعیت‌های مختلف به انسان می‌دهد و منجر به هماهنگی افراد در تعامل با محیط خود (دیگران) می‌گردد. از همین جهت می‌توان از هیجان‌ها برای بهبود شرایط و تغییر رفتار انسانی در موقعیت‌های مختلف بهره برد و منجر به خلق تجربه‌ای جدید در افراد گردید (گرینبرگ، ۱۳۹۸). از این نظر آگاهی نسبت به هیجان و چگونگی تجربه آن بسیار با اهمیت است. همانطور که یافته‌های پژوهشی دیگر نیز این موضوع را تأیید نموده‌اند.

در همین راستا گرچه پژوهش‌های بسیاری در زمینه میگرن (علل و عوامل آن) به صورت کمی (سرگلی‌شاه‌خاصه، و همکاران، ۱۴۰۱؛ سفیداری و همکاران، ۱۴۰۱؛ نژوریا و همکاران ۲۰۲۱؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۹؛ بنائیان و جبل‌عاملی، ۱۳۹۹) و کیفی (نسیو و بولانو، ۲۰۲۱؛ عمادی و همکاران، ۱۳۹۸) انجام شده است اما پژوهشی که به طور اخص به بررسی تجارب هیجانی بیماران مبتلا پرداخته باشد یافت نشد و این درحالی است که به نظر

¹. Emotional focused therapy

۶ ماه، عدم ابتلا به بیماری مزمن دیگر (مالتیپل اسکلوئوسیس و لوپوس) و رضایت برای شرکت در پژوهش اشاره داشت. همچنین عدم توانایی کلامی فرد در انتقال تجارب زیسته خود در هنگام مصاحبه، و انصراف فرد از ادامه روند پژوهش، ملاک‌های خروج از پژوهش بود. لازم به ذکر است که قبل از شروع کار، هدف پژوهش برای مشارکت کنندگان شرح داده شد و از آن‌ها برای ضبط کردن مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد همچنین در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد.

(ب) ابزار

مشارکت کنندگان با استفاده از مصاحبه عمیق و بدون ساختار با سؤالات باز که شامل ۴ سؤال اصلی؛ چقدر هیجانانگیز می‌شناسید؟، شما هیجانانگیز را چطور تجربه می‌کنید؟، در بیشتر روزها و اغلب اوقات چه حس و حالی دارید؟ و حس و حال شما به چه عواملی وابسته است؟، تا زمان تکمیل اطلاعات، مورد بررسی قرار گرفتند همچنین در حین مصاحبه سؤالات اکتشافی دیگر (بیشتر برام توضیح بده؟، منظورت چیه؟ و غیره) با توجه به محتوای گفتگوی مشارکت کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. سپس مصاحبه‌های ضبط شده با مشارکت کنندگان چندبار شنیده شد و متن آن‌ها به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده گردید و در انتها بر اساس متن ها، کدگذاری و مقوله‌ها (مضامین و زیرمضامین) براساس روش جیورجی (۲۰۰۳) شناسایی و استخراج شد. با توجه به اینکه جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها در پژوهش توصیفی به صورت مداوم و همزمان بود بنابراین داده‌ها زمانی که به اشباع رسید نمونه‌گیری و انجام مصاحبه متوقف گردید. برای بررسی اعتمادپذیری داده‌ها از چهار معیار قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت وابستگی و قابلیت تأیید متعلق به لیکولن و گوبا (۱۹۸۵) استفاده شد. برای تضمین قابلیت اعتبار داده‌ها تماس طولانی مدت با محیط پژوهش ۷ ماه و بازگرداندن نتایج به مشارکت کنندگان برای تأیید و اصلاح مطالب مصاحبه‌ها انجام شد.

معیار قابلیت اعتبار داده‌ها که معادل اعتبار درونی است. در این پژوهش به منظور رعایت آن براساس سه مرحله وارلاو همکاران (۲۰۰۳) سعی شد ذهنیت پژوهشگر در تحلیل داده‌ها تداخل نکند. با این حال برای حصول اطمینان از خلوص بیان اطلاعات و نتایج تحقیق بر پایه نظر و تجربه مشارکت کنندگان از دو روش برقراری تماس طولانی مدت با محیط

پژوهش (۷ ماه) و برگرداندن تحلیل مصاحبه‌ها به مشارکت کنندگان برای تأیید نتایج و اصلاح آن در صورت نیاز استفاده شد. برای رعایت قابلیت انتقال داده‌ها که معادل اعتبار بیرونی می‌باشد تلاش شد جهت تحلیل داده‌ها به صورت گام به گام از روش جیورجی تبعیت شود و اطلاعات کامل در مورد جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها گزارش شد تا پژوهش برای دیگران نیز قابل تکرار باشد. همچنین به منظور رعایت قابلیت وابستگی در پژوهش، متن چند مورد از مصاحبه‌ها برای کدگذاری در اختیار یک پژوهشگر خارج از فرآیند پژوهش قرار گرفت که توافق زیاد در کدها نشان داد یافته‌های حاصل توسط داده‌ها حمایت می‌شود. جهت قابلیت تأیید داده‌ها نیز که معادل عینیت و بی‌طرفی در پژوهش‌های کمی است. نتایج پژوهش به ده نفر از بیمارانی که در پژوهش شرکت نداشتند ارائه شد تا در مورد وجود تشابه بین نتایج پژوهش و تجارب خود قضاوت کنند از این نظر صحت تفسیر و برداشت پژوهشگر از اظهارات مشارکت کنندگان، با نظر آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات مورد نیاز اعمال شد. در ادامه مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها به روش جیورجی شامل دو بخش تحلیل فردی و تحلیل ترکیبی است در تحلیل فردی، متن هر مصاحبه به صورت جداگانه مورد تحلیل قرار می‌گیرد که پس از اولین مصاحبه آغاز می‌گردد درحالی‌که تحلیل ترکیبی پنجمین مرحله روش تحلیل جیورجی را شامل می‌گردد که تمامی مصاحبه‌ها به صورت یک گروه در نظر گرفته می‌شود و اشتراک بین آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد (اندرسون، ۲۰۱۰)، که در ادامه گام‌های تحلیل جیورجی برای پژوهش حاضر شرح داده شده است. ۱) در ابتدا تحلیل داده‌ها با پراترگذاری با روش وارلاو و همکاران (۲۰۰۳)، انجام شد بدین منظور پژوهشگر قبل از شروع تحلیل داده‌ها تمامی پیش‌داوری‌ها و تجارب خود در مورد سؤال پژوهش را یادداشت نمود تا در هنگام تحلیل داده‌ها با آن آمیخته نگردد و در طول تحلیل داده‌ها تلاش شد تا تنها به توصیف پدیده‌ها از دیدگاه اول شخص یعنی مشارکت کنندگان پرداخته شود. ۲) در این مرحله متن هر مصاحبه چندین مرتبه بازخوانی شد تا یک حس و معنا از کلیت مصاحبه شخص مشارکت کننده به دست آید. در این

