



## The Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy and Narrative Therapy on Ways of Emotion of Coping with Stress in Women with Chronic Headaches

Samaneh Amirifar<sup>1</sup>, Farideh Hamidi<sup>2\*</sup>, Mojtaba Ansarei Shahidei<sup>3</sup>

1. Ph.D student in Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2. Associate Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

### ABSTRACT

**Aim and background:** Chronic headaches are a common type of headache that can significantly impact daily functioning. While drug therapy is often used to treat these headaches, it may not provide sufficient relief on its own. The aim of this study was to compare the effectiveness of solution-focused therapy and narrative therapy in helping women with chronic headaches cope with stress and manage their emotions.

**Material and Methods:** This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up. The participants were women with chronic headaches who were attending a neurology clinic in Tehran in 2023. Forty-five women were selected using convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups (15 women in each group) and one control group (15 women). The experimental groups received eight sessions of either solution-focused therapy or narrative therapy, each lasting 90 minutes. The control group did not receive any intervention and remained on a waiting list. Data were collected using the short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ-2) and the ways of coping questionnaire (WCQ) developed by Dworkin et al. (2009) and Folkman & Lazarus (1988), respectively. Data analysis was conducted using SPSS-28 software, encompassing descriptive and inferential statistics (repeated measures analysis of variance with Bonferroni post hoc test).

**Results:** The results indicated that both interventions had a significant effect on the ways of coping with stress at the post-test and follow-up assessments ( $P < 0.05$ ). Additionally, the Bonferroni post hoc test revealed that self-narrative therapy was more effective in improving emotion-based coping with stress ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** ThisBased on the findings, solution-focused therapy and narrative therapy can be considered as effective treatment methods for helping women with chronic headaches cope with stress and manage their emotions. Counseling centers may prioritize the use of narrative therapy in the treatment of women with chronic headaches.

**Keywords:** solution-focused therapy, narrative therapy, ways of emotion of coping with stress, chronic headaches.

►Please cite this paper as:

Amirifar S, Hamidi F, Ansarei Shahidei M [The Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy and Narrative Therapy on Ways of Emotion of Coping with Stress in Women with Chronic Headaches (Persian)]. J Anesth Pain 2024;14(4): 68-83.

**Corresponding Author:** Farideh Hamidi, Associate Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran

**Email:** fhamidi@sru.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲

## مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر شیوه‌های هیجان مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن

سمانه امیری فر<sup>۱</sup>، فریده حمیدی<sup>۲\*</sup>، مجتبی انصاری شهیدی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲. دانشیار روانشناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۹

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۹/۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** سردردهای شایع‌ترین نوع سردردها هستند که موجب افت شدید کارکرد روزانه افراد می‌شود. از آنجا که دارو درمانی به تنهایی در درمان بسیاری از این بیماران به اندازه کافی مفید نیست، لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر شیوه‌های هیجان مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن بود.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به سردردهای مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌های متخصص مغز و اعصاب شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس زنان گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان راه حل محور و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روایت درمانی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل Dworkin (SF-MPQ-2) و همکاران (۲۰۰۹) و پرسشنامه شیوه‌های رویارویی با استرس (WCQ) Folkman & Lazarus (۱۹۸۸) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود شیوه‌های هیجان مدار رویارویی با استرس داشته است ( $P < 0/05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه حل محور بر بهبود شیوه‌های هیجان مدار رویارویی با استرس دارد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان راه حل محور و روایت درمانی می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود شیوه‌های هیجان مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با روایت درمانی است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان راه حل محور، روایت درمانی، شیوه‌های هیجان مدار رویارویی با استرس، سردردهای مزمن

**نویسنده مسئول:** فریده حمیدی، دانشیار روانشناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

پست الکترونیک: fhamidi@sru.ac.ir

## مقدمه

سر درد مزمن یک بیماری منفرد نیست، بلکه یک اصطلاح کلی است که تمام سردردهای مزمن را در بر می گیرد<sup>(۱)</sup>. انجمن بین المللی سردرد، «سر درد مزمن روزانه» را به عنوان «تجربه سردرد با فراوانی ۱۵ یا بیشتر از آن در ماه برای حداقل سه ماه» تعریف می کند<sup>(۲)</sup>. سردرد مزمن روزانه را می توان بسته به علت آن به دو دسته سردرد اولیه و ثانویه تقسیم کرد. اختلالات سردرد مزمن اولیه علت ارگانیک ثانویه ندارند<sup>(۳)</sup>. در دسته های سردرد اولیه، مدت سردرد کمتر از ۴ ساعت به عنوان «سر درد کوتاه» نامگذاری می شود. بیش از ۴ ساعت به عنوان «سر درد طولانی» شناخته می شود. سردردهای طولانی معمولاً شامل میگرن مزمن و سردردهای تنشی مزمن هستند که باعث تجربه مشکلات مختلف جسمانی و روانشناختی از جمله پریشانی و افسردگی در این افراد می شود<sup>(۴)</sup>. از سوی دیگر آرام بخش ها به طور گسترده برای کنترل علائم در سردردها استفاده می شوند. بیماران به طور ناخواسته با استفاده بیش از حد از مسکن ها، دفعات سردرد را افزایش می دهند. اما قطع مسکن ها معمولاً این سردردها را بدتر می کند<sup>(۵)</sup> و باعث تجربه مشکلات بیشتری از نظر جسمانی، روانشناختی و هیجانی می شوند<sup>(۶)</sup>. این مشکلات روانشناختی از جمله علائم اضطراب و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن، شیوه رویارویی با استرس ناسازگارانه و هیجان مدار را افزایش می دهند<sup>(۷)</sup>.

رویارویی به عنوان تلاش های شناختی و رفتاری در حال تغییر مداوم تعریف می شود که توسط فرد برای مدیریت خواسته های مشخص درونی و/یا بیرونی انجام می شود که تصور می شود از منابع فرد فراتر می رود. به عبارتی شیوه های رویارویی با استرس، روش های رویارویی هستند که فرد در موقعیت های خاص استفاده می کند یا در طول زمان در موقعیت های مشابه تکرار می کند و بیانگر مجموعه ای از رفتارهایی است که ما در تلاش برای مدیریت موقعیت های استرس زا استفاده می کنیم<sup>(۸)</sup>. رویارویی با استرس، تلاش شناختی و/یا رفتاری برای رویارویی با شرایط استرس زا/سختی

است که منابع فرد را آزمایش می کند. این تلاش دو گونه تلقی می شود که اگر متشکل از تلاش های ناسازگاری مانند سرزنش و انکار باشد، متمرکز بر هیجان است که از آن به عنوان شیوه رویارویی هیجان مدار نام برده می شود<sup>(۹)</sup>.

