فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری گروهی بر نگرش معنوی، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به درد مزمن

اورانوس قطبی‌نژاد بهر آسمانی[1*]، حسن احدی[2]، حمیدرضا حاتمی[3]، غلامرضا صرامی فروشانی[4]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه عدالت، تهران، ایران
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدکرج، تهران، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران
۴. استادیار روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۶ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۸/۲۷** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۹/۷**

چکیده

زمینـه و هـدف: زمینـه و هـدف: درد مزمـن تجربـه‌ای حسـی و روانـی از ناراحتـی اسـت کـه معمـولا شـرایط هیجانـی و کیفیـت زندگـی فـرد را بـه شـدت تحـت تاثیـر قـرار می‌دهـد. پژوهـش حاضـر بـا هـدف مقایسـه اثربخشـی روان درمانـی مثبـت نگـر گروهـی و روان‌نمایشـگری گروهـی بـر نگـرش معنـوی، تحمـل پریشـانی و کیفیـت زندگـی در زنـان مبتـلا بـه درد مزمـن صـورت پذیرفـت.

مـواد و روش‌هـا: پژوهـش حاضـر از نـوع مطالعـات نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری شـامل کلیـه زنـان دارای درد مزمـن مراجعـه کننـده بـه کلینیـک پـارس رویـال شـهر تهـران بـود کـه از میـان مراجعـه کننـدگان ۴۵ نفـر از زنـان بـا روش نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب و بـه تصـادف در سـه گـروه ۱۵ نفـری گمـارده شـدند. ابـزار پژوهـش شـامل پرسشـنامه‌های نگـرش معنـویِ شـهیدی و فرجنیـا، تحمـل پریشـانیِ سـیمونز و گاهـر، و فـرم کوتـاه کیفیـت زندگـی می‌شـد؛ و از پروتـوکل روان‌درمانـی گروهـی مثبت‌نگـرِ رشـید، و بسـتۀ روان‌نمایشـگری بـرای مداخلـه اسـتفاده شـد. جهـت تحلیـل داده‌هـا از روش آمـاری تحلیـل کوواریانـس بهـره گرفتـه شـد.

یافته‌هـا: نتایـج پژوهـش حاضـر نشـان داد کـه روان‌درمانـی مثبت‌نگـر گروهـی در پس‌آزمـون نسـبت بـه روان‌نمایشـگری بـر نگـرش معنـوی، تحمـل پریشـانی، وکیفیـت زندگـی زنـان شـرکت‌کننده تاثیرگذارتـر بـوده اسـت ($p<۰/۱$).

نتیجه‌گیـری: بـر اسـاس یافته‌هـا، روان‌درمانـی مثبت‌نگـر گروهـی، مداخلـۀ موثرتـری بـرای تقویـت تنظیـم هیجانـی همچـون تحمـل پریشـانی، و نیـز بهبـود نگـرش معنـوی، و در نهایـت بهبـود کیفیـت زندگـی زنـان دارای درد مزمـن می‌باشـد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، تحمل پریشانی، نگرش معنوی، روان‌درمانی مثبت‌نگر، روان‌نمایشگری گروهی

مقدمه

بـر پایـۀ تعریـف انجمـن درد (۲۰۱۵) و بـه نقـل از تـرون (۲۰۰۴) درد تجربـه هیجانـی و حسـی ناخوشـایند مرتبـط بـا آسـیب بالقـوه و یـا بالفعـل بافتـی یـا توصیـف شـده بـر حسـب چنیـن آسـیبی اسـت کـه از عوامـل چندگانـه‌ای شـامل عوامـل شـناختی، عاطفـی و محیطـی تاثیـر می‌پذیـرد[1]. درد مزمـن حداقـل ۶ مـاه یـا بیشـتر طـول می‌کشـد. بـه گـزارش موسسـه پزشـکی امریـکا (۲۰۱۱) نزدیـک بـه

نویسنده مسئول: اورانوس قطبی‌نژاد بهر آسمانی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه عدالت، تهران، ایران
پست الکترونیک: uranus.asmani@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