توصیف خاصی در مورد پدیده نداشتند حذف شدند و هر واحد معنایی به ساده‌ترین حالت ممکن به زبان شخص سوم بازنویسی و توصیف شد و سپس یک عبارت روانشناختی مناسب برای این عبارات نوشته شد که منجر به دستیابی به عبارات روانشناختی فاقد هرگونه ساختار، تعبیر و تفسیر گردید در ادامه قسمتی از متن یکی از مصاحبه‌ها به صورت نمونه در جدول ۲ آورده شده است.

مرحله عبارات و توصیف‌های هر مشارکت‌کننده بدون قضاوت، انتقاد یا مقایسه با دیگر توصیفات مشارکت‌کنندگان مطالعه شد. (۳) متن مصاحبه بار دیگر به منظور مشخص کردن معانی درک شده بازخوانی شد و بر این اساس واحدهای معنایی با درج خط تیره از یک دیگر تفکیک شدند و این کار برای تمامی مصاحبه‌ها انجام شد. (۴) در ادامه واحدهای معنایی طی دو بخش به عبارات روانشناختی تبدیل شدند. در ابتدا عناصر غیر ضروری که

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش

شماره شرکت‌کننده (ش)	سن	جنس	تاهل / مجرد	تحصیلات	طول مدت ابتلا
۱	۳۷	زن	متاهل	لیسانس	حدود ۱۵ سال
۲	۳۸	زن	متاهل	دیپلم	۲ سال
۳	۴۵	زن	مجرد	دکتری	۲۵ سال
۴	۳۸	زن	متاهل	دیپلم	۱ سال
۵	۳۵	زن	متاهل	دیپلم	۱ سال
۶	۳۵	زن	متاهل	راهنمایی	۶ ماه
۷	۳۶	مرد	مطلقه	دیپلم	۱۰ سال
۸	۵۳	مرد	متاهل	دیپلم	۳۰ سال
۹	۴۰	مرد	متاهل	دیپلم	۸ سال
۱۰	۵۵	زن	متاهل	لیسانس	۵ سال
۱۱	۴۷	زن	متاهل	راهنمایی	۲۰ سال
۱۲	۲۸	زن	مجرد	لیسانس	۵ سال
۱۳	۴۷	زن	متاهل	راهنمایی	۲۲ سال
۱۴	۱۸	زن	مجرد	دیپلم	۷ ماه
۱۵	۳۱	زن	مجرد	دیپلم	۱۶ سال
۱۶	۳۸	زن	متاهل	دیپلم	۱ سال
۱۷	۴۱	مرد	مطلقه	دکتری	۲ سال
۱۸	۲۷	زن	مجرد	دکتری	۲۰ سال
۱۹	۳۵	مرد	مجرد	لیسانس	۱۵ سال
۲۰	۵۳	زن	متاهل	دیپلم	۲۲ سال

به ظهور توصیف نهایی پدیده به عنوان یک کلیت گردید که متعاقب آن مضامین، و زیر مضمون‌های تجارب مشارکت‌کنندگان در پژوهش بدست آمد. شکل گرفتن مضمون‌ها و زیر مضمون‌ها تنها یک گروه بدنی اسمی نیست بلکه ایجاد ساختار نهایی یک تجربه است که در ادامه مضمون‌ها و زیرمضمون‌های حاصل در تحلیل ترکیبی برحسب سؤال پژوهش در جدول ۴ آورده شده است.

(۵) در این مرحله به اکتشاف و مشخص کردن ساختار کلی موجود در عبارات پرداخت شد بر این اساس پژوهشگر بدون در نظر گرفتن پیش فرض‌های خود، اقدام به ترکیب عبارات روانشناختی مشابه نمود و برای هر مشارکت‌کننده یک بیانیه منسجم ترسیم نمود که در ادامه نمونه‌ای از بیانیه در جدول ۳ ارائه شده است.

در ادامه پس از تکمیل بیانات درباره هر یک از مشارکت‌کنندگان، تحلیل ترکیب برای سؤال پژوهشی صورت گرفت، بر این اساس اختلافات موجود در تجارب افراد حذف و بر ابعاد مشترک تجارب تأکید شد، این امر منجر

جدول ۲. نمونه‌ای از تفکیک واحدهای معنایی، واحدهای معنایی بازنویسی شده و عبارات روانشناختی برحسب مصاحبه با مشارکت کننده شماره ۱۰

