

Comparison the Effectiveness of Solution - Focused Therapy and Narrative Therapy on Ways of Solving of Coping with Stress in Women with Chronic Headaches¹

Amirifar S², Hamidi F³, Ansarei Shahidei M⁴

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of solution-oriented therapy and narrative therapy on problem-oriented methods of coping with stress in women with chronic headaches.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group with a 2-month follow-up phase. The statistical population was all women with chronic headaches who referred to neurology clinics in Tehran in 1402. In the first stage, 45 people were selected using the purposeful sampling method and then they were replaced in 2 experimental groups (15 people in each group) and a control group (15 people) in a simple random way. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS software version 24 in two descriptive and inferential parts.

Results: The results showed that both interventions in the post-test and follow-up phase had a significant effect on improving the problem-oriented methods of coping with stress compared to the control group ($P < 0.05$). The results of Ben-Ferroni's post hoc test showed that narrative therapy is more effective than solution-oriented therapy on improving problem-oriented ways of dealing with stress ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of the present study, it can be said that solution-oriented therapy and narrative therapy can be used as appropriate treatment methods to improve the problem-oriented methods of coping with stress in women with chronic headaches in centers. Counseling and psychological services should be used, and the priority is to use narrative therapy.

Keywords: Solution-focused therapy, Narrative therapy, Ways of solving of coping with stress, Chronic headaches.

1- **Cite this article:** Amirifar, Samaneh; Hamidi, Farideh; Ansarei Shahidei, Mojtaba (1402). The Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy and Narrative Therapy on Ways of Solving of Coping with Stress in Women with Chronic Headaches. *Health Management*, 15(1): 7-18.

۲- Ph.D student in Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

۳- Associate Professor of Psychology, Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), fhamidi@sru.ac.ir

۴- Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن^۱

مقدمه: 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.

روش پژوهش: 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. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود شیوه‌های مسئله‌مدار 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 مسئله‌مدار 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 مسئله‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با روایت درمانی است.

کلید واژه‌ها: درمان راه حل محور، روایت درمانی، شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس، سردردهای مزمن.

۱- استناد به این مقاله: امیری فر، سمانه؛ حمیدی، فریده؛ انصاری شهیدی، مجتبی (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن. مدیریت بهداشت و درمان، ۱۵(۱): ۷-۱۸.
۲- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۳- دانشیار روانشناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: fhamidi@sru.ac.ir
۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

مقدمه

سربرد مزمن یک بیماری منفرد نیست، بلکه یک اصطلاح کلی است که تمام سربردهای مزمن را در بر می‌گیرد [۱]. انجمن بین المللی سردرد، «سربرد مزمن روزانه» را به عنوان «تجربه سردرد با فراوانی ۱۵ یا بیشتر از آن در ماه برای حداقل سه ماه» تعریف می‌کند [۲]. سردرد مزمن روزانه را می‌توان بسته به علت آن به دو دسته سردرد اولیه و ثانویه تقسیم کرد. اختلالات سردرد مزمن اولیه علت ارگانیک ثانویه ندارند [۳]. در دسته‌های سردرد اولیه، مدت سردرد کمتر از ۴ ساعت به عنوان «سربرد کوتاه» نامگذاری می‌شود. بیش از ۴ ساعت به عنوان «سربرد طولانی» شناخته می‌شود. سربردهای طولانی معمولاً شامل میگرن مزمن و سردرد [۴]. از سوی دیگر آرام بخش ها به طور گسترده برای کنترل علائم در سربردها استفاده می‌شوند. بیماران به طور ناخواسته با استفاده بیش از حد از مسکن ها، دفعات سردرد را افزایش می‌دهند. اما قطع مسکن ها معمولاً این سربردها را بدتر می‌کند (۵) و باعث تجربه مشکلات بیشتری از نظر جسمانی، روانشناختی و هیجانی می‌شوند (۶). این مشکلات روانشناختی از جمله علائم اضطراب و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سربردهای مزمن، شیوه رویارویی با استرس ناسازگارانه را افزایش می‌دهند (۷).