۸۰ درصد از مردم آمریکا از درد رنج می‌برند و گاهی اوقات در تمام طول زندگی‌شان با این مساله درگیر می‌باشند. همچنین بنا به گزارش بنیاد آرتروز امریکا (۲۰۱۲) و جامعهٔ نورومدولاسیون آمریکای شمالی (۲۰۱۱) منتشر در روزنامه CBS(۲۰۱۲) ۵۰ میلیون نفر از مردم از ورم مفصل به صورت روزانه رنج می‌برند؛ ۴۵ میلیون از افراد سردردهای مزمن دارند و عمده بیمارانی که در مرحله میانی یا پیشرفته سرطان هستند که به طور متوسط از چندین درد رنج می‌برند. به گزارش اوگدن (۲۰۱۲) حدود ۲۵ درصد از کسانی که در بیمارستان‌های خصوصی هستند مبتلا به دردهای مزمن هستند. درد مزمن باعث پایین آمدن سطح کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی، عملکرد و ادراک منفی از هویت خویش در بیماران می‌شود[۲]. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، شیوع درد مزمن را در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال)، حدود ۲۴ درصد گزارش کرده‌اند[۳]. به گفتهٔ سنگوپتا، برکاویتز و هاریس-کوجتین(۲۰۱۰)، برنون، فیست، و آدگرف (۲۰۱۴)، و داتن (۲۰۱۲) افراد مبتلا به درد مزمن، معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین‌فردی به‌ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای جسمی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند[۴- ۵-۶].

کیفیت زندگی یکی از حوزه‌هایی است که تحت تاثیر انواع دردهای مزمن به چالش کشیده می‌شود. بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات استاندارد شده و اولویت‌هایشان است. این مسئله کاملاً فردی بوده، توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار می‌باشد. کیفیت زندگی از دیدگاه‌های نظری متعددی تعریف شده است. مفهوم کیفیت زندگی را اسکولاک (۱۹۹۶)، هالپرن (۱۹۹۳)، هانت و مارشال (۲۰۰۲)، لینجیانگ و همکاران (۱۹۹۸)، و فو (۲۰۰۸) به عنوان رضایت کلی از زندگی؛ کاستانزا (۲۰۰۷) به عنوان میزان تأمین نیازهای مورد نظر انسان و در ارتباط با ادراک مردم از رفاه ذهنی؛ داس (۲۰۰۸) به عنوان خوبی یا بدی شرایط مردم و محیطی که در آن زندگی می‌کنند، تعریف می‌نمایند[۷]. در مطالعات مربوز به این حوزه، رامبد و رفیعی (۲۰۰۹) در میان بیماران همودیالیزی ؛ حقایق، کلانتری، صولتی دهک، ردی، مولوی و ادیبی(۲۰۰۸) در بیماران با نشانگان رودهٔ تحریک‌پذیر؛ رضویان، عباسی و کاظم‌نژاد (۲۰۰۷) در میان بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید؛ نشاط دوست، نیلفروشان، دهقانی و مولوی در بیماران زن مبتلا به آلوپسی آرئاتا(۲۰۰۹)؛ رضایی، نشاط دوست، مولوی و امرا(۲۰۰۹) در بیماران مزمن مبتلا به آسم، همه و همه نشان از کیفیت پایین زندگی در بیماران با نشانگان ارائه شده دارد[۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲].

یکی از متغیرهایی که با سلامت جسمانی و روانی افراد همپوشانی بالایی دارد، معنویت است که وجود بشریت با آن معنا پیدا می‌کند. یونگ با تایید نیاز به معنویت در نوع انسان، تجربه‌های معنوی و روحانی را به عنوان جنبه‌های بالقوه سالم و سلامت هستی در نظر می‌گیرد. ابراهیمی، نشاط دوست، کلانتری، مولایی و اسدالهی(۱۳۸۷)، بدین نتیجه دست یافته‌اند که تقیدات دینی و عملکردهای مذهبی سالم و مبتنی بر معنویت درونی با سلامت جسم، بهداشت روان و مقابله با عوامل استرس‌زا ارتباط معناداری دارد[۱۳]. در همین راستا، باسینگ و همکاران(۲۰۰۹)، و دزوتر، لایکز، و واچهولتز (۲۰۱۵) بیان می‌دارند که معنویت/دینداری به عنوان منابع حمایتی در افراد دارای درد مزمن، به افزایش رضایت از زندگی و تفکر مثبت در آنان منجر می‌شود. گلوور-گرف و همکاران (۲۰۰۷) نیز بر این باورند که باورها و اعمال مذهبی/معنوی به افراد کمک می‌کنند خدا را به عنوان نیرویی که به انسان یاری می‌دهد با درد مقابله کند و منبع شادکامی و معنا ببینند. به گفتهٔ باسینگ و همکاران (۲۰۱۵) افراد دارای درد مزمن حتی در جوامع غیردینی با اعتقاد به اینکه فرشتهٔ مُحافظ مراقب آن‌هاست به خود آرامش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

می‌بخشند[۱۴-۱۵-۱۶-۱۷].