بر اساس پیشینه پژوهش افراد که از سردردهای مزمن رنج می برند، زمانی که از شیوه رویایی مسئله مدار استفاده می کنند بهتر می توانند با پیامدهای سردرد کنار آیند، اما زمانی که شیوه رویارویی آنها با رویدادهای استرس زا هیجان مدار است، کمتر پیامدهای سردرد را تحمل می کنند<sup>(۹)</sup>. بر اساس آنچه گفته شد یک برنامه جامع درمان سردرد معمولاً به استراتژی های درمانی دارویی و غیردارویی نیاز دارد<sup>(۱۰)</sup>. برای مدیریت سردرد مزمن و سردرد تنشی، تمرینات قدرتی و هوای<sup>(۱۱، ۱۲)</sup>، آرامش عضلانی<sup>(۱۳)</sup> و درمان های پُست مدرن به عنوان گزینه های غیردارویی استفاده شده است<sup>(۱۴)</sup>. در زمینه درمان های پُست مدرن می توان گفت که این درمان ها بر پایه بازسازی باورهای معمول افراد و ارزیابی تاثیر آنها بر زندگی شان پایه گذاری شده است<sup>(۱۵)</sup>. در فلسفه پُست مدرن اعتقاد بر آن است که افراد سازنده و خلق کننده واقعیت اند و حقیقت واحدی وجود ندارد<sup>(۱۶)</sup>. همچنین می توان گفت که درمان پُست مدرن ارتباط بین مراجعه کننده و درمانگر بر پایه همکاری کلامی (پرداختن به حل مشکلات از طریق صحبت کردن و همکاری)، درمان کوتاه راه حل محور (تمرکز بر ایجاد راه حل ها جهت حل مشکل به جای ارزیابی ریشه های ایجاد کننده مشکل) و روایت درمانی (ارزیابی اندیشه و رفتار افراد در متن داستان هایی که افراد از خودشان روایت می کنند) اشاره کرد<sup>(۱۷)</sup>. درمان راه حل محور بر روی نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه حل به جای مشکلات، یافتن استثنا در رخداد های ناگوار و جستجوی دیدگاه ترجیحی افراد تاکید می کند و یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه حل های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان بینی و پیاده سازی تغییرات رفتاری استفاده می کنند<sup>(۱۸)</sup>.

محور و روایت درمانی پرداخته باشد کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز زنان دارای سردهای مزمن در جهت کاهش مشکلات آنان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو این درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات روانشناختی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات زنان مبتلا به سردهای مزمن فعالیت می‌کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا با توجه به آنچه گفته شد هدف از انجام پژوهش پاسخ به این سوال است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان راه‌حل محور و روایت‌درمانی بر شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس در زنان دارای سردهای مزمن وجود دارد؟

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به سردهای مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌های متخصص مغز و اعصاب شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین کلینیک‌های موجود ۳ کلینیک انتخاب شد و سپس پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل بر روی آنان اجرا شد و از بین آنها که نمره بالاتر از ۵۰ و بالاتر در این پرسشنامه کسب کردند و با تایید پزشک متخصص تعداد ۴۵ زن انتخاب و در سه گروه قرار داده شد. به این صورت که در گروه راه‌حل محور ۱۵ زن، گروه روایت درمانی ۱۵ زن و گروه کنترل ۱۵ زن جایگزین شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش از جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به این صورت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱ برای هرگروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود دارد و در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر

این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می‌کند که به ساختار شکنی و آشکارسازی مشکلات منجر می‌شود و اساسا درمان راه‌حل محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه‌حل‌های ممکن را تغییر دهد<sup>(۱۹)</sup>. درمان راه‌حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و اینکه چگونه مسائل‌شان را حل کنند، به وجود می‌آورد<sup>(۲۰)</sup>. بر اساس پیشینه پژوهش، درمان راه‌حل محور می‌تواند بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن موثر باشد<sup>(۱۴)</sup>. از دیگر درمان‌های پست مدرن می‌توان به روایت درمانی اشاره کرد<sup>(۲۱)</sup>.<sup>(۲۲)</sup> که از واژه روایت به معنای بازگوی چند داستانی بودن هویت ما و معانی مربوط به آن می‌باشد (کرمی و همکاران، ۱۴۰۲). روایت درمانی به فرد یاری می‌دهد تا مسیر داستان‌گویی متفاوتی از مسیر مشکل را برای خویش روشن کند. مسیری که شامل آمال، ارزش‌ها و تعهدات خود فرد است. درمانگر به فرد کمک می‌کند تا بتواند مسیرها، روایت‌ها، اشکال مختلف بخش-های زندگی، فرصت‌ها و احتمال‌های مختلف را به طور گسترده-ای در زندگیش ترسیم کند<sup>(۲۳)</sup>.

وجه اشتراک درمان راه‌حل محور و روایت درمانی این است که هر دو از درمان‌های پست مدرن هستند<sup>(۲۴)</sup>. از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها نیز این دو درمان را باهم ترکیب کرده‌اند و از درمانی با عنوان «روایت درمانی راه‌حل محور» است که درمانی ترکیبی از دو درمان روایتی و درمان راه‌حل محور است<sup>(۲۵)</sup>، که می‌تواند به افراد برای بازتعریف زندگی خود و مشارکت در تصمیم‌هایشان استقلال بدهد و یک مدل یکپارچه نگر است که از دو درمان مبتنی بر زبان و با دیدگاه پست مدرن گرفته شده است و درمانگر و مراجع در ایجاد یک چارچوب روایت راه‌حل محور برای فرآیند تألیف مجدد زندگی مراجع، همکاری می‌کنند<sup>(۲۶)</sup>. آنچه که مشخص هر دوی این درمان‌های پست مدرن (درمان راه‌حل محور و روایت درمانی) چه به صورت جداگانه<sup>(۲۱-۲۳)</sup> و چه به صورت ترکیبی نقش مهمی در کاهش مشکلات افراد دارند<sup>(۲۵)</sup>. اما مقایسه اثربخشی این درمان‌ها کمتر بر روی مبتلایان به سردهای مزمن بررسی شده است. افزون بر این، از نظر روش-شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل

۲۲ سوال و ۴ خرده مقیاس درد عاطفی، درد نوروپاتی، درد پیوسته و درد متناوب را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای از نداشتن احساس درد ۰ نمره تا درد خیلی شدید ۱۰ نمره در نوسان است<sup>(۲۷)</sup>. نقطه برش پرسشنامه نمره ۵۰ و بالاتر از آن است<sup>(۲۸)</sup>. سازندگان پرسشنامه پایایی آن را بررسی و ضرایب برای درد عاطفی ۰/۸۶، درد نوروپاتی ۰/۸۳، درد پیوسته ۰/۹۵ و درد متناوب ۰/۸۷ به دست آورده‌اند<sup>(۲۷)</sup>. این پرسشنامه در ایران توسط Tanhaee و همکاران<sup>(۲۹)</sup> ترجمه و هنجاریابی شده است و بر اساس تحلیل عاملی انجام شده بر روی آن سه مولفه ادراک درد حسی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۱۸؛ ادراک درد عاطفی با سوالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ ادراک درد نوروپاتی با سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ را شناسایی و آشکار کرده‌اند و بررسی بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب آلفای کرونباخ برای مولفه ادراک درد حسی ۰/۸۷، ادراک درد عاطفی ۰/۸۷، ادراک درد نوروپاتی ۰/۷۸ و کل سوالات ۰/۹۲ محاسبه کرده‌اند<sup>(۲۹)</sup>. در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ آن بررسی و ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۴ به دست آمده است<sup>(۳۰)</sup>. همچنین یک پژوهش نشان داده است که این پرسشنامه با دقت تشخیصی  $AUC=0.89$  می‌تواند افراد را بدون گروه با و بدون درد مزمن طبقه‌بندی کند<sup>(۳۱)</sup>. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل سوالات در مرحله پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۹۰ محاسبه و به دست آمده است.

پرسشنامه شیوه‌های رویارویی با استرس (Ways of Coping Questionnaire): این پرسشنامه توسط Folkman & Lazarus در سال ۱۹۸۸ تهیه شده است و شامل ۶۶ سوال است که دو مولفه رویارویی هیجان‌مدار و مسئله‌مدار تشکیل شده است که خرده مولفه‌های هیجان‌مدار شامل رویارویی سوالات ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶؛ دوری‌گزینی با سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱، ۴۴؛ گریز-اجتناب با سوالات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹؛ خودکنترلی با سوالات ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳؛ و خرده مولفه‌های مسئله‌مدار شامل

نتایج حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. جنسیت زن بودن، احراز شرایط سردرد مزمن بر اساس مصاحبه با متخصص مغز و اعصاب، ابتلا به سردرد مزمن یک سال قبل از شروع مطالعه و حداقل به مدت ۶ ماه، کسب نمره ۵۰ و بالاتر در پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک‌گیل، دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال و داشتن سواد در حد دیپلم برای توانایی شرکت در جلسات درمانی و پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها از ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، استفاده از داروی تجویز شده روانپزشک جهت درمان سردردهای مزمن در ۳ هفته اخیر، عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه تحقیق و داشتن پرسشنامه مخدوش و ارائه اطلاعات ناقص و شرکت همزمان در برنامه‌های آموزشی و درمانی دیگر از ملاک‌های خروج از پژوهش بوده است. دادن اطمینان به زنان مبتلا به سردرد از جهت محرمانه بودن اطلاعات آنها، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق زنان مبتلا به سردرد مزمن، توضیح فرآیند مطالعه برای همه زنان مبتلا به سردرد مزمن، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به زنان مبتلا به سردرد مزمن، ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری و اخذ کد اخلاق به شناسه IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.136 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (به دلیل وجود مرحله پیگیری) استفاده شد و برای بررسی مقایسه مراحل زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل محور و روایت درمانی از «آزمون تعقیبی بن فرونی» استفاده شد. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ بود.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک‌گیل (Short-form McGill Pain Questionnaire): این پرسشنامه توسط Dworkin و همکاران در سال ۲۰۰۹ تهیه شده است که شامل

خارج کشور برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب آلفای کرونباخ مولفه‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش شده است<sup>(۳۵)</sup>. روایی آن نیز محاسبه و ضریب همبستگی آن با مقیاس شیوه‌های رویارویی با استرس Billinger & Moss<sup>(۳۶)</sup> بررسی و ضریب ۰/۴۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی است<sup>(۳۷)</sup>. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل سوالات در مرحله پیش‌آزمون ۰/۷۱، پس‌آزمون ۰/۸۲ و پیگیری ۰/۸۶ محاسبه و به دست آمده است.

### جلسات درمانی

جستجوی حمایت اجتماعی با سوالات ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵؛ مسئولیت‌پذیری با سوالات ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱؛ مسئله‌گشایی برنامه ریزی شده با سوالات ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۳، ۴۹ و ۵۲؛ ارزیابی مجدد مثبت با سوالات ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰ می‌باشند<sup>(۳۲)</sup>. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف طیف ۴ چهار درجه‌ای لیکرت شامل اصلا صفر نمره، بعضی اوقات ۱ نمره، معمولا ۲ نمره و زیاد ۳ نمره تعلق می‌گیرد. برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات ۰/۹۵ به دست آمده است<sup>(۳۳)</sup>. روایی پرسشنامه با ضریب همبستگی نشان داده است که ضریب همبستگی بین تعهد سازمانی و راهبردهای رویارویی با استرس ۰/۳۳ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است<sup>(۳۴)</sup>. در

جدول ۱: جلسات درمان راه حل محور اقتباس از نظریه راه حل محور Grant<sup>(۳۸)</sup>

| جلسه | هدف                                                                                      | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                       |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | شناسایی، کنجاوی و پیوستگی رهبر با گروه                                                   | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر، نامگذاری برای گروه، بیان چارچوب اساسی برنامه کار و اهداف جلسات و انجام پیش‌آزمون                                                                                                           |
| ۲    | خلق سازه‌های ذهنی مشترک مشکل و هدف توسط اعضا و رهبر و شناسایی تصریح آینده‌ای ترجیحی      | مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، پرسیدن سوالات مقیاسی، پرسیدن پرسش معجزه‌ای و ارائه تکلیف                                                                                                                                          |
| ۳    | مشارکت، خلق امید و برجسته کردن موقعیت‌ها و استثنای گذشته، پیدا کردن استثنای(گذشته و حال) | مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوالات استثنا و ارائه تکلیف                                                                                                                                    |
| ۴    | پیدا کردن استثنای                                                                        | مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، تکلیف شگفتی آفرین، پرسیدن سوال معجزه‌ای، گوی بلورین و ارائه تکلیف                                                                                                     |
| ۵    | کشف راه‌حل‌ها                                                                            | مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال-هایی که منجر به کشف راه‌حل‌ها می‌شود، پرسیدن پرسش سازگاری، تکنیک به جای و ارائه تکلیف                                                                     |
| ۶    | کشف راه‌حل‌ها(ادامه)                                                                     | مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقابله‌ای، پرسیدن تکنیک پیش‌فرض، تکلیف پیش‌بینی کننده و ارائه تکلیف                                                                                       |
| ۷    | تقویت استثنای                                                                            | مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تعریف و تحسین، پرسیدن سوال(چه بهبودی حاصل شده است؟)، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را کمتر انجام بده، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را بیشتر انجام بده و ارائه تکلیف |
| ۸    | اختتامیه جلسات                                                                           | مروری بر جلسات قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقیاسی، گرفتن بازخورد از اعضا، برجسته کردن تغییرات اتفاق افتاده، قدردانی از تلاش‌ها و فعالیت-های مراجع انجام پس‌آزمون و تعیین زمان برای اجرای مرحله پیگیری            |