متن اصلی مصاحبه	تفکیک واحدهای معنایی	واحدهای معنایی بازنویسی شده	عبارات روانشناختی
بعد از بازنشستگی اینجوری شدم. من مهر ۹۶ بازنشسته شدم و الان ۴-۵ سال است دچار سردردهای شدید شدم.	-بعد از بازنشستگی اینجوری شدم. -من مهر ۹۶ بازنشسته شدم و الان ۴-۵ سال است دچار سردردهای شدید شدم.	-بازنشستگی مشارکت کننده در سال ۹۶ -سابقه ابتلاء به سردردهای شدید از ۴-۵ سال قبل دارد	-بازنشستگی در سال ۹۶ -سابقه ۴-۵ ساله سردرد بعد از بازنشستگی تاکنون
بله فکر می‌کنم (بازنشستگی بر سردردهام) اثر داشته. چون من خیلی آدم پر جنب و جوشی بودم و فکر می‌کنم همین خونه نشستن باعث شد احساس پوچی کنم.	-بله فکر می‌کنم (بازنشستگی بر سردردهام) اثر داشته. -چون من خیلی آدم پر جنب و جوشی بودم و فکر می‌کنم همین خونه نشستن باعث شد احساس پوچی کنم.	-فرد پر جنب و جوش در محیط کار بوده است	-تصور مشارکت کننده در مورد تاثیر بازنشستگی بر سردردهایش
چون مدرسه که بودم خیلی سر حال بودم. خیلی ورجه و ورجه می‌کردم. خیلی باشاط بودم.	-چون مدرسه که بودم خیلی سر حال بودم. -خیلی ورجه و ورجه می‌کردم. -خیلی باشاط بودم.	-تصور می‌کند بازنشستگی و بیکاری باعث احساس پوچی در او شده است	-شروع سردردها بعد از بازنشستگی
معاون مدرسه بودم و با بچه‌ها، معلم‌ها، خانواده‌ها خیلی صمیمی بودم.	-معاون مدرسه بودم و با بچه‌ها، معلم‌ها، خانواده‌ها خیلی صمیمی بودم.	-معاشرت با افراد مختلف در محیط کار داشته است	-فردی اجتماعی و فعال در محیط کار
-بعد از اون مقداری دچار افسردگی شدم	-بعد از اون مقداری دچار افسردگی شدم	-مشارکت کننده به افسردگی بعد از بازنشستگی	-تاثیر بیکاری بر احساس پوچی
-خیلی در خودم فرو رفتم	-خیلی در خودم فرو رفتم	-بازنشستگی مبتلا شده است	-فرد درونگرا و با نشاط در محیط کار
-با این مسأله هم خیلی مبارزه کردم	-با این مسأله هم خیلی مبارزه کردم	-بعد از بازنشستگی در خود فرو می‌رفته است	-ابتلاء به افسردگی بعد از بازنشستگی
-می‌رفتم پیاده روی، نشست‌هایی با دوستان و همسایه‌ها داشتم	-می‌رفتم پیاده روی، نشست‌هایی با دوستان و همسایه‌ها داشتم	-مبارزه با افسردگی از طریق نشست با دوستان و سر زدن به مدرسه داشته است	-در خود فرو رفتن بعد از بازنشستگی
-با همکاران مقابل داشتم	-با همکاران مقابل داشتم	-تاثیر موقت داشته است	-مبارزه با افسردگی از طریق تعاملات اجتماعی
-می‌رفتم مدرسه به بچه‌ها و همکاران سر می‌زدم	-می‌رفتم مدرسه به بچه‌ها و همکاران سر می‌زدم	-مراجعه به مشاوره برای درمان	-تاثیر موقت معاشرت با همکاران و مدرسه بر خلق
-مرتباً ولی باز بعد از یک مدتی مقداری دچار افسردگی شده بودم که مشاوره رفتم	-مرتباً ولی باز بعد از یک مدتی مقداری دچار افسردگی شده بودم که مشاوره رفتم	-ابتلاء به افسردگی بعد از بازنشستگی	-مدرسه به افسردگی بعد از بازنشستگی
-و اونجا صحبت کردم و به من گفتن باید خودتو سرگرم کنی	-و اونجا صحبت کردم و به من گفتن باید خودتو سرگرم کنی	-بازنشستگی و مراجعه به مشاوره داشته است	-پیشنهاد انجام کارهای هنری و سرگرم کننده از طرف درمانگر
-شروع کردم مطالعه و...	-شروع کردم مطالعه و...	-بازنشستگی و مراجعه به مشاوره داشته است	-مراجعه به مشاوره برای درمان
-اما هیچ کدوم از اینها من رو ارضا نمی‌کرد (ورزش- پیاده روی- حل جدول، کتاب خواندن و...)	-اما هیچ کدوم از اینها من رو ارضا نمی‌کرد (ورزش- پیاده روی- حل جدول، کتاب خواندن و...)	-بازنشستگی و مراجعه به مشاوره داشته است	-پیشنهاد انجام کارهای هنری و سرگرم کننده از طرف مشاور داده شده است

جدول ۳. بخش‌هایی خاص مربوط به تجربه مشارکت کننده شماره ۱۰

مشارکت کننده بعد از بازنشستگی از سال ۹۶ دچار احساس پوچی و در خود فرو رفتن و افسردگی و سردرد می‌شود. با وجود درمان افسردگی و انجام کارهای هنری وضعیت روانشناختی او بهبود نمی‌یابد.

جدول ۴. مضمون‌ها و زیر مضمون‌های به دست آمده در تحلیل ترکیبی مبتنی بر سؤال پژوهش

سؤال اصلی پژوهش	مضمون‌ها	زیر مضمون‌ها
تجربه هیجانی زیسته بیماران مبتلا به میگرد چیست؟	دریغ چه خبر است؟	آگاهی از هیجانات اعتباربخشی به هیجانات تجربه و ابراز هیجانات خود تخریب کننده خود نگران کننده خود متوقع خود ترمیم کننده
چه چیز مسیر بودنم را هدایت می‌کند؟		هدایتگرهای شناختی هدایتگرهای احساسی هدایتگرهای فیزیولوژیکی

همانطور که در یافته‌های جدول فوق مشاهده می‌گردد مضامین حاصل از پاسخ به سؤال تجربه هیجانی زیسته بیماران مبتلا به میگرن شامل سه مضمون "نمی‌دانم با چه روبرو هستم و با آن چه کنم"، "دروغم چه خبر است؟" و "چه چیزی مسیر بودنم را هدایت می‌کند" را در بر می‌گیرد که در ادامه به طور مجزا به هر یک آن‌ها پرداخته شده است.

نمی‌دانم با چه روبرو هستم و با آن چه کنم؟

این مضمون که از زیر مضمون‌های؛ آگاهی از هیجانات، اعتباربخشی به هیجانات و تجربه و ابراز هیجانات، تشکیل شده است. حاکی از آن است که مشارکت‌کنندگان اغلب آگاهی واضحی از وضعیت هیجانی خود نداشتند به طور مثال در زیر مضمون آگاهی از هیجانات مشارکت‌کنندگان گاهی هیجان را به صورت نشانه‌های رفتاری مطلوب و بارز بیان می‌کردند "من کلاً آدم هیجانی هستم. نیست به همه چیز واکنش نشون می‌دم. یک آدم هیجانی خیلی سرحال و نمی‌دونم چطور بیان کنم نیست به هر چیزی واکنش نشون می‌دم اینجور نیست که بی‌تفاوت بگذرم. ش ۱۰" یا برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان هیجان را به صورت رفتارهای خیلی شاد یا افسرده توصیف می‌کردند "حس خاصی ندارم من آدم حد متوسطی هستم نه خیلی شاد و پرانرژی و نه خیلی افسرده بیشتر روزها نرمالم." بیشتر مشارکت‌کنندگان نمی‌توانستند هیجانات خود را ابراز یا بیان کنند، و یا زمانی که ابراز می‌کردند معتبر شمرده نمی‌شد، به طوری که دسترسی هیجانی در اغلب مشارکت‌کنندگان محدود بود و توانایی تجربه و ابراز هیجانات را نداشتند و در معتبر شمردن احساسات و هیجانات خود ناموفق بودند.

