Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Orginal Article

April-May 2025, Volume 20, Issue 1

The Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy and Narrative Therapy on Cognitive Regulation of Emotion in Women with Chronic Headaches

Samaneh Amirifar[1], Farideh Hamidi[2*], Mojtaba Ansarei Shahidei[3]

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 Rajaee Teacher Training University, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Corresponding author: Farideh Hamidi, Associate Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Shahid Rajaee Teacher Training University, Tehran, Iran.
E-mail: fhamidi@sru.ac.ir

Received: 2025/01/21 Accepted: 2024/11/12

Abstract

Introduction: Chronic headaches are the most common types of headaches that cause severe loss of daily functioning of patients. Most of these patients treated with drug therapy and it seems that drug therapy is not useful alone. The purpose of this study was to comparison the effectiveness of solution-focused therapy and narrative therapy on cognitive regulation of emotion in women with chronic headaches.

Methods: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. In this research, the statistical population was all women with chronic headaches who referred to the clinic of neurologists in Tehran in year 2023. In the first stage, using convenience sampling method, 45 women were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 15 women) and one control group (15 women) were replaced and experimental groups underwent solution-focused therapy (8 sessions 90 minutes) and narrative therapy (8 sessions 90 minutes), but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data short-form McGill pain questionnaire of Dworkin and et al (2009) and cognitive emotion regulation questionnaire of Garnefski and Kraaij (2006). Data analysis was performed using SPSS-24 software in two sections: descriptive and inferential (analysis of variance with repeated measures and Bonferroni).

Results: The results showed that both interventions in post-test and follow up had a significant effect on cognitive regulation of emotion ($P<0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that self-narrative therapy is more effective in cognitive regulation of emotion ($P<0.05$).

Conclusions: Based on the results of the present study, it can be said that solution-focused therapy and narrative therapy can be used as a treatment method to on cognitive regulation of emotion of women with chronic headaches in counseling centers and priority of use in the treatment of women with chronic headaches is with the narrative therapy.

Keyword: Chronic headaches, Cognitive regulation of emotion, Narrative therapy, Solution-focused therapy.

نشریه پژوهش پرستاری مقاله پژوهشی

فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۴، دوره ۲۰، شماره ۱

مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر تنظیم شناختی هیجان زنان دارای سردردهای مزمن

سمانه امیری فر[۱]، فریده حمیدی[۲*]، مجتبی انصاری شهیدی[۳]

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.

نویسنده مسئول: فریده حمیدی، دانشیار روانشناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران.
ایمیل: fhamidi@sru.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۲۲

چکیده

مقدمه: 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. هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت-درمانی بر تنظیم شناختی هیجان زنان دارای سردردهای مزمن بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به سردردهای مزمن مراجعه کننده به کلینیک های 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 گروه های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان راه حل محور و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای 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 و همکاران (۲۰۰۹) و فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی Garnefski and Kraaij (۲۰۰۶) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان داشته است ($P<۰/۰۵$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه حل محور بر بهبود تنظیم شناختی هیجان دارد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان راه حل محور و روایت درمانی می توانند به عنوان شیوه های درمانی مناسب برای بهبود تنظیم شناختی هیجان زنان دارای سردردهای مزمن در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با روایت درمانی است.

کلیدواژه ها: تنظیم شناختی هیجان، درمان راه حل محور، روایت درمانی، سردردهای مزمن.

مقدمه

سردرد مزمن یکی از شایع ترین سردردها در سراسر جهان است که شدیدترین شکل آن میگرن مزمن است که در آن سردرد بیش از ۱۵ روز در ماه رخ می دهد (۱). میزان شیوع سردردهای مزمن در سراسر جهان به طور متوسط با ۲۳/۴ درصد در مردان و ۲۷/۱ درصد در زنان شیوع دارد (۲). از سوی دیگر مسکن ها (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 می‌دهند. اما قطع مسکن ها معمولاً این سردردها را بدتر می‌کند (۳) و باعث تجربه مشکلات بیشتری از نظر جسمانی، روانشناختی و هیجانی می شوند (۴). این مشکلات روانشناختی از جمله علائم اضطراب و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن، شیوه رویارویی با استرس غیرانطباقی را افزایش می دهند (۵) و این شیوه رویارویی با استرس می‌تواند نحوه تنظیم شناختی هیجان افراد را در مواقع دشواری ها از جمله بیماری های جسمانی مانند سردرد را تحت تاثیر قرار دهد (۶).

هیجانات سیگنال های قدرتمندی هستند که به افراد اجازه می دهند به محیط خود پاسخ دهند (۷). تنظیم هیجان فرآیندی را تعریف می کند که طی آن افراد سعی می کنند رفتار خود را به دلیل هیجانات غالب کنترل یا تغییر دهند (۸). راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان تفسیر محرک های بالقوه منفی در شرایط غیر عاطفی است، اما راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان به عنوان یک بازداری آگاهانه از رفتار بیانی تعریف می شود (۷). در تحقیقات نشان داده شده است که افراد مبتلا به سردردهای مزمن مانند میگران باعث می شود که افراد راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجانی از جمله نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی بیشتری را تجربه کنند (۹). بر اساس آنچه گفته شد یک برنامه جامع درمان سردرد معمولاً به استراتژی‌های درمانی دارویی و غیردارویی نیاز دارد (۱۰). برای مدیریت سردرد مزمن و سردرد تنشی، تمرینات قدرتی و هوازی (۱۱،۱۲)، آرامش عضلانی (۱۳) و درمان های پُست مدرن به عنوان گزینه های غیردارویی استفاده شده است (۱۴).