جدول ۲: جلسات روایت درمانی اقتباس از آموزه‌های نظری White &amp; Epston (۳۹) و Gonçalves و همکاران (۴۰)

| جلسه | هدف                               | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | مقدماتی                           | آشنایی با تک‌تک شرکت کنندگان و توضیح اهداف پژوهش، بیان اهداف تشکیل جلسات درمانگری، ارائه قوانین گروه (ورود و خروج و غیره)، معرفی روایت درمانگری و گسترش دادن مفهوم داستان زندگی و جمع بندی جلسه                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۲    | داستان زندگی (روایت زندگی)        | بررسی روایت‌ها و آغاز برون‌سازی: مروری بر جلسه پیشین و همچنین در این جلسه روایت‌های مشکل‌دار زندگی آزمودنی‌ها بررسی و به جزئیات زبان مراجعان به طور دقیق گوش داده شد. در نهایت به منظور پی بردن به استعاره‌های خود (آغاز برون‌سازی) به آنها تکلیف داده شد که استعاره‌های خود را از خویش، محیط و اطرافیان و به طور کلی از مشکل بنویسند. شرح داستان مشکل‌دار با جزئیات و به صورت کامل توسط اعضای گروه، نام‌گذاری مشکل و استعاره‌سازی و نام‌گذاری مشکل مشترک. |
| ۳    | نام‌گذاری مشکل                    | ادامه نام‌گذاری مشکل و استعاره‌سازی و راهبردهای آنکه در نهایت به جمع‌بندی مباحث پرداخته شد و به افراد تکلیف داده شد که ترندهای استفاده شده توسط مشکل که باعث نفوذ بر روی آنها شده است را پیدا کرده و بنویسند.                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۴    | برون‌سازی مشکل                    | آغاز مرحله تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط‌های آنها و پرسش‌های تاثیرگذار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ۵    | ساخت شکنی                         | کامل کردن تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط‌های آنها و ساخت شکنی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ۶    | ادامه برون‌سازی و ساخت زدایی مشکل | تشخیص نفوذ افراد بر مشکل و توانمندی‌های آنها و نام‌نویسی به مشکل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ۷    | بازسازی و بازگویی روایت زندگی     | بازنویسی روایت زندگی پس از مرور و بررسی مشکلات در رابطه با خود، محیط، اطرافیان، ارتباط‌ها و رفتارها در مواقعی که افراد قادر به غلبه بر مشکل شده بودند، بحث گروهی شکل گرفت.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ۸    | بازنویسی داستان زندگی             | خلاصه و نقد: مرور کل جلسات و بازخورد افراد در مورد جلسات ارائه شد و سپس اعضا راجع به احساسات خود صحبت کردند. در نهایت جمع بندی جلسات و قرار برای زمان مرحله پیگیری.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## روش اجرا

روش جمع‌آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه‌ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده شد. همچنین با توجه به اینکه روش تحقیق نیمه آزمایشی بود به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین کلینیک‌های موجود ۳ کلینیک انتخاب شد و سپس پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل بر روی آنان اجرا شد و از بین آنها که نمره بالاتر از ۵۰ و بالاتر در این پرسشنامه کسب کردند و با تایید پزشک متخصص تعداد ۴۵ زن انتخاب و در سه گروه قرار داده شد. به این صورت که در گروه راه‌حل‌محور ۱۵ زن، گروه روایت درمانی ۱۵ زن و گروه کنترل ۱۵ زن جایگزین شد. سپس بر روی آزمودنی‌های هر

سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس به عنوان پیش آزمون اجرا شد. بعد از این مرحله گروه آزمایش اول پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان راه‌حل محور اقتباس از آموزه‌های نظری Grant (۳۸) به تعداد ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه در روزهای شنبه و سه‌شنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۲ تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۶ قرار گرفت. گروه آزمایش دوم تحت روایت درمانی اقتباس از آموزه‌های نظری White & Epston (۳۹) و Gonçalves و همکاران (۴۰) به تعداد ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه در روزهای یکشنبه و چهارشنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۷ تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۳ قرار گرفت. در نهایت

از مدت ۶۰ روز مرحله پیگیری انجام شد و آزمودنی‌ها به سوالات پرسشنامه شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس مجدد به عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب تحلیل شده است.

گروه کنترل هیچ گونه آموزشی از این رویکردها ندید و به فعالیت‌های معمول و روزمره خود ادامه داد و در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر سه گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. در این مرحله هر سه گروه در شرایطی مشابه به سوالات شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس پاسخ دادند. در این پژوهش همچنین بعد

## نتایج

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سن در افراد نمونه در سه گروه

| گروه              | شاخص    |              | آماره |          |
|-------------------|---------|--------------|-------|----------|
|                   | میانگین | انحراف معیار | F     | معناداری |
| درمان راه‌حل محور | ۳۲/۴۰   | ۲/۴۷۳        | ۲/۷۲۰ | ۰/۰۷۷    |
| روایت درمانی      | ۳۲/۶۰   | ۲/۶۴۰        |       |          |
| گروه کنترل        | ۳۴/۶۰   | ۳/۳۷۶        |       |          |

جدول ۴. فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه

| گروه              | شاخص          |      | آماره      |          |
|-------------------|---------------|------|------------|----------|
|                   | فراوانی       | درصد | Chi-Square | معناداری |
| درمان راه‌حل محور | دیپلم         | ۴    | ۳/۷۸۲      | ۰/۸۷۶    |
|                   | فوق دیپلم     | ۴    |            |          |
|                   | کارشناسی      | ۴    |            |          |
|                   | کارشناسی ارشد | ۲    |            |          |
|                   | دکتر          | ۱    |            |          |
|                   | کل            | ۱۵   |            |          |
| روایت درمانی      | دیپلم         | ۴    |            |          |
|                   | فوق دیپلم     | ۴    |            |          |
|                   | کارشناسی      | ۳    |            |          |
|                   | کارشناسی ارشد | ۲    |            |          |
|                   | دکتر          | ۲    |            |          |
|                   | کل            | ۱۵   |            |          |
| گروه کنترل        | دیپلم         | ۲    |            |          |
|                   | فوق دیپلم     | ۲    |            |          |
|                   | کارشناسی      | ۴    |            |          |
|                   | کارشناسی ارشد | ۴    |            |          |
|                   | دکتر          | ۳    |            |          |
|                   | کل            | ۱۵   |            |          |