رویارویی به‌عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری در حال تغییر مداوم تعریف می‌شود که توسط فرد برای مدیریت خواسته‌های مشخص درونی و/یا بیرونی انجام می‌شود که تصور می‌شود از منابع فرد فراتر می‌رود. به عبارتی شیوه‌های رویارویی با استرس، روش‌های رویارویی هستند که فرد در موقعیت‌های خاص استفاده می‌کند یا در طول زمان در موقعیت‌های مشابه تکرار می‌کند و بیانگر مجموعه‌ای از رفتارهایی است که ما در تلاش برای مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنیم (۸). رویارویی با استرس، تلاش شناختی و/یا رفتاری برای رویارویی با شرایط استرس‌زا/سختی است که منابع فرد را آزمایش می‌کند. این تلاش دو گونه تلقی می‌شود که اگر متشکل از تلاش‌های انطباقی (سازگارانه) مانند برنامه ریزی و جستجوی حمایت اجتماعی به عنوان ابزار باشد، شیوه‌های مسئله مدار رویارویی با استرس است. اگر متشکل از تلاش‌های ناسازگاری مانند سرزنش و انکار باشد، متمرکز بر هیجان است که از آن به عنوان شیوه رویارویی هیجان‌مدار نام برده می‌شود [۶].

بر اساس پیشینه پژوهش افراد که از سربردهای مزمن رنج می‌برند، زمانی که از شیوه رویایی مسئله محور استفاده می‌کنند بهتر می‌توانند با پیامدهای سردرد کنار آیند، اما زمانی که شیوه رویارویی آنها با رویدادهای استرس‌زا هیجان محور است، کمتر پیامدهای سردرد را تحمل می‌کنند [۱۱]. 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

سربرد تنشی، تمرینات قدرتی و هوازی [۱۱]، آرامش عضلانی و درمان‌های پُست مدرن به عنوان گزینه‌های غیردارویی استفاده شده است. در زمینه درمان‌های پُست مدرن می‌توان گفت که این درمان‌ها بر پایه بازسازی باورهای معمول افراد و ارزیابی تاثیر آنها بر زندگی شان پایه گذاری شده است. در فلسفه پُست مدرن اعتقاد بر آن است که افراد سازنده و خلق کننده واقعیت اند و حقیقت واحدی وجود ندارد. 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 حل‌ها جهت حل مشکل به جای ارزیابی ریشه‌های ایجاد کننده مشکل) و روایت درمانی (ارزیابی اندیشه و رفتار افراد در متن داستان‌هایی که افراد از خودشان روایت می‌کنند) اشاره کرد. درمان راه حل محور بر روی نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه حل به جای مشکلات، یافتن استثنا در رخدادها ناگوار و جستجوی دیدگاه ترجیحی افراد تاکید می‌کند و یک رویکرد قوی 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 پیاده سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند [۱۲].

این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می‌کند که به ساختار شکنی و آشکارسازی مشکلات منجر می‌شود و اساساً درمان راه‌حل محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه حل‌های ممکن را تغییر دهد. درمان راه حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و اینکه چگونه مسائل شان را حل کنند، به وجود می‌آورد. بر اساس پیشینه پژوهش، درمان راه حل محور می‌تواند بر اضطراب درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مزمن موثر باشد. از دیگر درمان‌های پُست مدرن می‌توان به روایت درمانی اشاره کرد؛ که از واژه روایت به معنای بازگویی چند داستانی بودن هویت ما و معانی مربوط به آن می‌باشد. روایت درمانی به فرد یاری می‌دهد تا مسیر داستان گویی 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 بخش‌های زندگی، فرصت‌ها و احتمال‌های مختلف را به طور گسترده‌ای در زندگی ترسیم کند [۱۳].

وجه اشتراک درمان راه حل محور و روایت درمانی این است که هر دو از درمان‌های پُست مدرن هستند. از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها نیز این دو درمان را باهم ترکیب کرده‌اند و از درمانی با عنوان «روایت درمانی راه حل محور» است که درمانی ترکیبی از دو درمان روایتی و درمان راه حل محور است، که می‌تواند به افراد برای بازتعریف زندگی خود و مشارکت در تصمیم‌هایشان استقلال بدهد و یک مدل یکپارچه نگر است که از دو درمان

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 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 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. 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. 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.

پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل (SF-2) (MPQ-2) دورکین و همکاران (۲۰۰۹): نسخه اولیه این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط مک گیل و ولمزاک شامل ۱۵ سوال بوده است، اما پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک گیل و با اضافه کردن نشانه های هر دو نوع درد نوروپاتی و غیر نوروپاتی در ۲۲ سوال و با اصلاح چهارچوب پاسخ با دامنه ای ۰ تا ۱۰ در رابطه با شدت درد مزمن تهیه شده است. این پرسشنامه 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. نقطه برش پرسشنامه نمره ۵۰ و بالاتر از آن است(۱۵). سازندگان پرسشنامه پایایی آن را بررسی و ضرایب برای درد

مبتنی بر زبان و با دیدگاه پست 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[۱۴]. آنچه که مشخص هر دوی این درمان های پست مدرن (درمان راه حل محور و روایت درمانی) چه به صورت جداگانه و چه به صورت ترکیبی نقش مهمی در کاهش مشکلات افراد دارند. 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 شیوه های مسئله مدار رویارویی با استرس در زنان دارای سردردهای مزمن وجود دارد؟

روش پژوهش

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 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 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

ضرایب آلفای کرونباخ مولفه‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. روایی آن نیز محاسبه و ضریب همبستگی آن با مقیاس شیوه‌های رویارویی با استرس بیلینگر و موس (۱۹۸۴) بررسی و ضریب ۰/۴۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ کل سوالات در مرحله پیش آزمون ۰/۷۱، پس آزمون ۰/۸۲ و پیگیری ۰/۸۶ محاسبه و به دست آمده است.

روش جمع‌آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده شد. همچنین با توجه به این که روش تحقیق نیمه آزمایشی بود به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین کلینیک‌های 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. سپس بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس به عنوان پیش آزمون اجرا شد. بعد از این مرحله گروه آزمایش اول پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان راه حل محور اقتباس از آموزه‌های نظری گرانث (۲۰۱۱) به تعداد ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه در روزهای شنبه و سه شنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۲ تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۶ قرار گرفت. گروه آزمایش دوم تحت روایت درمانی اقتباس از آموزه‌های نظری وایت و اپستون (۱۹۹۰) و گنچالوز و همکاران (۲۰۰۹) به تعداد ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه در روزهای یکشنبه و چهارشنبه هر هفته از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۳ تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۷ قرار گرفت. در نهایت 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 پس آزمون به عمل آمد. در این مرحله هر سه گروه در شرایطی مشابه به سوالات شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس پاسخ دادند. در این پژوهش همچنین بعد از مدت ۶۰ روز مرحله پیگیری انجام شد و آزمودنی‌ها به سوالات پرسشنامه شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس مجدد به عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میزان آماره F بدست آمده حاصل از

عاطفی ۰/۸۶، درد نوروپاتیک ۰/۸۳، درد پیوسته ۰/۹۵ و درد متناوب ۰/۸۷ به دست آورده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط تنهایی و همکاران (۱۳۹۱) 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 و ۷ و ۱۸؛ ادراک درد عاطفی با سوالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ ادراک درد نوروپاتیک 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 نوروپاتیک ۰/۷۸ و کل سوالات ۰/۹۲ محاسبه کرده‌اند. در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ آن بررسی و ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۴ به دست آمده است. 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 طبقه بندی کند (۱۶). 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.

پرسشنامه شیوه‌های رویارویی با استرس (WCQ) لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸): این پرسشنامه شامل ۶۶ سوال است که دو مولفه رویارویی هیجان مدار و مسئله مدار تشکیل شده است که خرده مولفه‌های هیجان محور شامل رویارویی سوالات ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶؛ دوری‌گزینیا سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۲۱، ۴۱، ۴۴؛ گریز-اجتناب سوالات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹؛ خودکنترلی با سوالات ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳؛ و خرده مولفه‌های مسئله محور شامل 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، ۳۴، ۳۸، ۵۶ و ۶۰ می‌باشند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف طیف ۴ چهار درجه‌ای لیکرت شامل اصلا صفر نمره، بعضی اوقات ۱ نمره، معمولاً 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. روایی پرسشنامه با ضریب همبستگی نشان داده است که ضریب همبستگی بین تعهد سازمانی و راهبردهای رویارویی با استرس ۰/۳۳ و معنی دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است. در خارج کشور برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که

آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس در جدول ۵ آمده است. (جدول ۵) به منظور مشخص نمودن این که نمرات شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس در کدام مرحله با هم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همانطور که جدول ۵ 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 شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. (جدول ۵)

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 این که کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۶ آمده است.

