



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

Samaneh Amirifar¹, Farideh Hamidi^{2*}, Mojtaba Ansarei Shahidei³

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.

Corresponding author: Farideh Hamidi, Associate Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Shahid Rajaei 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.



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 هیچ گونه مداخله ای 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 به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی) انجام پذیرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان داشته است ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه حل محور بر بهبود تنظیم شناختی هیجان دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان راه حل محور و روایت درمانی می‌توانند 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.

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 می‌توان 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 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 (۱۸).

این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می کند که به ساختار شکنی و آشکارسازی مشکلات منجر می شود و اساسا درمان راه حل 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 بازگویی 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 مسیره ها، 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

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 می دهند. اما قطع مسکن ها معمولاً این سردردها را بدتر می کند (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 می تواند 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 فاجعه نمایی بیشتری را تجربه کنند (۹). بر اساس آنچه گفته شد یک برنامه جامع درمان سردرد معمولاً به استراتژی های 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

و درمان راه حل محور است (۲۳)، که می تواند به افراد برای بازتعریف زندگی خود و مشارکت در تصمیم هایشان استقلال بدهد و یک مدل یکپارچه نگر است که از دو درمان مبتنی بر زبان و با دیدگاه پُست مدرن گرفته شده است و درمانگر و مراجع در ایجاد یک چارچوب روایت راه حل محور برای فرآیند تألیف مجدد زندگی مراجع، همکاری می کنند (۲۵). آنچه که مشخص هر دوی این درمان های پُست مدرن (درمان راه حل محور و روایت درمانی) چه به صورت جداگانه (۲۱، ۲۲، ۲۴) و چه به صورت ترکیبی نقش مهمی در کاهش مشکلات افراد دارند (کرمی و همکاران، ۱۴۰۲). اما مقایسه اثربخشی این درمان ها کمتر بر روی مبتلایان به سردردهای مزمن بررسی شده است. افزون بر این، از نظر روش شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی پرداخته باشد کمتر وجود دارد و این باعث می شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز زنان دارای سردردهای مزمن در جهت کاهش مشکلات آنان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو این درمان، می توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات روانشناختی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش تر را نسبت به درمان های دیگر را شناسایی کرد می توان به روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات زنان مبتلا به سردردهای مزمن فعالیت می کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش تر 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 راه حل محور و روایت درمانی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای سردردهای مزمن وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل همراه با 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. به روش نمونه گیری هدفمند از بین کلینیک های موجود ۳ کلینیک انتخاب شد و سپس پرسشنامه تجدید نظر 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 راه حل 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 نمونه ها وجود دارد و در جهت تعمیم پذیری بیشتر 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 مک گیل، دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال و داشتن سواد در حد دیپلم برای توانایی شرکت در جلسات درمانی و پاسخگویی به سوالات پرسشنامه ها از ملاک های 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 آزمودنی ها به ادامه تحقیق و داشتن پرسشنامه مخدوش و ارائه اطلاعات ناقص و شرکت همزمان در برنامه های آموزشی و درمانی دیگر از ملاک های خروج از پژوهش بوده است. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (به دلیل وجود مرحله پیگیری) استفاده شد و برای بررسی مقایسه مراحل زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی از «آزمون تعقیبی بن فرونی» استفاده شد. نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل (Short-form McGill Pain Questionnaire): این پرسشنامه توسط Dworkin و همکاران در سال ۲۰۰۹ تهیه شده است و شامل ۲۲ سوال و ۴ خرده مقیاس درد عاطفی، درد نوروپاتی، درد پیوسته و درد متناوب را اندازه گیری می کند. نمره گذاری آن در طیف لیکرت ۱۰ درجه ای از نداشتن احساس درد ۰ نمره تا درد خیلی شدید ۱۰ نمره در نوسان است (۲۷). نقطه برش پرسشنامه نمره ۵۰ و بالاتر از آن است. 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

سمانه امیری فر و همکاران

سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی راهبردهای غیرانطباقی (با سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) به دست می‌آید. در پژوهش‌های 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، فاجعه‌نمایی ۰/۸۱، دیدگاه‌گیری 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، فاجعه‌نمایی ۰/۸۵، دیدگاه‌گیری 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 دقیقه‌ای بوده است که توسط دانشجوی دکترا روانشناسی بر روی زنان مبتلا به سردرد هر هفته یک جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شده است.