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 (۱۵). در فلسفه پُست مدرن اعتقاد بر آن است که افراد سازنده و خلق کننده واقعیت اند و حقیقت واحدی وجود ندارد (۱۶). همچنین می‌توان گفت که درمان پُست مدرن ارتباط بین مراجعه کننده و درمانگر بر پایه همکاری دو طرفه است که از جمله آنها می توان به سیستم 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 (۱۷). درمان راه حل محور بر روی نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه حل به جای مشکلات، یافتن استثنا در رخدادهای ناگوار و جستجوی دیدگاه ترجیحی افراد تاکید می کند و یک رویکرد قو ی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه‌حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان بینی و پیاده‌سازی تغییرات رفتاری استفاده می کنند (۱۸).

این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می کند 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 راه حل های ممکن را تغییر دهد (۱۹). درمان راه حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و اینکه چگونه مسائل شان را حل کنند، به وجود می آورد (۲۰). بر اساس پیشینه پژوهش، درمان راه حل محور می تواند بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن موثر باشد (۱۴). از دیگر درمان های پست مدرن می توان به روایت درمانی اشاره کرد (۲۱،۲۲) که از واژه روایت به معنای بازگوی چند داستانی بودن هویت ما و معانی مربوط به آن می باشد (۲۳). روایت درمانی به فرد یاری می دهد تا مسیر داستان ِگویی متفاوتی از مسیر مشکل را برای خویش روشن کند. مسیری که شامل آمال، ارزش ها و تعهدات خود فرد است. درمانگر به فرد کمک می کند تا بتواند مسیرها، روایت ها، اشکال مختلف بخش های زندگی، فرصت ها و احتمال های مختلف را به طور گسترده ای در زندگیش ترسیم کند (۲۴).

وجه اشتراک درمان راه حل محور و روایت درمانی این است که هر دو از درمان های پُست مدرن هستند (۲۵). از سوی دیگر، برخی پژوهش¬ها نیز این دو درمان را باهم ترکیب کرده اند و از درمانی با عنوان «روایت درمانی راه حل محور» است که درمانی ترکیبی از دو درمان روایتی

و درمـان راه حـل محـور اسـت (۲۳)، کـه مـی توانـد بـه افـراد بـرای بازتعریـف زندگـی خـود و مشـارکت در تصمیـم هایشـان اسـتقلال بدهـد ویـک مـدل یکپارچـه نگـر اسـت کـه از دو درمان مبتنـی بـر زبـان و بـا دیـدگاه پُسـت مـدرن گرفتـه شـده اسـت و درمانگـر و مراجـع در ایجـاد یـک چارچـوب روایـت راه حـل محـور بـرای فرآینـد تألیـف مجـدد زندگـی مراجـع، همـکاری می‌کننـد (۲۵). آنچـه کـه مشـخص هـر دوی ایـن درمان‌هـای پُسـت مدرن(درمـان راه حـل محـور و روایـت درمانـی) چـه بـه صـورت جداگانـه (۲۱، ۲۲، ۲۴) و چـه بـه صـورت ترکیبـی نقـش مهمـی در کاهـش مشـکلات افـراد دارنـد (کرمـی و همـکاران، ۱۴۰۲). امـا مقایسـه اثربخشـی ایـن درمـان هـا کمتـر بـر روی مبتلایـان بـه سـردردهای مزمـن بررسـی شـده اسـت. افـزون بـر ایـن، از نظـر روش شـناختی نیـز، مطالعاتـی کـه بـه مقایسـه اثربخشـی درمـان راه‌حـل محـور و روایـت درمانـی پرداختـه باشـد کمتـر وجـود دارد و ایـن باعـث می‌شـود کـه نتـوان درمـان موثـر و مـورد نیـاز زنـان دارای سـردردهای مزمـن در جهـت کاهـش مشـکلات آنـان را شناسـایی کـرد. لـذا در بـاب دلایـل منطقـی و علمـی بـرای مقایسـه ایـن دو ایـن درمـان، مـی تـوان گفـت کـه وقتـی بتـوان از بیـن رویکردهـا و مداخـلات روانشـناختی مختلـف و اثربخـش از نظـر مطالعـات تجربـی، یـک درمـان اثربخـش تـر را نسـبت بـه درمـان هـای دیگـر را شناسـایی کـرد می‌تـوان بـه روانشناسـان و درمانگرانـی کـه در زمینـه مشـکلات زنـان مبتلا به سـردردهای مزمـن فعالیـت مـی کننـد کمـک کـرد کـه از نتایـج اینگونـه تحقیقـات اسـتفاده کننـد کـه چـه نـوع درمانـی اثربخـش تـر اسـت. بـه همیـن دلیـل ایـن پژوهـش از تلویحـات کاربـردی در ایـن زمینـه، بـرای روانشناسـان و درمانگـران برخـوردار اسـت. لـذا بـا توجـه بـه آنچـه گفتـه شـد هـدف از انجـام پژوهش پاسـخ بـه ایـن سـوال اسـت کـه چـه تفاوتـی بیـن اثربخشـی درمـان راه حـل محـور و روایـت درمانـی بـر تنظیـم شـناختی هیجـان در زنـان دارای سـردردهای مزمـن وجـود دارد؟