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس در گروه آزمایش و گروه کنترل

| متغیرهای وابسته             | مرحله     | میانگین     |              | انحراف معیار |       |
|-----------------------------|-----------|-------------|--------------|--------------|-------|
|                             |           | راه‌حل محور | روایت درمانی | کنترل        | کنترل |
| رویارویی                    | پیش‌آزمون | ۱۳/۲۰       | ۱۳/۴۰        | ۱۳/۴۷        | ۰/۹۹  |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۱/۶۷       | ۱۱/۱۳        | ۱۳/۳۳        | ۱/۰۵  |
|                             | پیگیری    | ۱۱/۸۰       | ۱۱/۲۰        | ۱۳/۲۰        | ۰/۹۴  |
| دوری گزینی                  | پیش‌آزمون | ۱۳/۳۳       | ۱۳/۰۷        | ۱۳/۱۳        | ۱/۲۵  |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۱/۲۰       | ۱۳/۴۷        | ۱۳/۰۰        | ۱/۳۱  |
|                             | پیگیری    | ۱۱/۲۷       | ۱۰/۶۰        | ۱۳/۰۷        | ۱/۴۴  |
| گریز-اجتناب                 | پیش‌آزمون | ۱۵/۰۷       | ۱۵/۰۰        | ۱۵/۶۰        | ۰/۷۴  |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۲/۲۷       | ۱۱/۲۰        | ۱۵/۴۰        | ۰/۹۹  |
|                             | پیگیری    | ۱۲/۴۰       | ۱۱/۳۳        | ۱۵/۳۳        | ۰/۹۸  |
| خودکنترلی                   | پیش‌آزمون | ۱۳/۷۳       | ۱۳/۸۰        | ۱۳/۶۷        | ۰/۷۲  |
|                             | پس‌آزمون  | ۱۱/۰۰       | ۱۰/۷۳        | ۱۳/۵۳        | ۰/۸۳  |
|                             | پیگیری    | ۱۱/۰۷       | ۱۰/۸۷        | ۱۳/۶۰        | ۰/۹۹  |
| نمره کل رویارویی هیجان مدار | پیش‌آزمون | ۵۵/۳۳       | ۵۵/۲۷        | ۵۵/۸۷        | ۱/۵۵  |
|                             | پس‌آزمون  | ۴۶/۱۳       | ۴۳/۵۳        | ۵۵/۲۷        | ۱/۹۸  |
|                             | پیگیری    | ۴۶/۵۳       | ۴۴/۰۰        | ۵۵/۲۰        | ۱/۹۳  |

این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام-باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ( $P > 0/05$ ). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سن گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میزان آماره  $F$  بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با  $2/720 = F$  می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ( $sig = 0/077$ ) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد.

جدول ۴- فراوانی و درصد تحصیلات گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میزان آماره تحلیل خی دو ( $Chi-Square$ ) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با  $3/782 = Chi-Square$  می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ( $sig = 0/876$ ) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس گروه‌های آزمایش (درمان راه‌حل محور و روایت درمانی) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که

یکسان بودن واریانس‌ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون گرین هاوس-گیسر برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی مداخلات درمانی استفاده شد که نتایج در جدول ۶- آمده است.

واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موجلی برای شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. در نتیجه از فرض

جدول ۶. نتایج اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس

| متغیرهای وابسته                               | منابع تغییر | آماره F | معنی‌داری | ضریب تاثیر | توان آماری |
|-----------------------------------------------|-------------|---------|-----------|------------|------------|
| رویارویی                                      | گروه        | ۹/۸۹۷   | ۰/۰۰۱     | ۰/۳۲۰      | ۰/۹۷۷      |
|                                               | زمان        | ۶۱/۵۹۶  | ۰/۰۰۱     | ۰/۵۹۵      | ۰/۹۹۹      |
|                                               | زمان×گروه   | ۱۲/۹۸۳  | ۰/۰۰۱     | ۰/۳۸۲      | ۰/۹۹۹      |
| دوری گزینی                                    | گروه        | ۱۲/۲۶۴  | ۰/۰۰۱     | ۰/۳۶۹      | ۰/۹۹۳      |
|                                               | زمان        | ۱۳۴/۲۳۵ | ۰/۰۰۱     | ۰/۷۶۲      | ۰/۹۹۹      |
|                                               | زمان×گروه   | ۳۰/۲۳۱  | ۰/۰۰۱     | ۰/۵۹۰      | ۰/۹۹۱      |
| گریز-اجتناب                                   | گروه        | ۷۰/۲۸۳  | ۰/۰۰۱     | ۰/۷۷۰      | ۰/۹۹۹      |
|                                               | زمان        | ۱۷۹/۳۳۸ | ۰/۰۰۱     | ۰/۸۱۰      | ۰/۹۹۹      |
|                                               | زمان×گروه   | ۳۹/۰۴۶  | ۰/۰۰۱     | ۰/۶۵۰      | ۰/۹۹۹      |
| خودکنترلی                                     | گروه        | ۳۷/۴۲۵  | ۰/۰۰۱     | ۰/۶۴۱      | ۰/۹۹۹      |
|                                               | زمان        | ۱۲۸/۱۸۱ | ۰/۰۰۱     | ۰/۷۵۳      | ۰/۹۹۹      |
|                                               | زمان×گروه   | ۲۹/۰۴۰  | ۰/۰۰۱     | ۰/۵۸۰      | ۰/۹۹۹      |
| نمره کل شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس | گروه        | ۱۴۶/۸۳۱ | ۰/۰۰۱     | ۰/۷۷۵      | ۰/۹۵۴      |
|                                               | زمان        | ۴۶۰/۳۹۸ | ۰/۰۰۱     | ۰/۷۱۶      | ۰/۹۹۹      |
|                                               | زمان×گروه   | ۱۰۰/۲۵۴ | ۰/۰۰۱     | ۰/۷۲۷      | ۰/۹۹۹      |