دروغم چه خبر است؟

مضمون دوم "دروغم چه خبر است؟" برگرفته از چهار زیر مضمون "خود تخریب‌کننده، خود نگران‌کننده، خود متوقع (آرامی) و خود ترمیم‌کننده" بود که وجوه مختلف خود و صداها و صداهای درونی شده از طریق محیط و اطرافیان را نشان می‌دهد که در طول زمان و تحول رشدی شکل گرفته‌اند و بخشی از ماهیت وجودی و هویت افراد را تشکیل می‌دهند اصولاً افراد از درون خود دو صدایی، یا چند صدایی را تجربه می‌کنند و با خود گفتگوی ذهنی دارند و هر یک از این صداها بخش‌هایی از خود آن‌ها است که باورها، عقاید، نگرش‌ها و غیره را در آن‌ها شکل داده است و در ابتدا از طریق صدای بیرونی (اطرافیان، افراد نزدیک و غیره) ابراز شده است به طور

مثال یکی از مشارکت‌کنندگان این گونه بیان می‌کند "مادر شوهرم گفت به دخترم، که به مامانت بگو مال پرخوری زیاده که سردرد داری، من خیلی ناراحت شدم. گفتم مگه دکتر شده، منم خیلی احترامشون دارم. اینقدر که من احترامشون دارم با من اینطوری رفتار می‌کنند. اما کسایی که احترامشون نگه نمی‌دارن خیلی به مادر شوهرم، بهشون احترام می‌ذاره (بقیه عروس‌ها)، من میگم چون بزرگتر هستند باید احترام بگذارم، چون خانواده شوهرم هستند و باید احترام بگذارم به خاطر شوهرم، من یک نسبت فامیلی با مادر شوهرم دارم - بابام می‌گه هیچ وقت بهشون بی‌احترامی نکن - زشته - چون پدر من با پدر شوهرم فامیل هستند، توی دلم می‌گم آگه اوامد محلش نمی‌دم و بی‌احترامی می‌کنم - ولی امکان نداره این کارو بکنم، نه نمی‌تونم. الکی می‌گم. به زبون می‌گم، نمی‌تونم و خودخوری می‌کنم. ش ۲."

به این گفتگو مشارکت‌کننده توجه کنید که چگونه در خطاب به یک اظهار نظر از طرف نزدیکان (مادر شوهر)، با اینکه ناراحت (تجربه خشم) شده است تنها با یک عبارت کوچک "مگه دکتر شده" از خود واکنش نشان داده است. این واکنش که نشان از دفاع از خود به منظور حفاظت از خود به عنوان بخشی از خود ترمیم‌کننده ابراز گردیده است و ادامه آن، می‌توانست منجر به عاملیت در فرد گردد اما با صدای درونی دیگری همچون اعتقاد و الزام به احترام گذاشتن به دلیل بزرگتر بودن "من میگم چون بزرگتر هستند باید احترام بگذارم" یا با این خودگویی درونی که حاکی از خود متوقع فرد می‌باشد "چون خانواده شوهرم هستند و باید احترام بگذارم به خاطر شوهرم" و یا این صدای درونی شده از طرف مراقبان نزدیک (پدر) "من یک نسبت فامیلی با مادر شوهرم دارم - بابام می‌گه هیچ وقت بهشون بی‌احترامی نکن - زشته - چون پدر من با پدر شوهرم فامیل هستند" که همچنان گویای خود متوقع می‌باشد بازدارنده شد.

در این گفتگو با این وجود که فرد مشارکت‌کننده دوست دارد با بی‌اعتنایی و بی‌احترامی به نزدیکان (مادر شوهر) بازخورد رفتاری آنان را نشان دهد و از خود به نوعی دفاع کند (خود ترمیم‌کننده)، اما به دلیل قدرت بالای صدای درونی خود متوقع "تو بایستی احترام بزرگترها را نگه داری" در ابراز ناراحتی خود احساس ناتوانی دارد و به اصطلاح خود خوری می‌کند؛ "الکی می‌گم، به زبون می‌گم، نمی‌تونم و خودخوری می‌کنم" که حاکی از خود انتقاد گری و خود تخریب گری وی می‌باشد. این خود تخریب گری

خسته شدم، تونمی‌ذاری ما نه سیگار باید بکشیم - نه باید صدامون در بیاد - نه باید گوشیمون روشن کنیم، خسته‌مون کردی توی این خونه، از این حرفش ناراحت شدم و تا صبح گریه کردم. ش ۲."

در ادامه مصاحبه مشارکت‌کننده اخیر از ازدیاد سردردها در سال اخیر می‌گوید که حاکی از بازداری هیجانی و تجربه آن به صورت سردرد می‌باشد "پارسال تابستان سردردها شروع شد اما امسال بیشتر شد. امسال سردردهام بیش از حد شد، اگر میگرن بود چرا مثل پارسال نیست. پارسال تابستون شروع و این موقع رفت، اما امسال نه و سردردهام ادامه داشت و بدتر شد. ش ۲" از این جهت می‌توان مشاهده نمود که چگونه تجربه هیجانی زیسته بیماران می‌تواند بر سیر و تداوم بیماری تأثیر بگذارد و منجر به تشدید و تکرار دوره‌های عود در آن گردد.