روش کار

روش پژوهـش نـوع نیمـه آزمایشـی، بـا طـرح پیـش آزمـون- پـس آزمـون بـا گـروه کنتـرل همـراه بـا پیگیـری ۲ ماهـه بـود. جامعـه آمـاری کلیـه زنـان مبتـلا بـه سـردردهای مزمـن مراجعـه کننـده بـه کلینیـک هـای متخصـص مغـز و اعصـاب شـهر تهـران در سـال ۱۴۰۲ بودنـد. بـه روش نمونه‌گیـری هدفمنـد از بیـن کلینیـک هـای موجـود ۳ کلینیـک انتخـاب شـد و سـپس پرسشـنامه تجدیـد نظـر شـده درد مـک گیـل بـر روی آنـان اجـرا شـد و از بیـن آنهـا کـه نمـره بالاتـر از ۵۰ و بالاتـر در ایـن پرسشـنامه کسـب کردنـد و بـا تاییـد پزشـک متخصـص تعـداد ۴۵ زن انتخـاب و در سـه گـروه قـرار داده شـد. بـه ایـن صـورت کـه در گـروه راه حـل محـور ۱۵ زن، گـروه روایـت درمانـی ۱۵ زن و گـروه کنتـرل ۱۵ زن جایگزیـن شـد. لازم بـه ذکـر اسـت کـه در ایـن پژوهـش از جـدول کوهـن بـرای تعییـن حجـم نمونـه اسـتفاده شـد. بـه ایـن صـورت کـه در سـطح اطمینـان ۹۵ درصـد، حجـم اثـر ۰/۷۰ و تـوان آمـاری ۰/۹۱ بـرای هرگـروه ۱۲ نفـر تعییـن شـد. امـا از آنجایـی کـه احتمـال ریـزش برخـی نمونـه هـا وجـود دارد و در جهـت تعمیـم پذیـری بیشـتر نتایـج حجـم هـر گـروه ۱۵ نفـر انتخـاب شـد. جنسـیت زن بـودن، احراز شـرایط سـردرد مزمـن بـر اسـاس مصاحبـه بـا متخصـص مغـز و اعصـاب، ابتـلا بـه سـردرد مزمـن یـک سـال قبـل از شـروع مطالعـه و حداقـل بـه مـدت ۶ مـاه، کسـب نمـره ۵۰ و بالاتـر در پرسشـنامه تجدیدنظـر شـده درد مـک گیـل، دامنـه سـنی ۳۰ تـا ۴۰ سـال و داشـتن سـواد در حـد دیپلـم بـرای توانایـی شـرکت در جلسـات درمانـی و پاسـخگویی بـه سـوالات پرسشـنامه هـا از ملاک‌هـای ورود بـه پژوهـش بودنـد. غیبـت بیـش از سـه جلسـه در جلسـات درمانـی، اسـتفاده از داروی تجویـز شـده روانپزشـک جهـت درمـان سـردردهای مزمـن در ۳ هفتـه اخیـر، عـدم تمایـل آزمودنـی هـا بـه ادامـه تحقیـق و داشـتن پرسشـنامه مخـدوش و ارائـه اطلاعـات ناقـص و شـرکت همزمـان در برنامـه هـای آموزشـی و درمانـی دیگـر از مـلاک هـای خـروج از پژوهـش بـوده اسـت. در ایـن تحقیـق از آمـار توصیفـی چـون میانگیـن و انحـراف معیـار و از آمـار اسـتنباطی شـامل تحلیـل واریانـس بـا انـدازه گیـری مکرر(بـه دلیـل وجـود مرحلـه پیگیـری) اسـتفاده شـد و بـرای بررسـی مقایسـه مراحـل زمانـی (پیـش آزمـون، پس آزمـون و پیگیـری) و مقایسـه اثربخشـی درمـان راه حـل محـور و روایـت درمانـی از «آزمـون تعقیبـی بـن فرونـی» اسـتفاده شـد. نـرم افـزار SPSS نسـخه ۲۴ بـود.

ابزار سنجش

پرسشـنامه تجدیدنظـر شـده درد مـک گیـل (Short-form McGill Pain Questionnaire): ایـن پرسشـنامه توسـط Dworkin و همـکاران در سـال ۲۰۰۹ تهیـه شـده اسـت و شـامل ۲۲ سـوال و ۴ خـرده مقیـاس درد عاطفـی، درد نوروپاتیـک، درد پیوسـته و درد متنـاوب را انـدازه گیـری مـی کنـد. نمـره گـذاری آن در طیـف لیکـرت ۱۰ درجـه ای از نداشـتن احسـاس درد ۰ نمره تـا درد خیلـی شـدید ۱۰ نمـره در نوسـان اسـت (۲۷). نقطـه بـرش پرسشـنامه نمـره ۵۰ و بالاتـر از آن اسـت. سـازندگان پرسشـنامه پایایـی آن را بررسـی و ضرایـب بـرای درد عاطفـی ۰/۸۶، درد نوروپاتیـک ۰/۸۳، درد پیوسـته ۰/۹۵ و درد متنـاوب ۰/۸۷ بـه

دست آورده اند (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل سوالات در مرحله پیش آزمون ۰/۸۰، پس آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۹۰ محاسبه و به دست آمده است.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسشنامه توسط Garnefski & Kraaij در سال ۲۰۰۶) تهیه شده است و شامل ۱۸ سوال و ۲ بعد راهبردهای غیرانطباقی (سرزنش خود با سوالات ۱ و ۲؛ سرزنش دیگران با سوالات ۱۷ و ۱۸؛ نشخوارگری با سوالات ۵ و ۶؛ فاجعه نمایی با سوالات ۱۵ و ۱۶) و راهبردهای انطباقی (دیدگاه گیری با سوالات ۱۳ و ۱۴؛ تمرکز مجدد مثبت با سوالات ۷ و ۸؛ ارزیابی مجدد مثبت با سوالات ۱۱ و ۱۲؛ پذیرش با سوالات ۳ و ۴؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی با سوالات ۹ و ۱۰) را اندازه گیری می کند (۲۸). نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می باشد به این صورت که همیشه نمره ۵، اغلب نمره ۴، مرتبا نمره ۳، گاهی نمره ۲، هرگز نمره ۱ تعلق می گیرد. از مجموع نمره مربوط به زیر مقیاس های دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی راهبردهای انطباقی (با سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴) و از مجموع زیر مقیاس‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی راهبردهای غیرانطباقی (با سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) به دست می آید. در پژوهش های داخل ایران ضریب پایایی در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است (۲۹). سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ راهبردها را بررسی و ضرایب برای سرزنش خود ۰/۶۸، سرزنش دیگران ۰/۷۷، نشخوارگری ۰/۷۹، فاجعه نمایی ۰/۸۱، دیدگاه گیری ۰/۷۹، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۰، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۱، پذیرش ۰/۷۳ و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ سرزنش خود ۰/۷۱، سرزنش دیگران ۰/۸۰، نشخوارگری ۰/۷۳، فاجعه نمایی ۰/۸۵، دیدگاه گیری ۰/۸۶، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۵، پذیرش ۰/۸۰، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۳ و کل سوالات ۰/۹۲ محاسبه و به دست آمده است.