با توجه به جدول ۶ 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 افزایش شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس دارد. (جدول ۶)

بحث و نتیجه‌گیری

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 پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهبود شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس داشته است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که روایت درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه حل محور بر بهبود شیوه‌های مسئله‌مدار 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 تقی پور و همکاران (۱۴۰۲)، مونتسانو و همکاران (۲۰۲۳) و تقی پور و همکاران (۱۴۰۰) همسویی

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 ۱)

جدول ۲ 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 در ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $Chi-Square = 3/782$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig = 0/876$) که نشان دهنده هم‌تا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد. (جدول ۲) جدول ۳ میانگین و انحراف معیار شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس گروه‌های 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 پس آزمون 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 یک از مراحل معنی دار نبود ($P > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. (جدول ۳)

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 پیش آزمون بزرگتر از $0/05$ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به این که پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس برابر $0/001$ به دست آمده است. در نتیجه از فرض 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 ۴ آمده است. (جدول ۴)

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان راه حل محور و روایت درمانی بر شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس اثربخشی معناداری دارد. در ادامه مقایسه دو به دو میانگین تعدیل مراحل

مسئله مدار و سازنده استفاده کنند. لذا منطقی است گفته شود که روایت درمانی نسبت به درمان راه حل محور بر افزایش شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس اثربخش تر و موثرتر باشد.

رویارویی به‌عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری در حال تغییر مداوم تعریف می‌شود که توسط فرد برای مدیریت خواسته‌های مشخص درونی و/یا بیرونی انجام می‌شود که تصور می‌شود از منابع فرد فراتر می‌رود. به عبارتی شیوه‌های رویارویی با استرس، روش‌های رویارویی هستند که فرد در موقعیت‌های خاص استفاده می‌کند یا در طول زمان در موقعیت‌های مشابه تکرار می‌کند و بیانگر مجموعه‌ای از رفتارهایی است که ما در تلاش برای مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنیم [۸]. رویارویی با استرس، تلاش شناختی و/یا رفتاری برای رویارویی با شرایط استرس‌زا/سختی است که منابع فرد را آزمایش می‌کند. این تلاش دو گونه تلقی می‌شود که اگر متشکل از تلاش‌های انطباقی (سازگارانه) مانند برنامه ریزی و جستجوی حمایت اجتماعی به عنوان ابزار باشد، شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس است. اگر متشکل از تلاش‌های ناسازگاری مانند سرزنش و انکار باشد، متمرکز بر هیجان است که از آن به عنوان شیوه رویارویی هیجان‌م مدار نام برده می‌شود [۶].

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 باهم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. پژوهش‌های دیگر در زمینه مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور و روایت درمانی بر کاهش سایر مشکلات این زنان مانند اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی‌هیجانی 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 راه حل محور و روایت درمانی پرداخته شود. در سطح عملی اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان راه حل محور و روایت درمانی می‌تواند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس زنان دارای سردردهای مزمن در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده با روایت درمانی است.

داشته باشد که کارآمدی روایت درمانی و درمان‌های پست مدرن را نشان داده‌اند. در تبیین اثربخشی تر بودن روایت درمانی نسبت به درمان راه حل محور بر افزایش شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس می‌توان گفت که شیوه رویارویی مسئله‌مدار اغلب با کاهش استرس‌های روانشناختی در ارتباط است و افراد دارای شیوه رویارویی مسئله‌مدار بهتر می‌توانند با شرایط و استرس‌های موجود سازگار شوند و در نتیجه در درمان نیز موفق‌تر عمل کنند. همچنین افراد دارای شیوه رویارویی با استرس مسئله‌مدار سطح بالاتری از سلامت روانی و عمومی و همچنین سطح پایین‌تری از تنش روانشناختی را تجربه می‌کنند (موریس و همکاران، ۲۰۱۹). 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 مسئله‌مدار برای رویارویی با استرس استفاده کنند. داستان‌هایی که این زنان درباره بیان می‌دارند، نشان دهنده تلاش آنها برای معنابخشی روایتی به تجربیاتشان از با خود و دیگران است. بیان داستان زندگی و جایگزین سازی 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. زمانی 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. 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 از شیوه‌های