درد مزمن بر کیفیت سلامت هیجانی و میزان پریشانی فرد بسیار تاثیرگذار است. پاین (۲۰۱۳) معتقد است هیجان یک آشفتگی زودگذر و مداوم در ذهن می‌باشد که به علت تفاوت بین واقعیت ادراک شده و تمایلات فردی ایجاد می‌شود[۱۸-۱۹]. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تحمل پریشانی به عنوان یکی از ابعاد تنظیم هیجان یعنی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند[۲۰]. اسلیریگ، آیرونسون و اسمیتز (۲۰۰۷) تحمل پریشانی را یک متغیر متفاوت فردی می‌دانند که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره دارد[۲۱]. به گزارش گروس (۲۰۱۰-۲۰۰۲) توانایی تنظیم هیجانی با سلامت روانی، اجتماعی و فیزیولوژیک ارتباط دارد[۲۲-۲۳]. بر اساس گزارش منین، فرسکو، موور، و هیمبرگ (۲۰۰۷) دشواری در تنظیم هیجان با مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی از جمله اضطراب منتشر رابطهٔ مستقیم دارد. نتایج گزارش‌های کاشدان و برین (۲۰۰۸) نشان داد که اختلال اضطراب اجتماعی با تحمل پریشانی دارای رابطهٔ معنادار است وگزارش و نولن- هوکسما، ویسکو و لایبومسکی (۲۰۰۸) نیز نشان داد که اختلال افسردگی عمده با تحمل پریشانی و معنویت رابطه معناداری دارد[۲۴].

هدف بنیادین بسیاری از مداخلات روان‌شناختی در مورد بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن، افزایش توانایی آنان برای روبروشدن با درد، تحمل فرایند درمان و در نهایت کاهش پریشانی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش شادکامی آنان با وجود مشکلات روزمره‌ای است که درد مزمن برایشان ایجاد می‌کند. در این میان، شواهد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به درد مزمن به علت این‌که نمی‌توانند درد خود را تسکین دهند، دارای مشکلات روان‌شناختی قابل تأملی می‌باشند.

رویکرد روان‌شناسی مثبت شاخه‌ای از علم روان محسوب می‌شود که سعی دارد از روان‌شناسی و روان‌درمانیِ مدل ضعف- اصلاح فراتر رفته و به توانمندی‌ها و فضایلِ فردی اولویت دهد[۲۵-۲۶]. نظریه روان‌درمانی مثبت از کارهای سلیگمن (۲۰۰۲-۲۰۰۶) برخاسته که از لحاظ تجربی رویکردی معتبر به روان‌درمانی است که توجه ویژه‌ای به بنانهادن توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت مراجع دارد و شادکامی را در زندگی مراجعان به خاطر تسکین آسیب‌های روانی افزایش می‌دهد[۲۷-۲۸]. جوزف (۲۰۱۵) می‌گوید تجربه‌های مثبتی که رواندمانی مثبت‌نگر بر آن تاکید دارد، اغلب توانایی بهتری برای سازگاری و تاب آوری زیادی برای مواجهه با مشکلات زندگی از جمله درد مزمن ایجاد می‌کند[۲۹]. از نظر وانگ (۲۰۱۱) فضیلت، معنا، تاب‌آوری، و بهزیستی از ارکان اصلی مثبت نگری است و فضیلت را نقشه‌ای اخلاقی برای چگونه زندگی کردن و چگونه دست‌یافتن به شادکامی، و چگونه توانمندشدن به ما می‌دهد. شادکامی، یکی دیگر از عواملی است که بر چهار رکن اساسی روان‌شناسی مثبت استوار است و کنترل فرد را در برابر عوامل تنش‌زا همچون درد مزمن افزایش می‌دهد[۳۰].