جلسات درمانی

در جدول ۱ جلسات درمان راه حل محور آمده است که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بوده است که توسط دانشجوی دکترا روانشناسی بر روی زنان مبتلا به سردرد هر هفته یک جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شده است.

جدول ۱: جلسات درمان راه حل محور اقتباس از نظریه راه حل محور (۳۰)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
۱	شناسایی، کنجکاوی 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 پیش آزمون
۲	خلق سازه های ذهنی مشترک مشکل و هدف توسط اعضاء 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 موقعیت ها و استثناهای گذشته، پیدا کردن استثناها (گذشته و حال)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوالات استثنا و ارائه تکلیف
۴	پیدا کردن استثناها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، تکلیف شگفتی آفرین، پرسیدن سوال معجزهای، گوی بلورین و ارائه تکلیف
۵	کشف راه حل ها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوالهایی که منجر به کشف راه حل ها می شود، پرسیدن پرسش سازگاری، تکنیک به جای و ارائه تکلیف
۶	کشف راه حل ها (ادامه)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقابله ای، پرسیدن تکنیک پیش فرض، تکلیف پیش بینی کننده و ارائه تکلیف
۷	تقویت استثناها	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 اعضاء، برجسته کردن تغییرات اتفاق افتاده، قدردانی از تلاشها و فعالیتهای مراجع انجام پس‌آزمون و تعیین زمان برای اجرای مرحله پیگیری

در جدول ۲ جلسات روایت درمانی آمده است که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بوده است که توسط دانشجوی دکترا روانشناسی بر روی زنان مبتلا به سردرد هر هفته یک جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شده است.

جدول ۲: جلسات روایت درمانی (۳۱، ۳۲)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
۱	مقدماتی	آشنایی با تکتک شرکت کنندگان و توضیح اهداف پژوهش، بیان اهداف تشکیل جلسات درمانگری، ارائهٔ 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 روایت ها و آغاز برونسازی: مروری بر جلسهٔ پیشین و همچنین در این جلسه روایت های مشکل دار زندگی آزمودنی ها بررسی و به جزئیات زبان مراجعان به طور دقیق گوش داده شد. در نهایت به منظور پی بردن به استعاره های خود (آغاز برون سازی) به آنها تکلیف داده شد که استعاره های خود را از خویش، محیط و اطرافیان و به طور کلی از مشکل بنویسند. شرح داستان مشکل دار با جزئیات و به صورت کامل توسط اعضای گروه، نامگذاری مشکل و استعاریسازی و نامگذاری مشکل مشترک.
۳	نامگذاری مشکل	ادامهٔ نامگذاری مشکل و استعاره سازی و راهبردهای آنکه در نهایت به جمع بندی مباحث پرداخته شد و به افراد تکلیف داده شد که ترفندهای استفاده شده توسط مشکل که باعث نفوذ بر روی آنها شده است را پیدا کرده و بنویسند.
۴	برون سازی مشکل	آغاز مرحلهٔ تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط های آنها و پرسش های تاثیرگذار
۵	ساخت شکنی	کامل کردن تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط های آنها و ساخت شکنی
۶	ادامه برون سازی و ساخت زدایی مشکل	تشخیص نفوذ افراد بر مشکل و توانمندی های آنها و نام نویسی به مشکل
۷	بازسازی و بازگویی روایت زندگی	بازنویسی روایت زندگی پس از مرور و بررسی مشکلات در رابطه با خود، محیط، اطرافیان، ارتباط ها 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.

یافته ها

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

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

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سن گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین های ۳ گروه در متغیر سن برابر با F =۲/۷۲۰ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۰۷۷) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می باشد.

جدول ٤: فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه

گروه	شاخص		آماره	
	فراوانی	درصد	Chi-Square	معناداری
درمان راه حل محور	۴	۲۶/۶۷	۳/۷۸۲	۰/۸۷۶
	۴	۲۶/۶۷		
	۴	۲۶/۶۷		
	۲	۱۳/۳۳		
	۱	۶/۶۷		
	۱۵	۱۰۰		
روایت درمانی	۴	۲۶/۶۷		
	۴	۲۶/۶۷		
	۳	۲۰		

	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳۳
	دکترا	۲	۱۳/۳۳
	کل	۱۵	۱۰۰
گروه کنترل	دیپلم	۲	۱۳/۳۳
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳۳
	کارشناسی	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی ارشد	۴	۲۶/۶۷
	دکترا	۳	۲۰
	کل	۱۵	۱۰۰

جدول ۴ فراوانی و درصد تحصیلات گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با Chi- =۳/۷۸۲ Square می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۸۷۶) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می باشد.