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؛ فاجعه‌نمایی با سوالات ۱۵ و ۱۶) و راهبردهای انطباقی (دیدگاه‌گیری 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 اندازه‌گیری می‌کند (۲۸). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که همیشه نمره ۵، اغلب نمره ۴، مرتباً نمره ۳، گاهی نمره ۲، هرگز نمره ۱ تعلق می‌گیرد. از مجموع نمره مربوط به زیر مقیاس‌های 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

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 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 معجزه‌های و ارائه تکلیف
۳	مشارکت، خلق امید و برجسته کردن موقعیت‌ها و استثنای گذشته، پیدا کردن استثناءها (گذشته و حال)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوالات استثنا و ارائه تکلیف
۴	پیدا کردن استثناءها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، تکلیف شگفتی آفرین، پرسیدن سوال معجزه‌های، گوی بلورین و ارائه تکلیف
۵	کشف راه حل‌ها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سؤالی که منجر به کشف راه حل‌ها می‌شود، پرسیدن پرسش سازگاری، تکنیک به جای و ارائه تکلیف
۶	کشف راه حل‌ها (ادامه)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقابله‌ای، پرسیدن تکنیک پیش فرض، تکلیف پیش بینی کننده و ارائه تکلیف
۷	تقویت استثناءها	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 فعالیتهای مراجع انجام پس‌آزمون و تعیین زمان برای اجرای مرحله پیگیری

بر روی زنان مبتلا به سردرد هر هفته یک جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شده است.

در جدول ۲ جلسات روایت درمانی آمده است که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بوده است که توسط دانشجوی دکترا روانشناسی

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، 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 روایت ها و آغاز برونسازی: مروری بر جلسه 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 استعاره سازی و نامگذاری مشکل مشترک.
۳	نامگذاری مشکل	ادامه 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 مرحله 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	میانگین	انحراف معیار	F	آماره
درمان راه حل محور	۳۲/۴۰	۲/۴۷۳		معناداری
روایت درمانی	۳۲/۶۰	۲/۶۴۰	۲/۷۲۰	۰/۰۷۷
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 $F=۲/۷۲۰$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($\text{sig}=۰/۰۷۷$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می باشد.

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 $F=۲/۷۲۰$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($\text{sig}=۰/۰۷۷$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می باشد.

جدول ۴: فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه

گروه	فراوانی	درصد	Chi-Square	آماره
درمان راه حل محور	دپلم	۴	۲۶/۶۷	۳/۷۸۲
	فوق دپلم	۴	۲۶/۶۷	
	کارشناسی	۴	۲۶/۶۷	
	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳۳	
	دکتر	۱	۶/۶۷	
	کل	۱۵	۱۰۰	
	دپلم	۴	۲۶/۶۷	
روایت درمانی	فوق دپلم	۴	۲۶/۶۷	۰/۸۷۶
	کارشناسی	۳	۲۰	
	کارشناسی	۳	۲۰	

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

گروه کنترل

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 $\chi^2 = 3/782$ می باشد (sig=0/۸۷۶) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می باشد.