روان‌نمایشگری یا سایکودرام یکی از قدیمی‌ترین رویکردهای روان‌درمانی مطرح شده در علم روان‌شناسی و جزء نخستین اشکال گروه درمانی می‌باشد. سایکودرام در ایجاد یک محیط گرم و صمیمانه بسیار موفق بوده و یک رابطه دوستانه در یک فضای درمانی ایجاد می‌نماید و موجب می‌شود تا افراد دارای بیماری‌های روحی و روانی در گروه و با انجام فعالیت‌های گروهی و دریافت حمایت‌های گروهی تسکین یابند. درمان روان‌نمایشگری یا نمایش‌درمانی که به عنوان یک ابزار هنریِ درمانی توسط مورونو (۱۹۳۰) پایه‌گذاری شد و شامل بخش‌های وابسته به آن همچون نمایش گروهی، اجرای نقش و گروه‌سنجی شامل استفاده از فرایند و فنون نمایشی با هدف درمانی در حوزهٔ روان است[۳۱]. انجمن نمایش‌درمانگران بریتانیا درمان روان‌نمایشگری را «استفاده منظم و هدفمند از فرایند و آثار نمایشی و تئاتری به منظور ایجاد یکپارچگی عاطفی و جسمانی، رشد شخصی و رهایی از نشانه‌ها» تعریف می‌کند[۳۲].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. همچنین درد باعث کاهش توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد می‌شود و بیمار برخلاف تمایل خویش نمی‌تواند از درد رهایی یابد؛ این امر در نهایت باعث تضعیف روحیهٔ بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی وی می‌گردد. توافق کلی بر این است که عوامل فیزیولوژی به تنهایی نمی‌تواند توجیه کنندهٔ شدت درد ادراک شده باشد و در این میان عوامل روان‌شناختی نیز سهیم می‌باشند. با این حال، در ایران پژوهش‌های بسیار اندکی در زمینهٔ میزان اثربخشی دو روش‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری بر ابعاد روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفته است که انتظار می‌رود پژوهش حاضر تا اندازه‌ای به رفع ابهامات در زمینهٔ اثربخشی این رویکردهای درمانی کمک کند. لذا پژوهش حاضر به مقایسه دو روش‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی، تحمل پریشانی، و کیفیت زندگی زنان با درد مزمن می‌پردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر آینده‌نگر و نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک پارس رویال واقع در شهر تهران در بهار و تابستان سال (۱۳۹۶) که از انواع دردهای مزمن رنج می‌بردند، و توسط متخصص درد، تشخیص اختلال درد مزمن را دریافت و دچار اختلال همزمان نبودند، ۴۵ زن مراجعه کننده به روش دردسترس انتخاب شده و به تصادف در سه گروه ۱۵ نفری (گروه تحت درمان مثبت‌نگر، گروه تحت درمان روان نمایشگری، و گروه کنترل) با روش گمارش تصادفی جایگزین شدند. این زنان بر اساس نوع درد مزمنی که داشتند تحت نظر پزشک خود برای کنترل دردشان از داروهای وابسته به نوع درد خویش استفاده می‌نمودند. قبل از پخش پرسشنامه به مراجعین نوع کار، هدف از انجام کار، حفظ امانت‌داری در اسرار آن‌ها توضیح داده شد و حضور نمونه آماری را به صورت آگاهانه در فرایند پژوهش داشتیم. پیش آزمون با پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و نگرش معنوی از گروه‌ها گرفته شد. سپس مدت ۱۵ جلسه به آموزش روان‌شناسی مثبت نگر و مدت ۱۱ جلسه روان نمایشگری پرداخته شد، البته به اعضای گروه گواه اطمینان داده شد که در ماه‌های آینده تحت مداخلات روان درمانی قرار خواهند گرفت. بعد از اتمام جلسات، پس آزمون و سه ماه بعد آزمون پیگیری در مورد شرکت کنندگان در پژوهش انجام شد. در نهایت، از روش آماری آزمون تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶). پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و از هشت مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، و سلامت عمومی. ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه در جمعیت ایرانی از این قرار است: کارکرد جسمی ۰/۹۰؛ اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی ۰/۸۵؛ اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی ۰/۷۷؛ انرژی/خستگی ۰/۸۴؛ بهزیستی هیجانی ۰/۶۵؛ کارکرد اجتماعی ۰/۷۷؛ درد ۰/۸۳و سلامت عمومی ۰/۷۱ [۳۳-۳۴].