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		راه حل محور	روایت درمانی	کنترل	راه حل محور	روایت درمانی	کنترل
سرزنش خود	پیش آزمون	۷/۹۳	۸/۴۰	۷/۷۳	۰/۷۰	۰/۹۹	۰/۹۶
	پس آزمون	۵/۶۰	۵/۱۳	۷/۶۷	۰/۸۳	۱/۵۵	۰/۹۷
	پیگیری	۵/۶۷	۵/۲۷	۷/۷۳	۰/۹۰	۱/۴۴	۱/۰۳
سرزنش دیگران	پیش آزمون	۸/۵۳	۸/۱۳	۸/۶۰	۰/۹۱	۱/۵۵	۰/۹۹
	پس آزمون	۶/۷۳	۵/۷۳	۸/۵۳	۱/۴۸	۱/۳۹	۱/۰۶
	پیگیری	۶/۸۰	۵/۸۰	۸/۴۷	۱/۵۲	۱/۴۲	۰/۹۹
نشخوارگری	پیش آزمون	۸/۸۷	۸/۴۰	۸/۶۷	۰/۸۳	۱/۱۲	۰/۹۸
	پس آزمون	۷/۲۷	۶/۲۷	۸/۵۳	۱/۰۳	۱/۱۰	۱/۰۶
	پیگیری	۷/۳۳	۶/۴۰	۸/۶۰	۱/۰۵	۱/۱۸	۱/۰۵
فاجعه نمایی	پیش آزمون	۸/۲۷	۸/۶۰	۸/۸۰	۱/۲۸	۱/۲۴	۱/۰۱
	پس آزمون	۷/۲۰	۶/۸۰	۸/۶۷	۱/۲۱	۱/۲۶	۱/۱۱
	پیگیری	۷/۲۷	۶/۸۷	۸/۷۳	۱/۲۲	۱/۴۱	۱/۱۰
نمره کل تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی	پیش آزمون	۳۳/۶۰	۳۳/۵۳	۳۳/۸۰	۲/۲۹	۲/۷۲	۱/۳۷
	پس آزمون	۲۶/۸۰	۲۳/۹۳	۳۳/۴۰	۲/۱۱	۲/۳۱	۱/۸۸
	پیگیری	۲۷/۰۷	۲۴/۳۳	۳۳/۵۳	۲/۴۳	۲/۰۲	۲/۰۷
دیدگاهگیری	پیش آزمون	۴/۱۳	۴/۲۰	۴/۳۳	۰/۶۴	۰/۶۸	۰/۶۲
	پس آزمون	۵/۹۳	۶/۶۷	۴/۴۷	۰/۸۰	۱/۴۰	۰/۵۲
	پیگیری	۵/۸۷	۶/۶۰	۴/۵۳	۰/۸۳	۱/۳۰	۰/۶۴
تمرکز مجدد مثبت	پیش آزمون	۳/۹۳	۳/۶۰	۳/۳۳	۰/۸۸	۰/۶۳	۰/۴۹
	پس آزمون	۶/۰۷	۷/۳۳	۳/۴۷	۰/۹۶	۱/۱۱	۰/۶۴
	پیگیری	۶/۰۰	۷/۲۷	۳/۵۳	۰/۹۳	۱/۱۶	۰/۷۴
ارزیابی مجدد مثبت	پیش آزمون	۴/۰۰	۴/۳۳	۴/۱۳	۰/۸۴	۰/۸۲	۰/۹۹
	پس آزمون	۵/۷۳	۶/۴۰	۴/۲۰	۰/۸۰	۱/۲۹	۱/۰۸
	پیگیری	۵/۷۳	۶/۲۷	۴/۲۷	۰/۸۱	۱/۲۲	۱/۰۳

پذیرش	پیش آزمون	۴/۶۰	۴/۴۰	۴/۸۰	۱/۱۲	۰/۸۳	۱/۷۰
	پس آزمون	۷/۰۷	۷/۴۰	۴/۸۷	۱/۵۹	۱/۶۸	۱/۶۸
	پیگیری	۷/۰۰	۷/۲۷	۴/۹۳	۱/۵۱	۱/۴۹	۱/۷۱
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	پیش آزمون	۴/۶۷	۴/۳۳	۴/۹۳	۱/۴۵	۰/۸۲	۱/۶۲
	پس آزمون	۷/۴۰	۷/۶۷	۵/۰۷	۱/۹۹	۰/۶۲	۱/۵۸
	پیگیری	۷/۳۳	۷/۶۰	۵/۰۰	۱/۹۸	۰/۷۴	۱/۴۱
نمره کل تنظیم شناختی هیجان انطباقی	پیش آزمون	۲۱/۳۳	۲۰/۸۷	۲۱/۵۳	۲/۹۲	۱/۱۸	۳/۲۳
	پس آزمون	۳۲/۲۰	۳۵/۴۷	۲۲/۰۷	۳/۵۱	۴/۲۱	۳/۲۲
	پیگیری	۳۱/۹۳	۳۵/۰۰	۲۲/۲۷	۳/۴۷	۴/۱۱	۳/۲۶

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان گروه های آزمایش (درمان راه حل محور و روایت درمانی) به تفکیک مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می باشد که ابتدا پیش‌فرض ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود (P>۰/۰۵) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای تنظیم شناختی هیجان برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس ها 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.

جدول ٦: نتایج اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی تنظیم شناختی هیجان

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
سرزنش خود	گروه	۱۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	۰/۹۸۰
	زمان	۱۵۸/۱۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۴۱/۱۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۰/۹۹۹
سرزنش دیگران	گروه	۱۰/۲۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹	۰/۹۸۱
	زمان	۹۹/۴۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۲۳/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۰/۹۹۱
نشخوارگری	گروه	۱۰/۸۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱	۰/۹۸۶
	زمان	۶۴/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۴/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷	۰/۹۹۹
فاجعه نمایی	گروه	۶/۱۰۸	۰/۰۰۵	۰/۲۲۵	۰/۸۶۴
	زمان	۴۵/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۱/۳۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۰	۰/۹۹۳

تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی	گروه	۴۲/۸۹۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱	۰/۹۹۹
	زمان	۲۹۳/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۷۰/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۰/۹۹۹
دیدگاهگیری	گروه	۱۴/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸	۰/۹۹۸
	زمان	۸۰/۴۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۷/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱	۰/۹۹۹
تمرکز مجدد مثبت	گروه	۵۷/۷۴۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۰/۹۹۹
	زمان	۱۴۳/۹۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۳۸/۰۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۹۹
ارزیابی مجدد مثبت	گروه	۱۰/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۹۸۴
	زمان	۷۴/۳۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۶/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵	۰/۹۹۱
پذیرش	گروه	۵/۲۴۴	۰/۰۰۹	۰/۲۰۰	۰/۸۰۵
	زمان	۱۰۱/۸۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۲۳/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۷	۰/۹۹۹
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	گروه	۷/۶۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۳۲
	زمان	۶۸/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۵/۸۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰	۰/۹۹۹
تنظیم شناختی هیجان انطباقی	گروه	۳۴/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵	۰/۹۹۹
	زمان	۲۷۵/۸۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶۸	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۶۳/۳۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۶- نشان می‌دهد که درمان راه حل محور و روایت درمانی بر تنظیم شناختی هیجان اثربخشی معناداری دارد. در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در تنظیم شناختی هیجان در جدول ۷- آمده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تنظیم شناختی هیجان برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
سرزنش خود	پیش آزمون	۸/۰۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۸۸۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۶/۱۳۳	پیش آزمون-پیگیری	۱/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۲۲۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۸۹	۰/۳۳۰
سرزنش دیگران	پیش آزمون	۸/۴۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۴۲۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۷/۰۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۱/۴۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۰۲۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۲۲	۰/۹۹۹
نشخوارگری	پیش آزمون	۸/۶۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۲۸۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۷/۳۵۶	پیش آزمون-پیگیری	۱/۲۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۴۴۴	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۸۹	۰/۳۳۰
فاجعه نمایی	پیش آزمون	۸/۵۵۶	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۷/۵۵۶	پیش آزمون-پیگیری	۰/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۶۲۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۲۷۲

تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی	پیش آزمون	۳۳/۶۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۶۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۸/۰۴۴	پیش آزمون-پیگیری	۵/۳۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۸/۳۱۱	پس آزمون-پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۰۷۰
دیدگاهگیری	پیش آزمون	۴/۲۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۴۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۶۸۹	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۴۴۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۶۶۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۲۲	۰/۹۹۹
تمرکز مجدد مثبت	پیش آزمون	۳/۶۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	-۲/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۶۲۲	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۹۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۶۰۰	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۲۲	۰/۹۹۹
ارزیابی مجدد مثبت	پیش آزمون	۴/۱۵۶	پیش آزمون-پسآزمون	-۱/۲۸۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۴۴۴	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۴۲۲	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۲۲	۰/۹۹۹
پذیرش	پیش آزمون	۴/۶۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۸۴۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۶/۴۴۴	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۴۰۰	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۴۴	۰/۹۹۹
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	پیش آزمون	۴/۶۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	-۲/۰۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۶/۷۱۱	پیش آزمون-پیگیری	-۲/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۶۴۴	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۲۷۲
تنظیم شناختی هیجان انطباقی	پیش آزمون	۲۱/۲۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	-۸/۶۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۹/۹۱۱	پیش آزمون-پیگیری	-۸/۴۸۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۹/۷۳۳	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۷۸	۰/۱۵۹

به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات تنظیم شناختی هیجان در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همانطور که جدول ۷- نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش آزمون با پس‌آزمون اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که درمان راه حل محور و روایت درمانی بر تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و 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 پس آزمون 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 راه حل محور و روایت درمانی بر تنظیم شناختی هیجان از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۸- آمده است.

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی تنظیم شناختی هیجان برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه	گروه های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
سرزنش خود	راه حل محور	راهحل محور	روایت درمانی	۰/۱۳۳	۰/۹۹۹
	روایت درمانی	راهحل محور	کنترل	-۱/۳۱۱	۰/۰۰۲
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	-۱/۴۴۴	۰/۰۰۱
سرزنش دیگران	راهحلمحور	راهحل محور	روایت درمانی	۰/۸۰۰	۰/۲۲۶
	روایت درمانی	راهحل محور	کنترل	-۱/۱۷۸	۰/۰۳۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	-۱/۹۷۸	۰/۰۰۱

	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	۰/۸۰۰	۰/۰۶۹
نشخوارگری	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	-۰/۷۷۸	۰/۰۸۰
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	-۱/۵۷۸	۰/۰۰۱
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	۰/۱۵۶	۰/۹۹۹
فاجعه نمایی	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	-۱/۱۵۶	۰/۰۲۲
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	-۱/۳۱۱	۰/۰۰۸
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	۱/۸۸۹	۰/۰۳۰
تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	-۴/۴۲۲	۰/۰۰۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	-۶/۳۱۱	۰/۰۰۱
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۵۱۱	۰/۱۶۵
دیدگاه گیری	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۰/۸۶۷	۰/۰۰۵
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۱/۳۷۸	۰/۰۰۱
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۷۳۳	۰/۰۱۷
تمرکز مجدد مثبت	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۱/۸۸۹	۰/۰۰۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۲/۶۲۲	۰/۰۰۱
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۵۱۱	۰/۳۶۶
ارزیابی مجدد مثبت	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۰/۹۵۶	۰/۰۱۶
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۱/۴۶۷	۰/۰۰۱
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۱۳۳	۰/۹۹۹
پذیرش	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۱/۳۵۶	۰/۰۳۳
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۱/۴۸۹	۰/۰۱۷
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۰۶۷	۰/۹۹۹
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۱/۴۶۷	۰/۰۰۶
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۱/۵۳۳	۰/۰۰۴
	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۱/۹۵۶	۰/۲۱۹
تنظیم شناختی هیجان انطباقی	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۶/۵۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۸/۴۸۹	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۸- نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه روایت درمانی با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان راه حل محور با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه حل محور بر کاهش تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی و افزایش تنظیم شناختی هیجان انطباقی دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان راه¬حل محور و روایت درمانی بر تنظیم شناختی هیجان 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 تنظیم شناختی هیجان داشته است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه حل محور بر بهبود تنظیم شناختی هیجان دارد. اگرچه پژوهشی وجود ندارد که همسو با این نتیجه به دست آمده باشد، اما به طور غیرمستقیم این نتیجه به دست آمده می تواند با نتایج تحقیقات همسویی دارد (۲۱، ۲۲، ۲۴) که کارآمدی روایت درمانی و درمان های پست مدرن را نشان داده اند. در تبیین اثربخش تر بودن روایت درمانی نسبت به درمان راه حل محور بر کاهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی می توان گفت که روایت درمانی، به دنبال