چه چیز مسیر بودنم را هدایت می‌کند؟

مضمون سوم مرتبط با سؤال اول که دربردارنده "چه چیز مسیر بودنم را هدایت می‌کند؟" سه زیر مضمون؛ هدایت‌گرهای شناختی، هدایت‌گرهای احساسی و هدایت‌گرهای فیزیولوژیکی را شامل می‌گردد. یکی از مشارکت‌کنندگان (شماره ۲) عنوان می‌کند "میگرن همیشه دارم اما آگه عصبانی بشم سردردهام بیشتر می‌شه، مادرشوهرم که دیروز این حرف رو به من زد سردردم خیلی بیشتر شد و گریه کردم. شرکت‌کننده شماره ۲"، یا از تأثیر هیجان شادی بر کاهش سردردها اشاره می‌کند که "سردرد داشته باشم، زمانی که شاد باشم این زمان می‌شه ۱/۵ ساعت، مثل زمانی که خواهرم چند روز اینجا بود و مشغولم می‌کرد و می‌خندیدیم اصلاً نمی‌فهمیدم سردرد دارم". همچنین اشاره دارد که "ناراحتی و گریه کردن باعث سردرد می‌شه. ش ۲" در این راستا یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که تغییر هیجان‌ات می‌تواند بر کیفیت سردرد و تداوم آن تأثیر بگذارد و از این لحاظ می‌تواند از هیجان‌ات به عنوان یک هدایت‌گر احساسی برای شناسایی موقعیت‌هایی که می‌تواند منجر به بهبود یا تشدید علائم سردرد میگرن در آن‌ها گردد بهره برد.

علاوه بر این یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان درگیر افکار نیز هستند به طور مثال یکی از مشارکت‌کنندگان بیان می‌دارد که "دخترم عقد کرده است، می‌گم آیا شوهرش خوبه؟ خانواده‌اش خوبین؟ دوستش دارن؟ دوستش ندارن؟ آینده‌اش چی میشه؟ برای تهیه جهیزیه فکر می‌کنم، البته خدارو شکر مشکلی نیست، اما بتونم جفت و جورش کنم.

با این مفهوم کلی که "تونمی‌توانی از خودت دفاع کنی" منجر به ادراک احساس ناتوانی بیشتر "نه نمی‌تونم، الکی می‌گم" گردیده است.

در ادامه خودگویی‌های درونی منجر تأیید احساس ناتوانی و تشدید تجربه احساس ناراحتی درونی فرد شده و واکنش‌پذیری و حساسیت بیش از اندازه در فرد را موجب شده است همانطور که این مشارکت‌کننده (شماره ۲) در متن مصاحبه خود نیز به آن اشاره داشته است "سریع عصبی می‌شم"، "با کوچکتین سر و صدا - با کوچکتین مسائل، مثلاً اون شب خوابیده بودم، شوهرم صدای گوشیش خیلی کم بود - بعد گوشی را باز کرد و صدای کمی داشت، با این صدا من از خواب پریدم و دیگه نخوابیدم، با پرخاشگری داد زدم سر شوهرم که منو از خواب پروندی و دیگر نمی‌تونم بخوابم. اینطوری شدم - پرخاشگر شدم. ش ۲".

همچنین به متن مصاحبه این مشارکت‌کننده درباره نگرانی مرتبط با درس دخترش که حاکی از خود نگران‌کننده فرد می‌باشد توجه کنید؛ "برای درس دخترم خیلی هم حرص می‌خورم، دخترم را کتک می‌زد، تمرکزش کمه و حواسش پرت می‌شه، این مشکلات استرس برام ایجاد می‌کنه، می‌گم نکنه درس نخونه - نکنه بدبخت بشه. شرکت‌کننده شماره ۱". همچنین این مشارکت‌کننده نیز در طی مصاحبه عنوان می‌کند که "خودم احساس می‌کنم خودم یک مقدار حساس‌تر از دیگران هستم، کنترل خشمم برام سخته، دیر عصبانی می‌شم ولی خودم از خودم راضی نیستم، از اینکه برای هر چیزی حرص می‌خورم و عصبانی می‌شم راضی نیستم، میگم اگر آرومتر بودم بهتر بود هم خودم مریض نمی‌شدم. ش ۱".

در همین راستا می‌توان گفت همانطور که در مضمون "دروم چه خبر است؟" مشاهده گردید افراد مبتلا به دلیل مشغولیت با صداهای درونی و تجربه دویاره‌گی‌ها در درون خود نسبت به اینکه چه رفتاری صحیح است دچار تردید می‌گردند و در روند ادامه تجربه صداهای درونی می‌توانند احساس عاملیت بر رفتار و واکنش به موقعیت‌ها را از دست بدهند، از طرفی دیگر این مسأله می‌تواند منجر به بدن‌تنظیمی هیجانی به دلیل عدم تجربه و ابراز احساسات و هیجان‌ات خود گردد. که این خود می‌تواند منجر به تکرار و تشدید واکنش‌های رفتاری بدون تناسب با موقعیت (تجربه خشم شدید نامتناسب با موقعیت) و یا واکنش تسلیم (قبول کردن حرف دیگران) و بازداری هیجانی گردد که در ادامه مصاحبه مشارکت‌کنندگان فوق می‌توان الگوی تسلیم و پذیرفتن نظر دیگران را مشاهده نمود "شوهرم گفت: من

بواز بین بره". بیان این مشارکت کننده حاکی از آن است که چطور نشانه فیزیولوژیکی همچون عرق کردن بدن در اثر استرس می تواند، احساس تنفر را در ایشان فراخوانی کند و با اینکه تلاش می کند آن را از بین ببرد اما احساس ناتوانی را در ایشان بر می انگیزاند "امکان ندارد این بواز بین بره. ش ۱". همچنین مشارکت کنندگان از تأثیر هدایت گر فیزیولوژیکی برای مدیریت بیماری میگرن بهره می برند همانطور که این مشارکت کننده از تأثیر هدایت گر فیزیولوژیکی خواب بر کاهش سردردهای میگرنی می گوید "من سردرد که میشم باید بخوابم، اگر شب سردرد باشم باید بخوابم - صبح که از خواب بیدار می شم سردرد ندارم در موقع هایی که روز سردرد می شم باید یکی دو ساعت استراحت کنم و بخوابم و چند ساعت طور می کشه و بعد خوب می شود. شرکت کننده ۱". یا "روزهای جمعه که بیشتر می خوابم سردردم بهتره. ش ۱".