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پرسشنامه را با ۱۵ ماده و چهار مقیاسِ تحمل[۱، ۳، ۵]، جذب[۲، ۴، ۱۵]، ارزیابی[۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲]، و تنظیم[۸، ۱۳، ۱۴] و بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای شامل کاملا موافق ۱، اندکی موافق ۲، نه موافق و نه مخالف ۳، اندکی مخالف ۴، و کاملا مخالف ۵ آماده نمودند، و سوال ۶ معکوس نمره گذاری می‌شود. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) روایی ملاک و همگرای اولیه خوبی را برای این پرسشنامه گزارش نمودند. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

ضرایب آلفا برای هر کدام از زیر مقیاس‌های بُعد تحمل، بعد جذب، بعد ارزیابی و بعد تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس تحمل پریشانی ۰/۸۲ پایایی همسانی درونی بالایی به دست آمد[۳۵]. همبستگی درون طبقه‌ای با گذشت شش‌ماه ۰/۶۱ بوده و مقیاس دارای روایی ملاک و همگرایی اولیه خوبی بوده است. اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۶، و عزیزی، میرزائی و شمس (۱۳۸۸) آن را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمائی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش نمودند[۳۶].

پرسشنامه نگرش و توانایی معنوی. پرسشنامه از ۴۳ ماده و ۲ مقیاس نگرش معنوی (۲۱-۷-۹-۳-۱۹-۳۱-۳۴-۳۲-۴۲-۲۶-۱۷-۲۸-۲۲-۶-۴۳-۳۷-۱۶-۱۳-۳۰-۱۵-۱-۱۰-۵-۲۵) و توانایی معنوی (۴۱-۱۸-۳۹-۳۶-۳۸-۲۳-۲۴-۳۵-۱۴-۲۷-۸-۲۹-۱۲-۲-۱۱-۴۰-۲۰-۴-۳۳) تشکیل شده است. نمره‌گذاری طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای و برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «تاحدودی موافقم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم»؛ ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. ماده‌های شمارهٔ ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حد پایین نمره (۰)، حد متوسط نمره[۸۶] و حد بالای نمرات[۱۷۲] می‌باشد. پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی روی ۴۰ آزمودنی به فاصله زمانی ۵ هفته ۰/۶۱ گزارش شد. همسانی درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب به دست آمده برای کل آزمون، ۰/۹۱ گزارش شد[۳۷].

روش اجرا

خلاصهٔ ساختار و محتوای جلسات درمانی مثبت‌نگر گروهی

جلسه اول (جهت‌گیری): نوشتن یک صفحه داستان از توانمندی‌های هریک از افراد توسط خودشان و بحث درباره آن در گروه. بحث گروهی درباره چارچوب روان‌درمانی مثبت، نقش درمانگر، و مسئولیت‌های هر یک از افراد. جلسه دوم (تعهد: کشف توانمندی‌های خاص): شناسایی توانمندی‌های خاص شخصی، آشنایی با دسته‌بندی توانمندی‌ها، و بحث دربارهٔ مسیرهای منتهی به شادکامی (لذت، تعهد، معنا). جلسه سوم: (تعهد/لذت: رورش توانمندی‌ها و هیجانات مثبت). ذکر نعمت‌ها با یادآوری سه امر مثبت در زندگی روزمره. شروع روزنگار موهبت‌ها، به این شکل که افراد سه چیز خوب (بزرگ یا کوچک) را که در خلال روز رخ داده، ثبت می‌کنند. استفاده از کاربرگ مربوط به شکرگزاری. جلسه چهارم (لذت: خاطرات خوب در برابر خاطرات بد): بحث درباره نقش خاطرات بد در حفظ علائم افسردگی. مراجعان سه خاطره بد، خشم مرتبط با آن و فشار ناشی از آن را می‌نویسند و درباره آن در جلسه بحث می‌شود. اثرات ماندن در حالت خشم بر افسردگی و بهزیستی بیان می‌شود. جلسه پنجم (تعهد/لذت: بخشش): معرفی بخشش به عنوان وسیلهٔ قدرتمندی که می‌تواند خشم را به هیجانات خنثی و حتی مثبت بدل کند و نوشتن نامهٔ بخشش. جلسه ششم (تعهد/لذت: قدردانی): بحث درباره این مطلب که قدردانی موجب برانگیختن هیجانات مثبت می‌شود. مراجعان نامه‌ای برای قدردانی از شخصی که هرگز به گونه‌ای مناسب از او قدردانی نکرده‌اند می‌نویسند. جلسه هفتم (تعهد/لذت: بررسی میان‌دوره‌ای درمان): بررسی پیشرفت افراد در بخشش، قدردانی، شکرگزاری، به یادآوری خاطرات مثبت، خنثی‌سازی خاطرات بد و به‌کاربردن توانمندی‌هایشان در عمل. جلسه هشتم (معنا/تعهد: قناعت در برابر بیشینه‌سازی): بحث درباره راه‌های افزایش قناعت در برابر بیشینه‌سازی همراه با نوشتن برنامه‌ای عملیاتی برای قانع‌بودن. جلسه نهم (لذت: خوشبینی و امید): دعوت افراد به فکرکردن درباره این مساله که هر بار که دری بسته می‌شود، در دیگری گشوده می‌شود و بازگویی افراد درباره سه مورد که دری بر رویشان بسته شده و دری که پس از آن باز شده است. جلسه دهم (تعهد/معنا: عشق و دلبستگی): دعوت از افراد به شناسایی توانمندی‌های خاص دیگران. جلسه یازدهم (معنا: شجره‌نامهٔ توانمندی‌ها): بحث دربارهٔ اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده. جلسه دوازدهم (لذت: لذت همراه با تأنی): بحث دربارهٔ آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن و پیشنهاد راه‌هایی از سوی افراد برای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