ساخت دادن به تجارب افراد از طریق تغییر دادن در شناخت آنهاست. ساخت دادن به داستان های افراد، تصمیم گیری را آسان می کند که به تفکر و در حد نهایت حذف تدریجی تجربه های مخل تفکر منجر می شود. افراد طی روایت درمانگری، ناراحتی های هیجانی شان را در قالب کلمات بیان می کنند و سلامت روانی و فیزیکی شان ارتقا می یابد. لذا وقتی زنان مبتلا به سردردهای مزمن به خاطر تجربه درد دچار دشواری در تنظیم هیجانات می شوند، وقتی تحت درمان روایتی قرار می گیرند، این ناراحتی های جسمانی مانند سردرد را در قالب کلمات ابراز می کنند و باعث می شود تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی سطح پایین تری را تجربه کنند. از سوی دیگر می توان گفت که حضور در جلسات روایت درمانی به زنان کمک می کند تا با تغییر روایات غالب منفی، مشکلات را قابل حل تعریف کرده و از طریق طرح پرسش، بیرونی سازی، نام گذاری مجدد، نتایج منحصربه فرد و در نهایت بازنویسی و تغییر داستان زندگی، به توانایی های خود در مدیریت تنش ها و هیجانات منفی امیدوار شوند. روایت درمانی به زنان می آموزد، با توجه به اینکه مسئول خلق و تعبیر داستان های زندگی شان هستند، باید مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. نوشتن داستان ها می تواند زنان مبتلا به سردردهای مزمن را برای انتخاب، حفظ یا تغییر معانی داستان های زندگی شان آماده کند و وقتی آنان برای انتخاب، حفظ و یا تعبیر معنای داستان های زندگی خود آماده شوند در رویارویی با هیجانات منفی توانایی های بیشتری در مدیریت و تنظیم این هیجانات کسب می کنند و بهتر می توانند هیجانات منفی خود را مدیریت کنند و با کم کردن از میزان سرزنش خود و دیگران و پایین آوردن میزان نشخوارگری و فاجعه نمایی به کاهش تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی در خود کمک کنند. لذا منطقی است گفته شود که روایت درمانی نسبت به درمان راه حل محور بر کاهش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی اثربخش تر و موثرتر باشد.

در تبیین اثربخش تر بودن روایت درمانی نسبت به درمان راه حل محور بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان انطباقی می توان گفت که داستان هایی که زنان مبتلا یه سردردهای مزمن درباره خودشان می گویند در واقع همان چیزی است که برایشان اهمیت دارد. هنگام گوش دادن و ارزیابی پاسخ زنان درباره موقعیت ها، توجه به خودپنداره شان و اینکه چگونه این خود در موقعیت هایی که گفته شد پیش می‌رود، تصویر واضحی از شکل زندگی زنان را نشان داده و اینکه چگونه ممکن بود مشکلات جسمی خود را حل و فصل کنند؛ این رویکرد به زنان می آموزد که به دنبال راه حل های جدید بوده و آفریننده آینده خود باشند. این توانایی موجب می شود که افراد قدرت مقابله با مشکلات مختلف خود را پیدا کنند و روایتی جدید طراحی کنند که در آن به جای تمایل به سرزنش کردن خود و بزرگ کردن مشکلات شان، به تمایل برای جستجوی راه حل های نو بپردازند. مبنای اصلی روایت درمانی بر پایه کلمات است که به درک منجر می شوند، اما به تنهایی کافی نیستند؛ افراد به کلماتی که در داستان خود می گویند، فکر کرده و از این طریق می توانند منظورشان را بهتر بیان کنند. زمانی که فرد با کلمات جدیدی صحبت می کند، دنیای تازه ای را برای خود می سازد. لذا زنان مبتلا به سردرد وقتی به کلمات داستان خود فکر می کنند، بهتر می توانند منظورشان را ابراز کنند و وقتی با کلمات جدید صحبت می کنند توانایی بالاتری در مدیریت هیجانات خود پیدا می کنند و همین امر در تجربه تنظیم هیجان شناختی انطباقی به زنان مبتلا به سردرد کمک زیادی می کند. لذا منطقی است گفته شود ک روایت درمانی نسبت به درمان راه حل محور بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان انطباقی اثربخش تر باشد.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت هایی وجود داشت، انتخاب نمونه از شهر تهران ایجاب می کند که در تعمیم یافته ها جانب احتیاط را در نظر داشت. محدود بودن ابزار جمع آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه گیری 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 می شود پژوهش های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان مبتلا به سردردهای مزمن اجرا شود تا نتایج پژوهش های انجام شده باهم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. پژوهش های دیگر در زمینه مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر کاهش سایر مشکلات این زنان مانند اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی انجام شود. پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری انجام شود تا چنین مطالعاتی را در نمونه های دیگر از جمله مردان مبتلا به سردردهای مزمن تکرار شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه

بـود، بـر ایـن اسـاس پیشـنهاد مـی شـود در پژوهـش هـای بعـد بـا لحـاظ کـردن مرحلـه پیگیـری بلندمـدت تـر و طولانی‌تـر (بیـش از شـش مـاه یـا حتـی یـک سـال) بـه بـه بررسـی تـداوم و مانـدگاری اثربخشـی درمـان راه حـل محـور و روایـت درمانـی پرداختـه شـود. در سـطح عملـی اسـاس نتایـج پژوهـش حاضـر، می‌تـوان گفـت کـه درمـان راه حـل محـور و روایـت درمانـی مـی تواننـد بـه عنـوان شـیوه هـای درمانـی مناسـب بـرای بهبـود تنظیـم شـناختی هیجـان زنـان دارای سـردردهای مزمـن در مراکـز مشـاوره و خدمـات روانشـناختی بـه کار بـرده شـوند و تقـدم اسـتفاده بـا روایـت درمانـی اسـت.