بحث و نتیجه گیری

همانطور که مشاهده شد هدف پژوهش حاضر کاوش تجربیات هیجانی زیسته افراد مبتلا به اختلال میگرن بود که یافته های پژوهشی حاکی از دستیابی به سه مضمون اصلی نمی دانم با چه روبرو هستم و با آن چه کنم؟، درونم چه خبر است؟، و چه چیز مسیر بودنم را هدایت می کند؟ بود. باتوجه به اینکه پژوهشی مشابه با پژوهش اخیر به طور دقیق یافت نشد اما می توان گفت که نتایج اخیر با پژوهش عمادی و همکاران (۱۳۹۸)، که بررسی تجارب زیسته افراد مبتلا به اختلال میگرن پرداختند همسو می باشد. در ارتباط با یافته های این پژوهش می توان گفت که افراد مبتلا به سردرد میگرنی در شناسایی و دسترسی به هیجانات و ابراز آن با محدودیت و بازداري مواجه هستند و به دلیل آنکه از سوی اطرافیان و نزدیکان درباره هیجاناتشان تصدیق همدلانه دریافت نمی کنند بیشتر به راهبرد کنترل و اجبار کردن خود برای ایجاد محدودیت برای خود درباره بیان و ابراز هیجاناتشان روی می آورند با توجه به آنکه ماهیت بیماریشان به خودی خود نزدیکان و اطرافیان را با محدودیت مواجه می سازد از این نظر افراد خود را بیشتر ملزم می دانند تا درباره سردردهایشان اقدامی داشته باشند (خود متوقع و نگران کننده). این امر موجب می گردد که افراد مبتلا به میگرن به طور طبیعی بیشتر پدیده انسداد هیجانی را تجربه نمایند که به صورت تشدید سردرد، طولانی شدن مدت آن و یا افزایش دفعات عود حمله میگرن در

خوب بشه - نشه؟، همه این ها روی با خودم می نشینم فکر می کنم و بعد به دفعه می بینم سرم بزرگ شده، دیگر سردردها شروع می شه و اذیتم می کنه. ش ۱۱". هدایت گره های شناختی به طور کلی می توانند خود عود سردردهای مبتلایان را فراخوانی کنند و یا به واسطه تأثیر بر دیگر هدایت گره های رفتاری همچون هدایت گره های احساسی و فیزیولوژیک منجر به فراخوانی سردرد در افراد مبتلا گردند به طور مثال مشارکت کننده شماره ۱۱ در مصاحبه خود به این موضوع اشاره می کند "یک مقدار بر می گرده به گذشته. می گم کاش این اتفاق نیفتاده بود - کاش این کارو انجام داده بودم - کاش به فلان شخص این حرف روزه بودم، در مورد من الان چه فکری می کنه؟ هی این ها را با خودم فکر می کنم علی الخصوص شب ها که خوابیدم، گاهی شب تا صبح فکر می کنم. یک وقت می بینم ساعت ۵ - ۶ صبحه و من هنوز بیدارم و خوابم نبرده، بعدش تا چند روز سردرد دارم. ش ۱۱". همانطور که مشاهده شد هدایت گره های شناختی همچون افکار (درباره فرزند) و نشخوار فکری می تواند بر فراخوانی و عود سردرد و تداوم آن تأثیر گذار باشد.

و یا می تواند با تأثیر بر دیگر هدایت گره های رفتاری همچون احساسات و فیزیولوژیک موجب فراخوانی سردرد در مبتلایان گردد "هی اطرافیانم هم بهم می گن - شوهرم بهم می گه: این قدر فکر نکن این قدر اعصاب خوتون خورد نکن، به ظاهر بهشون می گم که اونام استرس نگیرن و می گم من فکری ندارم/ نمی دونم چی کار کنم که از ذهنم بیرون کنم/ چون یک مواقعی که حرص می خورم و سر یک چیزی عصبانی می شم یک لحظه پشت گردنم و سرم درد می گیره و بعد آرام می شم و بعد یک ساعت بعد سردرد شروع می شه و می فهمیم مال عصبانیه/ مثلاً وقتی که فکر کردم چند ساعت به یک موضوعی یک دفعه می بینم چشمام درد گرفت شقیقه هام درد گرفت. انگار سرم بنگ می شه - به جوریه. ش ۱۱".

همچنین یافته های پژوهش نشان می دهد که مشارکت کنندگان از تأثیر هدایت گره های فیزیولوژیکی ناشی از استرس بر رفتارشان گزارش می دهند "دیر می رسم سرکار استرس می گیرم، دست و پام می لرزن، تمام بدنم بی حس و حال می شه، بعد عرق می کنم و صورتم خیس آب می شه. ش ۲". این مشارکت کننده نشانگرهای فیزیولوژیکی هیجان را در بدن تشریح می کند و حتی در ادامه بیان می کند "حتی عرق بوی بد می دهه، بوی تنفر می دهه - بوی پیاز می دهه - با اینکه من اسپری و.. می زنم اما امکان نداره این

شکل عود بیماری و تشدید علائم و طولانی‌تر شدن آن تجربه کردند. از این رو یافته‌های پژوهشی حاضر مبنی بر نقش تجربه هیجانی زیسته بیماران مبتلا به میگرن با عدم دسترسی هیجانی (آگاهی، بیان و تأیید هیجان‌ها)، خودگویی‌های درونی (نگران‌کننده، تخریب‌کننده، متوقع، و ترمیم‌کننده) و هدایت‌گرهای رفتاری (شناختی، فیزیولوژیک و احساسی) بر افراد مبتلا و سردردهای ایشان قابل درک و تبیین می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهشی مجزا به تدوین پروتکل درمانی براساس یافته‌های این پژوهش و بررسی تأثیر آن بر عملکرد آنان و مقایسه آن با دیگر رویکردهای درمانی پرداخته شود. لازم به ذکر است که کد اخلاق دریافتی در ارتباط با انجام این پژوهش EE/1400.2.24.14545/scu.ac.ir می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی موارد مرتبط با پژوهش‌های کیفی همچون ارائه توضیح کلی درباره اهداف پژوهش و همچنین ماهیت داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، اخذ رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان جهت ضبط جلسات مصاحبه، اطمینان خاطر جهت حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات ارائه شده توسط مشارکت‌کنندگان، استفاده از شماره گذاری در تحلیل مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان و حق خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش به مشارکت‌کنندگان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسندگان دوم و سوم و مشاوره نویسندگان چهارم و پنجم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