تجـرب لـذت همـراه بـا تأنـی. جلسـه سـیزدهم (معنـا: موهبـت زمـان): بحـث دربـاره ارائـه یکـی از بزرگ‌تریـن موهبت‌هـا بـه دیگـران یعنـی موهبـت زمـان. افـراد دربـاره اسـتفاده از موهبـت زمـان و خلـق و هدیـهٔ لحظـات زیبـا بـرای دیگـران و خـود (همچـون انجـام خدمـات خیریـه) بحـث می‌کننـد. جلسـه چهاردهـم (انسـجام: زندگـی کامـل): بحـث دربـارهٔ مفهـوم زندگـی کامـل کـه شـامل تعهـد، معنـا، و لذت می‌شـود و مـرور مداخـلات جلسـات پیشـین.

از نظـر عملیاتـی، الگـوی روان‌درمانـی مثبت‌نگـر در پژوهـش حاضـر اسـت کـه توسـط رشـید در سـال ۲۰۰۹ ارائـه شـد و شـامل چهـار مولفـهٔ لـذت، تعهـد، معنـا و زندگـی کامـل اسـت کـه در پژوهـش حاضـر توسـط محققـان و بـا رعایـت اصـول طـرح درمانـی رشـید اجـرا شـد.

خلاصـهٔ سـاختار و محتـوای جلسـات روان‌نمایشـگری گروهـی

روان نمایشـگری گروهی شـامل ۱۰ جلسـه دو سـاعته اسـت که بـر طبـق نظـر مورنـو هـر جلسـه به سـه قسـمت کاری تقسـیم می‌شـود: قسـمت اول: بـاز شـدن یـخ جلسـه، قسـمت دوم: بازیِ نقـش، و قسـمت سـوم: بـه اشـتراک‌گذاری تجربیـات فـردی. **جلسـهٔ اول:** در قسـمت اول آشـنایی گـروه بـا چرخاننـدهٔ جلسـه و هم‌گروهی‌هـا صـورت می‌گیـرد. قسـمت دوم شـامل گرفتـن نقـش اصلـی و فرعـی توسـط افـراد گـروه اسـت. اوج جلسـه در آن نهفتـه اسـت، و هـر فـردی بایـد نقشـی را در ایـن قسـمت بـازی کنـد. در هـر جلسـه یـک نفـر می‌شـود شـخصیت اصلـی داسـتان کـه روی صندلـی داغ نشسـته و یـا ایسـتاده و شـخصیت اصلـی داسـتان را دارد ایـن فـرد مشـکل خـود را مطـرح می‌کنـد و آن نقـش را بـازی کـرده و افـرادی از گـروه نیـز نقش‌هـای دیگـرِ مربـوط بـه اطرافیـان آن فـرد را بـازی می‌کننـد. بعـد از گذشـت یـک سـاعت تـا یـک سـاعت و ۳۰ دقیقـه از شـروع و در دقایـق پایانـی یعنـی قسـمت سـوم، چرخاننـدهٔ جلسـه بایـد جمع‌بنـدی را انجـام دهـد. در ایـن قسـمت همـه می‌نشـینند، بـه یکدیگـر بازخـورد می‌دهنـد و افـراد در مـورد شـخصیت اصلـی و فرعـی داسـتان نظـرات و انتقـادات خـود را بیـان می‌کننـد. در نهایـت، چرخاننـدهٔ گـروه نظـر اصلـی خـود را گفتـه و جمع‌بنـدی را نیـز خواهـد داشـت. **جلسـهٔ دوم:** بـاز شـدن یـخ بـا ایسـتادن و گرفتـن دسـت‌ها و انجـام حـرکات مـوزون در حالـی کـه موسـیقی هـم در فضـا در حـال پخـش شـدن اسـت، صـورت می‌پذیـرد. چرخاننـدهٔ گـروه می‌پرسـد کـه چـه کسـی تمایـل دارد شـخصیت اصلـی امـروز را روی صندلـی داغ داشـته باشـد. فـردی تمایـل خـود را اعـلام و نقـش خـود را بازیکـرده و شـخصیت‌های فرعـی خـود را وارد بـازی می‌کنـد. در انتهـا، از افـراد گـروه خواسـته می‌شـود کـه بازخـورد خـود را بـه شـخصیت اصلـی و فرعـی بدهنـد، و بعـد خواسـته می‌شـود کـه بـه بازخوردهـا نیـز بازخـوردی داده شـود. جلسـهٔ سـوم: بـا بـاز شـدن یـخ شـروع شـده و چرخاننـده از اعضـای گـروه می‌خواهـد کـه بـر اسـاس رأی‌گیـری یـک نفـر کـه بیشـترین رأی را مـی‌آورد شـخصیت اصلـی بـازی شـده و بـه صندلـی داغ دعـوت شـود (مهم‌تریـن اصـل در ایـن بسـتهٔ درمانـی فی‌البداهـه بـودن انتخاب‌هـا و بازی‌هـا اسـت).