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 $\chi^2 = 3/782$ می باشد (sig=0/۸۷۶) 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	راه حل محور	روایت درمانی	کنترل	انحراف معیار	کنترل
سرزنش خود	پیش آزمون	۷/۹۳	۸/۴۰	۷/۷۳	۰/۷۰	۰/۹۶
	پس آزمون	۵/۶۰	۵/۱۳	۷/۶۷	۰/۸۳	۰/۹۷
	پیگیری	۵/۶۷	۵/۲۷	۷/۷۳	۰/۹۰	۱/۰۳
سرزنش دیگران	پیش آزمون	۸/۵۳	۸/۱۳	۸/۶۰	۰/۹۱	۱/۵۵
	پس آزمون	۶/۷۳	۵/۷۳	۸/۵۳	۱/۴۸	۱/۳۹
	پیگیری	۶/۸۰	۵/۸۰	۸/۴۷	۱/۵۲	۱/۴۲
نشخوارگری	پیش آزمون	۸/۸۷	۸/۴۰	۸/۶۷	۰/۸۳	۱/۱۲
	پس آزمون	۷/۲۷	۶/۲۷	۸/۵۳	۱/۰۳	۱/۱۰
	پیگیری	۷/۳۳	۶/۴۰	۸/۶۰	۱/۰۵	۱/۱۸
فاجعه نمایی	پیش آزمون	۸/۲۷	۸/۶۰	۸/۸۰	۱/۲۸	۱/۲۴
	پس آزمون	۷/۲۰	۶/۸۰	۸/۶۷	۱/۲۱	۱/۲۶
	پیگیری	۷/۲۷	۶/۸۷	۸/۷۳	۱/۲۲	۱/۴۱
نمره کل تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی	پیش آزمون	۳۳/۶۰	۳۳/۵۳	۳۳/۸۰	۲/۲۹	۲/۷۲
	پس آزمون	۲۶/۸۰	۲۳/۹۳	۳۳/۴۰	۲/۱۱	۲/۳۱
	پیگیری	۲۷/۰۷	۲۴/۳۳	۳۳/۵۳	۲/۴۳	۲/۰۲
دیدگاهگیری	پیش آزمون	۴/۱۳	۴/۲۰	۴/۳۳	۰/۶۴	۰/۶۲
	پس آزمون	۵/۹۳	۶/۶۷	۴/۴۷	۰/۸۰	۱/۴۰
	پیگیری	۵/۸۷	۶/۶۰	۴/۵۳	۰/۸۳	۱/۳۰
تمرکز مجدد مثبت	پیش آزمون	۳/۹۳	۳/۶۰	۳/۳۳	۰/۸۸	۰/۶۳
	پس آزمون	۶/۰۷	۷/۳۳	۳/۴۷	۰/۹۶	۱/۱۱
	پیگیری	۶/۰۰	۷/۲۷	۳/۵۳	۰/۹۳	۱/۱۶
ارزیابی مجدد مثبت	پیش آزمون	۴/۰۰	۴/۳۳	۴/۱۳	۰/۸۴	۰/۸۲
	پس آزمون	۵/۷۳	۶/۴۰	۴/۲۰	۰/۸۰	۱/۲۹
	پیگیری	۵/۷۳	۶/۲۷	۴/۲۷	۰/۸۱	۱/۲۲

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

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 می دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون 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 واریانس ها می باشد که ابتدا پیش فرض 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 ($P > 0.05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. 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

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 می دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون 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 واریانس ها می باشد که ابتدا پیش فرض 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 ($P > 0.05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. 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

جدول ۶: 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

سمانه امیری فر و همکاران

۰/۹۹۹	۰/۶۷۱	۰/۰۰۱	۴۲/۸۹۰	گروه	تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی
۰/۹۹۹	۰/۸۷۵	۰/۰۰۱	۲۹۳/۹۸۵	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۷۷۱	۰/۰۰۱	۷۰/۸۴۹	زمان×گروه	
۰/۹۹۸	۰/۴۰۸	۰/۰۰۱	۱۴/۷۶۱	گروه	دیدگاهگیری
۰/۹۹۹	۰/۶۵۷	۰/۰۰۱	۸۰/۴۲۰	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۴۵۱	۰/۰۰۱	۱۷/۲۳۴	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۳۳	۰/۰۰۱	۵۷/۷۴۰	گروه	تمرکز مجدد مثبت
۰/۹۹۹	۰/۷۷۴	۰/۰۰۱	۱۴۳/۹۷۲	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۶۴۴	۰/۰۰۱	۳۸/۰۲۸	زمان×گروه	
۰/۹۸۴	۰/۳۳۵	۰/۰۰۱	۱۰/۵۶۹	گروه	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۹۹۹	۰/۶۳۹	۰/۰۰۱	۷۴/۳۱۵	زمان	
۰/۹۹۱	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱	۱۶/۱۶۹	زمان×گروه	
۰/۸۰۵	۰/۲۰۰	۰/۰۰۹	۵/۲۴۴	گروه	پذیرش
۰/۹۹۹	۰/۷۰۸	۰/۰۰۱	۱۰۱/۸۱۴	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۲۷	۰/۰۰۱	۲۳/۴۴۴	زمان×گروه	
۰/۹۳۲	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱	۷/۶۴۳	گروه	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
۰/۹۹۹	۰/۶۱۸	۰/۰۰۱	۶۸/۰۰۳	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۴۳۰	۰/۰۰۱	۱۵/۸۵۰	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۲۵	۰/۰۰۱	۳۴/۹۸۵	گروه	تنظیم شناختی هیجان انطباقی
۰/۹۹۹	۰/۸۶۶۸	۰/۰۰۱	۲۷۵/۸۹۸	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۷۱	۰/۰۰۱	۶۳/۳۷۹	زمان×گروه	

مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در تنظیم شناختی هیجان در جدول ۷- آمده است.

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

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بین 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
فاجعه‌نمایی	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

۰/۰۰۱	۵/۶۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	۳۳/۶۴۴	پیش آزمون	تنظیم شناختی هیجان غیرانطباقی
۰/۰۰۱	۵/۳۳۳	پیش آزمون-پیگیری	۲۸/۰۴۴	پس آزمون	
۰/۰۷۰	-۰/۲۶۷	پس آزمون-پیگیری	۲۸/۳۱۱	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۴۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۲۲۲	پیش آزمون	دیدگاهگیری
۰/۰۰۱	-۱/۴۴۴	پیش آزمون-پیگیری	۵/۶۸۹	پس آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۲۲	پس آزمون-پیگیری	۵/۶۶۷	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۰۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۶۲۲	پیش آزمون	تمرکز مجدد مثبت
۰/۰۰۱	-۱/۹۷۸	پیش آزمون-پیگیری	۵/۶۲۲	پس آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۲۲	پس آزمون-پیگیری	۵/۶۰۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۲۸۹	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۱۵۶	پیش آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۰۰۱	-۱/۲۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۵/۴۴۴	پس آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۲۲	پس آزمون-پیگیری	۵/۴۲۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۸۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۶۰۰	پیش آزمون	پذیرش
۰/۰۰۱	-۱/۸۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۶/۴۴۴	پس آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۴۴	پس آزمون-پیگیری	۶/۴۰۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۰۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۶۴۴	پیش آزمون	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
۰/۰۰۱	-۲/۰۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۶/۷۱۱	پس آزمون	
۰/۲۷۲	۰/۰۶۷	پس آزمون-پیگیری	۶/۶۴۴	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۸/۶۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۲۱/۲۴۴	پیش آزمون	تنظیم شناختی هیجان انطباقی
۰/۰۰۱	-۸/۴۸۹	پیش آزمون-پیگیری	۳۹/۹۱۱	پس آزمون	
۰/۱۵۹	۰/۱۷۸	پس آزمون-پیگیری	۳۹/۷۳۳	پیگیری	

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.

به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات تنظیم شناختی هیجان در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری 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 پیش آزمون با پس آزمون 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

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

متغیرهای وابسته	گروه	گروه‌های 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	راهحل محور	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

سمانه امیری فر و همکاران

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

مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان داشته است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی 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 می‌تواند 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 می‌توان گفت که روایت درمانی، به دنبال

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

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 محل 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 منحصر به 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 به 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 می رود، 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 که 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 محدودیت ها 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 فرهنگ های 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

آن برای مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی کاربرد دارد تا از نتایج این پژوهش در راستای بهبود مشکلات زنان مبتلا به سردردهای مزمن استفاده کنند.

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.

سیاسگزاری

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

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*

بود، بر این اساس پیشنهاد می شود در پژوهش های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت تر و طولانی تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی پرداخته شود. در سطح عملی اساس نتایج پژوهش حاضر، می توان 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.

نتیجه گیری

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 پس آزمون 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. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می توان 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. بنابراین این پژوهش و نتایج

- and pain, 2018; 19(1): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0875-x>
- [4] Kurtseş 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, Holczér 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. Associations between 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-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 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.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* 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 Psychotherapy*, 2023; 14(53): 93-123. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2022.64862.2831>
- [23] 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. 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.