آنان قابل ردیابی است (دای و همکاران، ۲۰۲۱). یافته‌های پژوهشی در این زمینه نیز نشان می‌دهد افراد مبتلا به سردرد میگرنی به طور معناداری سطوح بالاتری از استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند (واکوگنه و همکاران، ۲۰۰۳)، و بیشتر از دیگران شرایط دارای تنش را به صورت منفی ادراک می‌کنند (پیمان‌نیا و موسوی، ۱۳۹۳)، بدین معنی که این افراد مستعد نگرانی هستند (خود نگران‌کننده قوی‌تر). بنابراین از آنجایی که موقعیت‌ها را منفی‌تر تجربه می‌کنند طبیعی است که احساس استیصال بیشتری را درباره بیماری و زندگی‌شان تجربه کنند و از این جهت خود را سرزنش‌کننده (خود تخریب‌گر) که این مسأله می‌تواند منجر به ایجاد یک چرخه ناکارآمد گردد که بین احساسات فرد نسبت به خود و بیماری (نگرانی، استیصال، و سرزنش) و عود علائم بیماری میگرن در نوسان باشد. همانطور که یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده است دوره‌های عود و تشدید سردرد با ماندگاری شرایط تنش/استرس افزایش می‌یابد به همین خاطر کاهش تنش/استرس به عنوان یک راهبرد درمانی مهم برای سردرد میگرن معرفی شده است (انهیر و همکاران، ۲۰۱۹).

علاوه بر این از آنجایی که گفتگوهای درونی اغلب دربردارنده تجربه‌ای است که تمامی انسان‌ها جهت مدیریت و هدایت رفتار در طول تحول رشدی خود آن را یاد گرفتند و تکه‌هایی از خود فرد محسوب می‌گردند، از این لحاظ تجربه استیصال درباره بیماری و مدیریت آن و ماندن شرایط تنش و عدم برطرف شدن علائم (تجربه دوره عود) می‌تواند گفتگوهای درونی بین بخش‌هایی از خود (بخش منتقد و سرزنش‌گر/متوقع/نگران‌کننده با خود ترمیم‌کننده) را در این افراد تشدید سازد. بدین معنی که مبتلایان به میگرن به طور مکرر نسبت به اعمال، رفتار، احساسات و افکار خود در بافت بیماری و غیر از آن، می‌توانند این گفتگوهای درونی را تجربه نمایند اما با توجه به اینکه احساسات، نگرانی‌ها، افکار و غیره نسبت به بیماری در افراد مبتلا تصدیق نمی‌گردد و اغلب اطرافیان بیماران میگرن به دلیل ملاحظات بیماری با محدودیت مواجه‌اند از این جهت احتمال اینکه نزدیکان آنان؛ سرزنش، شرم، ترس و احساسات ناخوشانید دیگر درباره بیماری را در این افراد بازآفرینی کنند بسیار است. بنابراین طبیعی است که احساسات و افکار پردازش نشده و یا به تجربه در نیامده به طور مجدد به

مبتلایان به اختلالات روان‌تنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۵)، ۱۳۷۵-۱۳۹۰.

منابع

الفونه، انیسه؛ ایمانی، مهدی و سرافراز، مهدی‌رضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. *ارمغان دانش*، ۲۵(۱)، ۶۹-۸۳.

جبل عاملی، شیدا و بنائیان، امینه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی شاخص‌های درد بر اساس باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به میگرن در شهر اصفهان. *بیهوشی و درد*، ۱۱ (۳)، ۱۴-۲۷.

خلیلی‌صفت، مینا؛ امیدی، عبدالله؛ زهرا، زنجانی و دانشور کاخکی، رضا. (۱۳۹۸). مقایسه کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به میگرن. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۳)، ۱۵-۱.

عزیزی، معصومه؛ آقامحمدیان‌شعرباف، حمیدرضا؛ مشهدی، علی و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد. (۱۳۹۵). مقایسه وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و افراد سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۳ (۴)، ۷۰۶-۷۱۳.

عمادی، سیده زهرا؛ بهرامی‌احسان، هادی و رستمی، رضا. (۱۳۹۸). عوامل مؤثر بر تجربه درد در بیماران زن مبتلا به میگرن: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۳)، ۱-۱۶.

پیمان‌نیا، بهرام و موسوی، الهام. (۱۳۹۳). مقایسه استرس ادراک شده و صفات شخصیتی در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۲ (۲)، ۱۰۶۹-۱۰۷۸.

فتحی، سمیه؛ پویامنش، جعفر؛ قمری، محمد و فتحی‌اقدام، قربان. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد و تاب‌آوری زنان مبتلا به سردرد مزمن. *سلامت جامعه*، ۱۴(۴)، ۷۵-۸۷.

ملک‌پور، فرزانه؛ مرعشی، سید علی و بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۷). طراحی و آزمودن الگویی از پیش‌بینی‌ها و پیامدهای سردردهای میگرنی در جمعیت غیربالینی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۲ (۳)، ۲۴-۳۶.

سرگلی‌شاه‌خاصه، مرضیه؛ حسنی، جعفر و شاکری، محمد. (۱۴۰۱). بررسی مقایسه اثربخشی درمان به شیوه شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری، بر پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۲۰)، ۲۵۳۳-۲۵۱۹.

سفیداری، لیل؛ محمدزاده ابراهیمی، علی و همت‌افزا، پروین. (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر اضطراب مزمن و تمایزافتگی در

References

Alfoone, A., Imani, M., Sarafraz, M. (2021). A comparison of the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy on experiential avoidance and cognitive fusion in patients with migraine headache. *Armaghan Journal*, 25 (1), 69-83. (Persian). URL: <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-2094-fa.html>

Anderson, V.V. (2010). *The experience of nightshift registered nurses in an acute care setting: a phenomenological study* Montana State University-Bozeman, College of Nursing.

Azizi, M., Agha-MohammadiyanShaarbaf, H. R., Mashhadi, A., & Asghari-Ebrahimabad, M. (2016). The comparison of psychological status in people suffering from migraine with healthy people. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 23(4), 706-713. (Persian). https://jsums.medsab.ac.ir/article_902.html?lang=fa.

Broome R E (2011). Descriptive phenomenological psychological method: An example of a methodology. section from doctoral dissertation. San Francisco, California: Saybrook University.