نتیجه گیری

هـدف از پژوهـش حاضـر بررسـی مقایسـه اثربخشـی درمـان راه حـل محـور و روایـت درمانـی بـر تنظیـم شـناختی هیجـان زنـان دارای سـردردهای مزمـن بـود. نتایـج نشـان داد هـر دو مداخلـه مذکـور در مرحلـه پس‌آزمـون و پیگیـری نسـبت بـه گـروه کنتـرل اثربخشـی معنـاداری بـر بهبـود تنظیـم شـناختی هیجـان داشـته اسـت(. نتایـج آزمـون تعقیبـی بـن فرونـی نشـان داد کـه روایـت درمانـی اثربخشـی بیشـتری نسـبت بـه درمـان راه حـل محـور بر بهبـود تنظیـم شـناختی هیجـان دارد. بـر اسـاس نتایـج پژوهـش حاضـر، می‌تـوان گفـت کـه درمـان راه حـل محـور و روایـت درمانـی مـی تواننـد بـه عنوان شـیوه هـای درمانـی مناسـب برای بهبـود تنظیـم شـناختی هیجـان زنـان دارای سـردردهای مزمن در مراکـز مشـاوره و خدمـات روانشـناختی بـه کار بـرده شـوند و تقدم اسـتفاده بـا روایـت درمانـی اسـت. بنابرایـن ایـن پژوهـش و نتایج آن بـرای مراکـز مشـاوره و خدمـات روانشـناختی کاربـرد دارد تـا از نتایـج ایـن پژوهـش در راسـتای بهبـود مشـکلات زنـان مبتـلا بـه سـردردهای مزمـن اسـتفاده کننـد.

ملاحظات اخلاقی

دادن اطمینـان بـه زنـان مبتـلا بـه سـردرد از جهـت محرمانـه بـودن اطلاعـات آنهـا، حفـظ حریـم خصوصـی و احتـرام بـه حقـوق زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن، توضیـح فرآینـد مطالعـه بـرای همـه زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن، پاسـخ بـه سـوالات و در اختیـار قـرار دادن نتایـج در صـورت تمایـل بـه زنـان مبتـلا بـه سـردرد مزمـن، ارائـه جلسـات درمانـی بـه صـورت فشـرده بـه گـروه کنتـرل بعـد از اجـرای دوره پیگیـری و اخـذ کـد اخـلاق بـه شناسـه IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.136 از کارگروه/کمیتـه اخـلاق در پژوهـش دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد نجـف آبـاد از اصـول اخلاقـی رعایـت شـده در ایـن پژوهـش بـوده اسـت.

سپاسگزاری

از مشـارکت کننـدگان در ایـن مطالعـه و تمامـی افـرادی کـه در طراحـی و اجـرای ایـن مطالعـه مسـاعدت کردنـد، قدردانـی مـی شـود.

تعارض منافع

بنابر اظهار کلیه نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

[1] Ornello R, Frattale I, Caponnetto V, De Matteis E, Pistoia F, Sacco S. Menstrual headache in women with chronic migraine treated with erenumab: an observational case series. Brain Sciences, 2021; 11(3): 370-382. https://doi.org/10.3390/brainsci11030370

[2] Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. The journal of headache and pain, 2022; 23(1): 34-45. https://doi.org/10.1186/s10194-022-01402-2

[3] Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, Lloyd J, Lupi C, Tischler H, 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

[4] Kurtses 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

[5] 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

[6] Solhi M, Derakhshan A, Ünsal B. ssociations etween EFL students' L2 grit, boredom coping strategies, and emotion regulation strategies: A structural equation modeling approach. Journal

of Multilingual and Multicultural Development, 2023; 1(2): 1-20. https://doi.org/10.1080/01434632.2023.2175834

[7] Wolf J, Danno D, Takeshima T, Vancleef LM, Yoshikawa H, Gaul C. The relation between emotion regulation and migraine: A cross-cultural study on the moderating effect of culture. Cephalalgia, 2020; 40(4): 384-392. https://doi.org/10.1177/0333102419885394

[8] John OP, Gross, JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. Journal of personality, 2004; 72(6): 1301-1334. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x

[9] Zebardast A, Shafieetabar M. Positive/ Negative Affect, Strategies of Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia in Female Patients with Migraine Headache. J Child Ment Health 2019; 6 (2): 180-193. http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.2.16

[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-Buría, 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 akbarinejhad 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. JAP 2023; 13 (4):125-140 . http://jap.iums.ac.ir/article-1-5666-fa.html

[15] Chenail RJ, Reiter MD, Torres-Gregory M, Ilic 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. InFoundational Concepts and Models of Family Therapy 2023 (pp. 277-287). Routledge. 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. 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. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4

[22] Taghipour A, Ghamari Kivi 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 Psycotherapy, 2023; 14(53): 93-123. https://doi.org/10.22054/qccpc.2022.64862.2831

[23] Karami B, Khodabakhshi-Koolaee 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. JPEN, 2023; 9 (4): 1-9. http://dx.doi.org/10.22034/JPEN.9.4.1

[24] 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

[25] **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

[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, Melzack R. 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] Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and Individual Differences, 2006; 41(6): 1045-1053. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010

[29] Eslamiyan S, Noury Ghasemabadi R, Hasani J. The Mediating Role of Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Metacognitive Beliefs and Test Anxiety. Journal of Applied Psychology, 2022; 16(4): 132-111. https://doi.org/10.52547/apsy.2022.225586.1251

[30] 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

[31] 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

[32] Gonçalves MM, Matos M, Santos A. Manual for the innovative moments coding system, Version 7.2. Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal. 2009.