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس برای بررسی پایداری نتایج

| متغیرهای وابسته                               | مراحل     | میانگین تعدیل شده | تفاوت مراحل        | تفاوت میانگین | معناداری |
|-----------------------------------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------|----------|
| رویارویی                                      | پیش‌آزمون | ۱۳/۳۵۶            | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۱/۳۱۱         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پس‌آزمون  | ۱۲/۰۴۴            | پیش‌آزمون-پیگیری   | ۱/۲۸۹         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پیگیری    | ۱۲/۰۶۷            | پس‌آزمون-پیگیری    | -۰/۰۲۲        | ۰/۹۹۹    |
| دوری گزینی                                    | پیش‌آزمون | ۱۳/۱۷۸            | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۱/۶۲۲         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پس‌آزمون  | ۱۱/۵۵۶            | پیش‌آزمون-پیگیری   | ۱/۵۳۳         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پیگیری    | ۱۱/۶۴۴            | پس‌آزمون-پیگیری    | -۰/۰۸۹        | ۰/۳۳۰    |
| گریز-اجتناب                                   | پیش‌آزمون | ۱۵/۲۲۲            | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۲/۲۶۷         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پس‌آزمون  | ۱۲/۹۵۶            | پیش‌آزمون-پیگیری   | ۲/۲۰۰         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پیگیری    | ۱۳/۰۲۲            | پس‌آزمون-پیگیری    | -۰/۰۶۷        | ۰/۹۶۹    |
| خودکنترلی                                     | پیش‌آزمون | ۱۳/۷۳۳            | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۱/۹۷۸         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پس‌آزمون  | ۱۱/۷۵۶            | پیش‌آزمون-پیگیری   | ۱/۸۸۹         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پیگیری    | ۱۱/۸۴۴            | پس‌آزمون-پیگیری    | -۰/۰۸۹        | ۰/۳۳۰    |
| نمره کل شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس | پیش‌آزمون | ۵۵/۴۸۹            | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۷/۱۷۸         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پس‌آزمون  | ۴۸/۳۱۱            | پیش‌آزمون-پیگیری   | ۶/۹۱۱         | ۰/۰۰۱    |
|                                               | پیگیری    | ۴۸/۵۷۸            | پس‌آزمون-پیگیری    | -۰/۲۶۷        | ۰/۱۴۳    |

تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان راه‌حل محور و روایت‌درمانی بر شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۸- آمده است.

با توجه به جدول ۸- نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه روایت‌درمانی با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان راه‌حل محور با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه‌حل محور بر افزایش شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس دارد.

نتایج جدول ۶- نشان می‌دهد که درمان راه‌حل محور و روایت‌درمانی بر شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس اثربخشی معناداری دارد. در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس در جدول ۷- آمده است.

به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس در کدام مرحله با هم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همانطور که جدول ۷- نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که درمان راه‌حل محور و روایت‌درمانی بر شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس برای بررسی درمان اثربخش‌تر

| متغیرهای وابسته                               | گروه         | گروه‌های مداخله | گروه مقایسه  | تفاوت میانگین | معناداری |
|-----------------------------------------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|----------|
| رویارویی                                      | راه‌حل محور  | راه‌حل محور     | روایت درمانی | ۰/۳۱۱         | ۰/۹۹۹    |
|                                               | روایت درمانی | راه‌حل محور     | کنترل        | -۱/۱۱۱        | ۰/۰۰۶    |
|                                               | کنترل        | روایت درمانی    | کنترل        | -۱/۴۲۲        | ۰/۰۰۱    |
| دوری گزینی                                    | راه‌حل محور  | راه‌حل محور     | روایت درمانی | ۰/۵۵۶         | ۰/۳۵۲    |
|                                               | روایت درمانی | راه‌حل محور     | کنترل        | -۱/۱۳۳        | ۰/۰۰۷    |
|                                               | کنترل        | روایت درمانی    | کنترل        | -۱/۶۸۹        | ۰/۰۰۱    |
| گریز-اجتناب                                   | راه‌حل محور  | راه‌حل محور     | روایت درمانی | ۰/۷۳۳         | ۰/۰۲۰    |
|                                               | روایت درمانی | راه‌حل محور     | کنترل        | -۲/۲۰۰        | ۰/۰۰۱    |
|                                               | کنترل        | روایت درمانی    | کنترل        | -۲/۹۳۳        | ۰/۰۰۱    |
| خودکنترلی                                     | راه‌حل محور  | راه‌حل محور     | روایت درمانی | ۰/۱۳۳         | ۰/۹۹۹    |
|                                               | روایت درمانی | راه‌حل محور     | کنترل        | -۱/۶۶۷        | ۰/۰۰۱    |
|                                               | کنترل        | روایت درمانی    | کنترل        | -۱/۸۰۰        | ۰/۰۰۱    |
| نمره کل شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس | راه‌حل محور  | راه‌حل محور     | روایت درمانی | ۱/۷۳۳         | ۰/۰۰۲    |
|                                               | روایت درمانی | راه‌حل محور     | کنترل        | -۶/۱۱۱        | ۰/۰۰۱    |
|                                               | کنترل        | روایت درمانی    | کنترل        | -۷/۸۴۴        | ۰/۰۰۱    |

## بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان راه-حل محور و روایت-درمانی بر شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس داشته است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه-حل محور بر بهبود شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس دارد. اگرچه پژوهشی وجود ندارد که همسو با این نتیجه به دست آمده باشد، اما به طور غیرمستقیم این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات Taghipour و همکاران<sup>(۲۲)</sup>، Montesano و همکاران<sup>(۲۳)</sup> و Taghipour و همکاران<sup>(۲۱)</sup> همسویی داشته باشد که کارآمدی روایت درمانی را نشان داده‌اند. در تبیین اثربخش‌تر بودن روایت درمانی نسبت به درمان راه-حل محور بر افزایش شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس می‌توان گفت که شیوه رویارویی هیجان‌مدار اغلب با افزایش استرس-های روانشناختی در ارتباط است و افراد دارای شیوه رویارویی هیجان‌مدار کمتر می‌توانند با شرایط و استرس‌های موجود سازگار شوند و در نتیجه در درمان نیز ناموفق‌تر عمل کنند<sup>(۴۱)</sup>. همچنین افراد دارای شیوه رویارویی با استرس هیجان-مدار سطح پایین‌تری از سلامت روانی و عمومی و همچنین سطح بالاتری از تنش روانشناختی را تجربه می‌کنند<sup>(۴۲)</sup>. بنابراین این زنان با شرکت در جلسات روایت درمانی با درگیر شدن در گفتگوهای درمانی، به خودشان کمک می‌کنند تا بر مشکلاتشان غلبه کنند و از شیوه‌های هیجان‌مدار برای رویارویی با استرس کمتر استفاده کنند. داستان‌هایی که این زنان درباره خودشان بیان می‌دارند، نشان دهنده تلاش آنها برای معنابخشی روایتی به تجربیاتشان از خود و دیگران است. بیان داستان زندگی و جایگزین‌سازی داستان‌های مثبت به ایجاد روابط نزدیک که در آن میزان ابراز احساس بیشتر است،