و تـا جلسـهٔ دهـم ایـن فراینـد ادامـه خواهـد داشـت. در انتهـا بازخـورد نهایـی و کلـی از اعضـای گـروه گرفتـه می‌شـود و بازخوردهـا مـورد ارزیابـی قـرار می‌گیرنـد.

یافته‌ها

در پژوهـش حاضـر بـا هـدف تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار SPSS24 در دو سـطح توصیفـی و اسـتنباطی بـه تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا پرداختـه شـد کـه در ایـن بخـش ارائـه می‌شـود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

جدول ۱. فراوانی آزمودنی‌ها برحسب دامنه سنی و زمان سپری شدن درد

	دامنه سنی	روان نمایشگری		روان درمانی مثبت نگر		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دامنه سنی	بین ۱۸ تا ۲۸ سال	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
	بین ۲۹ تا ۳۸ سال	۶	۴۰	۶	۴۰	۷	۴۶/۷
	بین ۳۹ تا ۴۸ سال	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳	۳	۲۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
زمان سپری‌شدن درد	بین ۳ تا ۶ ماه	۳	۲۰	۲	۱۳/۳	۵	۳۳/۳
	بین ۶ تا ۹ ماه	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
	بین ۹ تا ۱۲ ماه	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۳	۲۰
	بیش از ۱۲ ماه	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳	۳	۲۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵

آزمودنی‌ها در گروه نمایشگری و مثبت‌نگر (۴۰ درصد) و گروه کنترل (۴۶/۷ درصد) در دامنه سنی ۲۹ تا ۳۸ سال قرار گرفتند.

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی

	پس آزمون کیفیت زندگی با برداشتن اثر پیش آزمون						پیگیری کیفیت زندگی با برداشتن اثر پس آزمون				
شاخص‌ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F
اثر پیش آزمون	۲۸۰۲۲۶/۵۹۷	۱	۲۸۰۲۲۶/۵۹۷	۸۶/۱۰۱	۰/۰۰۰۱	اثر پس آزمون	۳۵۶۴۷۸/۶۷	۱	۳۵۶۴۷۸/۶۷	۴۱۶/۱۹۷	۰/۰۰۰۱
گروه‌ها	۹۴۵۱۴/۳۸۴	۲	۴۷۲۵۷/۱۹۲	۱۴/۵۲	۰/۰۰۰۱	گروه‌ها	۲۰۶۵۹/۴۹۹	۲	۱۰۳۲۹/۷۵	۱۲/۰۶	۰/۰۰۰۱
واریانس درون گروهی	۱۳۳۴۳۹/۹۹۸	۴۲	۳۲۵۴/۶۳۴			واریانس درون گروهی	۳۵۱۱۷/۰۹۱	۴۲	۸۵۶/۵۱۴		
مجموع	۸۱۸۴۱۵۸/۱۱۹	۴۵				مجموع	۸۵۰۳۸۹۰/۱۱۳	۴۵			