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار سن در افراد نمونه در سه گروه

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

جدول ۲ - فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه

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

جدول ۳ - میانگین و انحراف معیار شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس در گروه آزمایش و گروه کنترل

انحراف معیار			میانگین			مرحله	متغیرهای وابسته
کنترل	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	روایت درمانی	راه حل محور		
۰/۹۶	۱/۲۳	۰/۸۳	۱۱/۰۷	۱۱/۳۳	۱۱/۴۰	پیش آزمون	جستجوی حمایت اجتماعی
۱/۰۶	۱/۱۷	۰/۷۶	۱۱/۱۳	۱۳/۶۷	۱۳/۰۰	پس آزمون	
۱/۰۱	۱/۱۸	۰/۸۰	۱۱/۲۰	۱۳/۶۰	۱۲/۹۳	پیگیری	
۰/۶۴	۰/۸۲	۰/۸۰	۷/۴۷	۷/۶۷	۷/۷۳	پیش آزمون	مسئولیت پذیری
۰/۷۴	۱/۱۶	۰/۷۴	۷/۶۰	۱۰/۰۷	۹/۵۳	پس آزمون	
۰/۸۲	۱/۱۵	۰/۸۳	۷/۶۷	۹/۹۳	۹/۴۷	پیگیری	
۱/۱۹	۱/۲۸	۰/۹۱	۱۱/۵۳	۱۱/۲۷	۱۱/۱۳	پیش آزمون	مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده
۱/۲۹	۱/۶۳	۱/۲۸	۱۱/۶۷	۱۴/۶۷	۱۳/۷۳	پس آزمون	
۱/۲۲	۱/۵۵	۱/۳۴	۱۱/۷۳	۱۴/۶۰	۱۳/۶۷	پیگیری	
۱/۰۵	۰/۵۱	۰/۹۲	۱۱/۳۳	۱۱/۵۳	۱۱/۴۷	پیش آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
۱/۱۹	۱/۶۰	۰/۸۶	۱۱/۴۷	۱۵/۴۷	۱۴/۸۰	پس آزمون	
۱/۱۲	۱/۷۶	۰/۹۸	۱۱/۵۳	۱۵/۳۳	۱۴/۶۷	پیگیری	
۲/۱۳	۲/۷۳	۱/۹۸	۴۱/۴۰	۴۱/۸۰	۴۱/۷۳	پیش آزمون	نمره کل رویارویی مسئله‌مدار
۲/۶۴	۳/۳۱	۱/۹۱	۴۱/۸۷	۵۳/۸۷	۵۱/۰۷	پس آزمون	
۲/۵۰	۳/۳۲	۲/۴۶	۴۲/۱۳	۵۳/۴۷	۵۰/۷۳	پیگیری	

جدول ۴ - نتایج اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس

توان آماری	ضریب تاثیر	معنی داری	آماره F	منابع تغییر	متغیرهای وابسته
۰/۹۹۹	۰/۴۲۰	۰/۰۰۱	۱۵/۲۱۱	گروه	جستجوی حمایت اجتماعی
۰/۹۹۹	۰/۶۴۹	۰/۰۰۱	۷۷/۷۰۲	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۴۷۰	۰/۰۰۱	۱۸/۶۵۲	زمان×گروه	
۰/۹۵۴	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱	۱۹/۹۲۱	گروه	مسئولیت پذیری
۰/۹۹۹	۰/۷۱۸	۰/۰۰۱	۱۰۶/۸۶۴	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۱۶	۰/۰۰۱	۲۲/۳۵۶	زمان×گروه	

۰/۹۸۷	۰/۳۴۵	۰/۰۰۱	۱۱/۰۶۸	گروه	مسئله گشایی برنامه‌ریزی شده
۰/۹۹۹	۰/۶۵۶	۰/۰۰۱	۸۰/۰۷۰	زمان	
۰/۹۹۱	۰/۴۶۱	۰/۰۰۱	۱۷/۹۳۰	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۹۸	۰/۰۰۱	۳۱/۲۸۳	گروه	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۹۹۹	۰/۶۹۹	۰/۰۰۱	۹۷/۵۳۷	زمان	
۰/۹۹۹	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱	۲۱/۶۹۵	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۱۹	۰/۰۰۱	۵۳/۷۷۶	گروه	نمره کل شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس
۰/۹۹۹	۰/۷۶۲	۰/۰۰۱	۲۶۱/۴۲۸	زمان	
۰/۹۹۱	۰/۷۳۵	۰/۰۰۱	۵۸/۱۳۷	زمان×گروه	