کمک می‌کند. زمانی که بیان روایات زندگی به عنوان روشی در جهت درک بهتر احساسات طرفین مورد استفاده قرار می‌گیرد، توان فرد برای رشد روابط بهتر با خود و دیگران را افزایش می‌دهد. زنانی که که قادر به روایت اتفاقات زندگی خود هستند، در بیشتر روش‌های خود انعکاسی، سلامت فیزیکی و روانی بهتری را نشان می‌دهند و این افراد با بیان روایات زندگی خود، راحت‌تر می‌توانند با اتفاقات و وقایع جاری کنار بیایند<sup>(۴۳)</sup>. همچنین می‌توان گفت که محتوای آموزشی جلسات روایت درمانی شامل سوق دادن توجه زنان مبتلا به سردردهای مزمن به باورهای ناکارآمد خود و تغییر آنها به سمت باورهای سازنده، برونی کردن علت مشکل و احساس توانمندی برای مقابله، بررسی مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه، تفسیر مجدد و تالیفی دوباره برای روایت داستان زندگی که از اهداف و فنون روایت درمانی است که توانسته است کمک کننده باشد، لذا زنان مبتلا به سردردهای مزمن با کمک روایت درمانی، احتمالاً توانسته‌اند تا حدی دیدگاهی تازه به واقعیت‌های زندگی خود پیدا کنند و این امر، خود موجب افزایش شیوه‌های مقابله با استرس‌های زندگی در آنان می‌شود و همین امر موجبات روابط بین فردی موثرتر را فراهم کرده تا در مواقع رویارویی با استرس کمتر از شیوه‌های هیجان‌مدار استفاده کنند. لذا منطقی است گفته شود که روایت درمانی نسبت به درمان راه-حل محور بر کاهش شیوه-های هیجان‌مدار رویارویی با استرس اثربخش‌تر و موثرتر باشد. در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت، انتخاب نمونه از شهر تهران ایجاب می‌کند که در تعمیم یافته‌ها جانب احتیاط را در نظر داشت. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ زنان مبتلا به سردرد مزمن سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان مبتلا به سردردهای مزمن اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده

تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه‌حل محور بر بهبود شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس دارد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان راه‌حل محور و روایت درمانی می‌تواند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با روایت درمانی است.

### ملاحظات اخلاقی

دادن اطمینان به زنان مبتلا به سردرد از جهت محرمانه بودن اطلاعات آنها، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق زنان مبتلا به سردرد مزمن، توضیح فرآیند مطالعه برای همه زنان مبتلا به سردرد مزمن، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به زنان مبتلا به سردرد مزمن، ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری و اخذ کد اخلاق به شناسه IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.136 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است. افزون بر این کد اخلاقی برای آزمایشات بالینی (IRCT) در این پژوهش با شماره ۵۹۸۴۵ ثبت شده است.

### تشکر و قدردانی

از مشارکت کنندگان در این مطالعه و تمامی افرادی که در طراحی و اجرای این مطالعه مساعدت کردند، قدردانی می‌شود.

باهم قابل مقایسه باشد و به توان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. پژوهش‌های دیگر در زمینه مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل محور و روایت‌درمانی بر کاهش سایر مشکلات این زنان مانند اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی انجام شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری انجام شود تا چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله مردان مبتلا به سردردهای مزمن تکرار شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان راه‌حل محور و روایت-درمانی پرداخته شود. در سطح عملی اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان راه‌حل محور و روایت درمانی می‌تواند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با روایت درمانی است.

### نتیجه‌گیری

سردردهای شایع‌ترین نوع سردردها هستند که موجب افت شدید کارکرد روزانه افراد می‌شود. از آنجا که دارو درمانی به تنهایی در درمان بسیاری از این بیماران به اندازه کافی مفید نیست، لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل محور و روایت‌درمانی بر شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود شیوه‌های هیجان‌مدار رویارویی با استرس داشته است. نتایج آزمون

### Reference

1. Murphy C, Hameed S. Chronic Headaches. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559083/>
2. Murinova N, Krashin D. Chronic daily headache. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics, 2015; 26(2): 375-389. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2015.01.001>

3. Kaniuka-Jakubowska S, Levy MJ, Pal A, Abeyaratne D, Drake WM, Kyriakakis N, Murray RD, Orme SM, Gohil S, Brooke A, Leese GP. A study of acromegaly-associated headache with somatostatin analgesia. *Endocrine-Related Cancer*, 2023; 30(3): 1-10. <https://doi.org/10.1530/ERC-22-0138>
4. Minervini G, Franco R, Marrapodi MM, Mehta V, Fiorillo L, Badnjević A, Cervino G, Cicciù M. The association between COVID-19 related anxiety, stress, depression, temporomandibular disorders, and headaches from childhood to adulthood: a systematic review. *Brain Sciences*, 2023; 13(3): 481-496. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030481>
5. Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, Lloyd J, Lupi C, Tischler H, Toom K, Vandervorst F, Quintana S, Paemeleire K, Katsarava Z. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. *The journal of headache and pain*, 2018; 19(1): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0875-x>
6. Kurtsey Gürsoy B, Köseoğlu Toksoy C. Psychological resilience and stress coping styles in migraine patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2023; 1(2): 63-72. <https://doi.org/10.2147/ndt.s398838>
7. Petrovics-Balog A, Majláth Z, Lukács M, Holczer A, Must A, Tajti J, Vécsei L. The effect of psychiatric comorbidities and stress-coping strategies on perceived quality of life in migraine. *Ideggyogy Sz*, 2019; 72(11-12): 397-404. <https://doi.org/10.18071/isz.72.0397>
8. Şafak Öztürk C, Kaya Odabaş R, Sökmen Y, Taşpınar A. The Relationship between Nausea-Vomiting during Pregnancy and Attachment Styles, Marital Adjustment, and Ways of Coping. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2023; 49(1): 65-76. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2073302>
9. Skogvold L, Magnussen LH.. Chronic tension-type headache and coping strategies in adolescents: a qualitative interview study. *Physiotherapy Research International*, 2019; 24(3): 1-10. <https://doi.org/10.1002/pri.1778>
10. Pillai S, Zhang N. The Role of Manual Therapies in the Treatment of Headache Disorders. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2023; 1(2): 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11910-023-01279-x>
11. Luedtke K, Allers A, Schulte, LH, May A. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine—systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*, 2016; 36(5): 474-492. <https://doi.org/10.1177/0333102415597889>
12. Machado-Oliveira L, da Silva Gauto YO, de Santana Neto FJ, da Silva MG, Germano-Soares AH, Diniz PRB. Effects of different exercise intensities on headache: a systematic review. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 2020; 99(5): 390-396. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001349>
13. Fernández-de-Las-Peñas C, Florencio LL, Plaza-Manzano G, Arias-Burúa JL. Clinical reasoning behind non-pharmacological interventions for the management of headaches: A narrative literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(11): 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114126>
14. EbrahimiSadr F, Kashefimehr N, Smkhani akbarinejad H. Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Short-term Solution-focused Therapy on Pain Anxiety & Quality of Life in Patients with Chronic Headache. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 2023; 13 (4) :125-140. (In Persian) <http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5666-fa.html>
15. Chenail RJ, Reiter MD, Torres-Gregory M, Illic D. Postmodern family therapy. *The handbook of systemic family therapy*, 2020; 1(2): 417-442. <https://doi.org/10.1002/9781119438519.ch18>
16. Veraksa N, Basseches M, Brandão A. Dialectical thinking: a proposed foundation for a post-modern psychology. *Frontiers in Psychology*, 2022; 13(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.710815>
17. Glass VQ. Postmodernism and Social Constructionism in Family Therapy. In *Foundational Concepts and Models of Family Therapy* (pp. 277-287). Routledge. 2023. <https://www.taylorfrancis.com>
18. Cortes B, Ballesteros A, Collantes J, Aguilar ML. What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? A follow-up study. *European Psychiatry*, 2016; 33(S1): 232-233. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.580>
19. Rahbari Ghazani N, Hajloo N, Aghajani S. The effectiveness of family-based empowerment based on short-term solution-oriented therapy on