Burch, R. C., Buse, D. C., & Lipton, R. B. (2019). Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurologic clinics*, 37(4), 631-649. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.06.001>

Dai, W., Liu, R. H., Qiu, E., Liu, Y., Chen, Z., Chen, X., Ao, R., Zhuo, M., & Yu, S. (2021). Cortical mechanisms in migraine. *Molecular pain*, 17. <https://doi.org/10.1177/17448069211050246>

Deleu, D., Hanssens, Y., & Worthing, E. A. (1998). Symptomatic and prophylactic treatment of migraine: a critical reappraisal. *Clinical neuropharmacology*, 21(5), 267-279. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9789706/>

Eigenbrodt, A. K., Ashina, H., Khan, S., Diener, H. C., Mitsikostas, D. D., Sinclair, A. J. and et al. (2021). Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nature reviews. Neurology*, 17(8), 501-514. <https://doi.org/10.1038/s41582-021-00509-5>

Emadi S Z, Bahrami Ehsan H, Rostami R. (2019). The effective factors on pain experience in female patients with migraine: A qualitative study. *Journal*

- of *Psychological Science*. 18(73), 1-16. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-57-fa.html>
- Fathi, S., Pouyamanesh, J., Ghamari, M., & Fathi aghdam, G. (2021). The effectiveness of emotion-based therapy and acceptance & commitment therapy on the pain severity and resistance in women with chronic headaches. *Community Health Journal*, 14 (4), 75-87. (Persian). doi: [10.22123/chj.2021.219287.1441](https://doi.org/10.22123/chj.2021.219287.1441)
- Geva, N., & Defrin, R. (2018). Opposite Effects of Stress on Pain Modulation Depend on the Magnitude of Individual Stress Response. *The journal of pain*, 19(4), 360-371. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.011>
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10595-013>
- Greenberg, L.S. (2019). *Coaching in emotion-oriented therapy: guiding clients in working with their emotions*, (translated by Dr. Mohammad Arash Ramezani, Zeinab Bagheri and Iman Hemmatyar. Tehran: Ravan. (Persian).
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion*. American Psychological Association.
- Hubbard, C. S., Khan, S. A., Keaser, M. L., Mathur, V. A., Goyal, M., & Seminowicz, D. A. (2014). Altered Brain Structure and Function Correlate with Disease Severity and Pain Catastrophizing in Migraine Patients. *eNeuro*, 1(1), e20.14. <https://doi.org/10.1523/ENEURO.0006-14.2014>
- International Headache Society. <https://ihs-headache.org/>
- Jabalamel, S., Banaeian, A. (2020). Prediction of Pain Symptoms based on Meta-Cognitive Beliefs in Women with Migraine in Isfahan City. *JAP*, 11 (3): 14-27. (Persian). URL: <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5459-fa.html>
- Khalili Sefat, M., Omid, A., Zanjani, Z., Daneshvar Kakhaki, R. (2019). The comparison of quality of life, emotion regulation and distress tolerance of people with and without migraine. *RBS*; 17 (3), 483-494. (Persian). URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-686-fa.html>
- Khan, S., and et al. (2019). Meningeal contribution to migraine pain: a magnetic resonance angiography study, *Brain*, 142(1), 93-102. <https://doi.org/10.1093/brain/awy300>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Malekpour, F., Marashi, A., Beshlideh, K. (2018). Designing and testing a model of the precedents and consequences of migraine headaches in a non-clinical population. *Journal of Research in Psychological Health*, 12 (3), 24-36. (Persian). Dio: [10.52547/rph.12.3.24](https://doi.org/10.52547/rph.12.3.24)
- Negro, A., Koverech, A., & Martelletti, P. (2018). Serotonin receptor agonists in the acute treatment of migraine: a review on their therapeutic potential. *Journal of pain research*, 11, 515. doi: [10.2147/JPR.S132833](https://doi.org/10.2147/JPR.S132833).
- Nogueira, E. A. G., Oliveira, F. R., Carvalho, V. M., Talarolli, C., & Fragoso, Y. D. (2021). Catastrophization is related to the patient and not to the severity of migraine. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 79(8), 682-685. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-anp-2020-0462>
- Oatley, K. (1992). *Best laid schemes: The psychology of emotion*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Peymannia, B., & Moosavi, E. (2014). The Comparison between Conceived Stress and Personality traits, in People Suffering from Migraine and Healthy People. *JSSU*, 22 (2):1069-1078 URL: <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2548-fa.html>
- Sargoli Shahkhasheh, M., Hassani, J., & Shakeri, M. (2022). The investigating comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) and mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on perfectionism, psychological distress, and pain intensity in patients with migraine headache. *Journal of Psychological Science*. 21(120), 2519-2533. (Persian). doi: [10.52547/JPS.21.120.2519](https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2519)
- Sefidari, L., mohammadzadeh Ebrahimi, A., hemmatafza, P. (2022). The efficacy of bowen family system therapy on chronic anxiety and differentiation in patients with psychosomatic disorders. *Journal of Psychological Science*. 21(115), 1375-1390. doi: [10.52547/JPS.21.115.1375](https://doi.org/10.52547/JPS.21.115.1375)
- Seo, J. G., & Park, S. P. (2018). Significance of fatigue in patients with migraine. *Journal of Clinical Neuroscience*, 50, 69-73. doi: [10.1016/j.jocn.2018.01.032](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.01.032)
- Steiner, Timothy J., Lars J. Stovner, Theo Vos, Rigmor Jensen, and Zaza Katsarava. (2018). "Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice?." 1-4. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-97359-9_1

- Varela, F. J., Vermersch, P., & Depraz, N. (2003). *On becoming aware: A pragmatics of experiencing*. Amsterdam/ Philadelphia, PA: Jon Benjamins.
- Vetvik, K. G., & MacGregor, E. A. (2017). Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *The Lancet Neurology*, 16(1), 76-87. Doi: 10.1016/S1474-4422(16)30293-9
- Wacogne, C., Lacoste, J. P., Guillibert, E., Hugues, F. C., & Le Jeunne, C. (2003). Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia: an international journal of headache*, 23(6), 451-455. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00550.x>
- Wells, R. E., O'Connell, N., Pierce, C. R., Estave, P., Penzien, D. B., Loder, E., Zeidan, F., & Houle, T. T. (2021). Effectiveness of Mindfulness Meditation vs Headache Education for Adults with Migraine: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 181(3), 317-328. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7090>