جدول ۵ - نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس برای بررسی پایداری نتایج

معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت مراحل	میانگین تعدیل شده	مراحل	متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	-۱/۳۳۳	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱/۲۶۷	پیش آزمون	جستجوی حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	-۱/۳۱۱	پیش آزمون-پیگیری	۱۲/۶۰۰	پس آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۲۲	پس آزمون-پیگیری	۱۲/۵۷۸	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۴۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	۷/۶۲۲	پیش آزمون	مسئولیت پذیری
۰/۰۰۱	-۱/۴۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۹/۰۶۷	پس آزمون	
۰/۹۴۳	۰/۰۴۴	پس آزمون-پیگیری	۹/۰۲۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۰۴۴	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱/۳۱۱	پیش آزمون	مسئله گشایی برنامه‌ریزی شده
۰/۰۰۱	-۲/۰۲۲	پیش آزمون-پیگیری	۱۳/۳۵۶	پس آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۲۲	پس آزمون-پیگیری	۱۳/۳۳۳	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۴۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱/۴۴۴	پیش آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۰۰۱	-۲/۴۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۱۳/۹۱۱	پس آزمون	
۰/۷۷۵	۰/۰۶۷	پس آزمون-پیگیری	۱۳/۸۴۴	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۷/۲۸۹	پیش آزمون-پس آزمون	۴۱/۶۴۴	پیش آزمون	نمره کل شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس
۰/۰۰۱	-۷/۱۳۳	پیش آزمون-پیگیری	۴۸/۹۳۳	پس آزمون	
۰/۸۷۱	۰/۱۵۶	پس آزمون-پیگیری	۴۸/۷۷۸	پیگیری	

جدول ۶ - نتایج آزمون تعقیبی شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه	گروه های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
جستجوی حمایت اجتماعی	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۴۲۲	۰/۶۱۴
	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۱/۳۱۱	۰/۰۰۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۱/۷۳۳	۰/۰۰۱
مسئولیت پذیری	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۳۱۱	۰/۸۰۲
	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۱/۳۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۱/۶۴۴	۰/۰۰۱
مسئله گشایی برنامه‌ریزی شده	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۶۶۷	۰/۳۱۴
	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۱/۲۰۰	۰/۰۱۴
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۱/۸۶۷	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد مثبت	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۰/۴۶۷	۰/۶۰۶
	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۲/۲۰۰	۰/۰۰۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۲/۶۶۷	۰/۰۰۱
نمره کل شیوه‌های مسئله‌مدار رویارویی با استرس	راه حل محور	راه حل محور	روایت درمانی	-۱/۸۶۷	۰/۰۷۲
	روایت درمانی	راه حل محور	کنترل	۶/۰۴۴	۰/۰۰۱
	کنترل	روایت درمانی	کنترل	۷/۹۱۱	۰/۰۰۱

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, M. J., Pal, A., Abeyaratne, D., Drake, W. M., Kyriakakis, N. & et al. 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, M. M., Mehta, V., Fiorillo, L., Badnjević, A. & et al. 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- Vandebussche, N., Laterza, D., Lisicki, M., Lloyd, J., Lupi, C., Tischler, H. & et al. 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- 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>
- 7- Petrovics-Balog, A., Majláth, Z., Lukács, M., Holczer, A., Must, A., Tajti, J. & et al. 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, L. H. 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, L. H., 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- Cortes, B., Ballesteros, A., Collantes, J., & Aguilar, M. L. 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>
- 13- Montesano, A., Madigan, S., Çakmak, K., Ness, O., Brønseth, S. R. 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>
- 14- Chang, J., & Nylund, D. Narrative and solution-focused therapies: A twenty-year retrospective. *Journal of Systemic Therapies*, 2023; 32(2): 72-88.
<https://doi.org/10.1521/jsyt.2013.32.2.72>
- 15- Anglim, B., Zhao, Z. Y., 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>
- 16- Boljanovic-Susic, D., Ziebart, C., MacDermid, J., de Beer, J., Petruccelli, D., Woodhouse, L. J. 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>