- emotional expression and psychological trauma of adolescents with substance-dependent parents. Rooyesh 2022; 11 (5) :111-124. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6>
20. Finlayson BT, Jones E, Pickens, JC. Solution focused brief therapy telemental health suicide intervention. Contemporary family therapy, 2023; 45(1): 49-60. <https://doi.org/10.1007%2Fs10591-021-09599-1>
  21. Taghipour A, Ghamarikivi H, Sheykholeslami A, Rezaeisharif A. The effectiveness of the narrative therapy emphasizing on innovative moments on resilience in girls with non-suicidal self-harm. Rooyesh 2021; 10 (9): 45-56. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4>
  22. Taghipour A, Ghamarikivi H, Sheykholeslami A, Rezaie sharif A. The effectiveness of narrative therapy with emphasis on innovative moments on emotion regulation of girls with self-harm with suicidal ideation. Counseling Culture and Psychotherapy, 2023; 14(53): 93-123. (In Persian) <https://doi.org/10.22054/qccpc.2022.64862.2831>
  23. Montesano A, Madigan S, Çakmak K, Ness O, Brønseth SR. Reconnecting with relational values in highly conflicted separating couples: A narrative therapy-informed relational interviewing teamwork-based supervision approach. Journal of Clinical Psychology, 2023; 79(6): 1521-1536. <https://doi.org/10.1002/jclp.23480>
  24. Çakmak BG. Spirituality in Narrative Therapy: A Review Study. Spiritual Psychology and Counseling, 2022; 7(3): 315-336. <https://doi.org/10.37898/spc.2022.7.3.175>
  25. Karami B, Khodabakhshi-Koolaei A, Heidari H, Davoodi H. Comparing the Effectiveness of Solution Focused Narrative Therapeutic Approach (SFNT) and Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep Quality in Mothers of Male children with Gross Motor Disabilities. Journal of Pediatric Nursing, 2023; 9 (4): 1-9. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/JPEN.9.4.1>
  26. Chang J, Nylund D. Narrative and solution-focused therapies: A twenty-year retrospective. Journal of Systemic Therapies, 2013; 32(2): 72-88. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.2.72>
  27. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, Bhagwat D, Everton D, Burke LB, Cowan P, Farrar JT. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). Pain, 2009; 144(1-2): 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.007>
  28. Anglim B, Zhao ZY, Parshad S, Matelski J, Lemos N. Pain resolution and functional outcomes of total mesh excision: a case series. International Urogynecology Journal, 2023; 1(2): 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05516-2>
  29. Tanhaee Z, Fathi-Ashtiani A, Amini M, Vahedi H, Shaghaghi F. Validation of a revised version of the Short-form Mc-Gill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2) for IBS patients. Govareh. 2012;17(2): 91-97. (In Persian) <http://www.govareh.org/index.php/dd/article/view/921>
  30. Mostafaie A, Zare, H, Alipour A, Farzad V. Appraisal of Effectiveness and Comparison of Cognitive Therapy Based on Meta-Theoretical Models and Meta-Cognitive Therapy on Thought Control and Reducing the Pain in Patients Suffering from Chronic Pain. Journal of Clinical Psychology, 2017; 9(2): 83-96. (In Persian) <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.10308>.
  31. Boljanovic-Susic D, Ziebart C, MacDermid J, de Beer J, Petrucci D, Woodhouse LJ. The sensitivity and specificity of using the McGill pain subscale for diagnosing neuropathic and non-neuropathic chronic pain in the total joint arthroplasty population. Archives of Physiotherapy, 2023; 13(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40945-023-00164-7>
  32. Folkman S, Lazarus, RS. Manual for the ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1988.
  33. Derikvand F, Golshani A. The Coping Style With Stress and Problems Based On Folkman And Lazarus Theory in Persian Didactic Literature, based on the Story of "the Lion and the Prey" in Masnavi. Educational and Scholastic studies, 2021; 10(1): 355-380. (In Persian) <https://dorl.net/dor/20.1001.1.2423494.1400.10.1.14.9>
  34. Mahmoudirad G, Hosseini M, Kazemimajd R, Doraki A. The Relationship between Coping Strategies and Organizational Commitment Nurses. Quarterly Journal of Nursing

- Management, 2018; 2(7): 73-83. (In Persian) <http://ijnv.ir/article-1-559-fa.html>
35. Kraaij V, Garnefski N. The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2019; 137(1): 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
  36. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*. 1981; 4(2): 139-5. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
  37. Gündoğan S, Seçer İ. Coping with School Burnout. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2022; 14(3): 331-339. <https://doi.org/10.18863/pgy.1025335>
  38. Grant AM. The solution-focused inventory: A tripartite taxonomy for teaching, measuring and conceptualising solution-focused approaches to coaching. *The Coaching Psychologist*, 2011; 7(2): 98-106. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?>
  39. White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. Dulwich Centre, Adelaide, South Australia, WW Norton & Company. 1990. <https://www.amazon.com/Narrative-Means-Therapeutic-Michael-White/dp/0393700984>
  40. Gonçalves MM, Matos M, Santos A. Manual for the innovative moments coding system, Version 7.2. Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal. 2009.
  41. Morris N, Moghaddam N, Tickle A, Biswas S. The relationship between coping style and psychological distress in people with head and neck cancer: A systematic review. *Psycho-oncology*, 2018; 27(3): 734-747. <https://doi.org/10.1002/pon.4509>
  42. Ghodsi M, Barabadi HAB, Heydarnia AH. Effectiveness of narrative therapy on Reducing Divorce Tendency and Its Components in Women With Early Marriage. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2018; 9(33): 73-98. (In Persian) <https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.28555.1712>
  43. Lin J, Guo Q, Ye X, Li J, Yi C, Zhang X, Lin X. The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. *International urology and nephrology*, 2013; 45(2): 527-535. <https://doi.org/10.1007/s11255-012-0309-7>