اثر پیش- پس آزمون و پیگیری با P<۰/۰۱ معنادار است. بنابراین بین پس- پیش آزمون و پیگیری همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه‌ها با P<۰/۰۱، F(۲،۴۱) =۱۴/۵۲ و همچنین با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه‌ها با P<۰/۰۱، F(۲،۴۱) =۱۲/۰۶ نیز تفاوتی معنادار مشاهده شد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

جدول ۳. میانگین‌های پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی

گروه	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پیگیری بدون برداشتن اثر پس آزمون	میانگین پیگیری با برداشتن اثرپس آزمون
روان نمایشگری	۴۳۴/۷۲۲۲	۴۳۴/۵۰۳	۴۷۱/۸۴۴۴	۴۵۱/۶۶۷
مثبت نگر	۴۵۵/۲۷۴	۴۵۵/۱۷۴	۴۴۶/۸۷۸۷	۴۰۷/۶۲۳
کنترل	۳۴۸/۹۶۲۷		۳۴۴/۲۱۲	۴۰۳/۶۴۶

در میانگین پس آزمون با برداشتن اثرپیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان‌نمایشگری با کنترل(۸۵/۲۲۱) و نیز بین مثبت‌نگر و کنترل (۱۰۵/۸۹۲) نشان داد که کیفیت زندگی افراد در گروه مثبت‌نگر و گروه روان‌نمایشگری بالاتر از گروه کنترل است اما بین دو گروه مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری اختلاف میانگین (۲۰/۶۷۱-) معنادار نیست. در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین روان نمایشگری با گروه‌های مثبت نگر (۴۴/۰۴۴) و کنترل (۴۸/۰۲۱) نشان داد که کیفیت زندگی افراد در روان نمایشگری بالاتر از مثبت‌نگر و کنترل است اما بین دو گروه مثبت نگر و کنترل اختلاف میانگین (۳/۹۷۷) معنادار نیست.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس معنویت

	پس آزمون معنویت با برداشتن اثر پیش آزمون						پیگیری معنویت با برداشتن اثر پس آزمون				
شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F
اثر پیش آزمون	۶۸۱۳/۳۱۵	۱	۶۸۱۳/۳۱۵	۳۲۲/۸۶۲	۰/۰۰۰۱	اثر پس آزمون	۶۴۲۸/۰۶۶	۱	۶۴۲۸/۰۶۶	۲۳۴/۳۲۳	۰/۰۰۰۱
گروه ها	۱۴۷۳/۵۸۹	۲	۷۳۶/۷۹۴	۳۴/۹۱۴	۰/۰۰۰۱	گروه‌ها	۶۵/۱۷۹	۲	۳۲/۵۹	۱/۱۸۸	۰/۳۱۵
واریانس درون گروهی	۸۶۵/۲۱۸	۴۱	۲۱/۱۰۳			واریانس درون گروهی	۱۱۲۴/۷۳۴	۴۱	۲۷/۴۳۳		
مجموع	۴۷۳۹۹۷	۴۵				مجموع	۴۸۶۹۷۹	۴۵			

اثر پیش- پس آزمون و پیگیری با P<۰/۰۱ معنادار است. بنابراین بین پیش - پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه‌ها با P<۰/۰۱، F(۲،۴۱)=۳۴/۹۱۴ تفاوتی معنادار مشاهده شد. اما با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه‌ها با P>۰/۰۵، F(۲،۴۱)=۱/۱۸۸ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

جدول۵. میانگین‌های پس آزمون و پیگیری معنویت

گروه	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پیگیری بدون برداشتن اثر پس آزمون	میانگین پیگیری با برداشتن اثرپس آزمون
روان نمایشگری	۹۸/۲۶۶۷	۹۸/۳۰۷	۹۸/۶۶۶۷	۱۰۱/۷۳۷
مثبت نگر	۱۱۰	۱۰۹/۶۷۵	۱۱۲/۴۶۶	۱۰۴/۸۰۱
کنترل	۹۶/۶	۹۶/۸۸۵	۹۷/۸۶۶۷	۱۰۲/۴۶۲

در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان نمایشگری با گروه مثبت‌نگر (۱۱/۳۶۷) و نیز بین مثبت‌نگر و کنترل (۱۲/۷۹) نشان داد که معنویت افراد مثبت نگر بالاتر از روان‌نمایشگری و کنترل و است اما بین دو گروه روان‌نمایشگری و کنترل اختلاف میانگین (۱/۴۲۳) معنادار نیست. در میانگین پیگیری با برداشتن اثرپس آزمون نیز نشان داده شد اختلاف میانگین بین گروه‌های روان‌نمایشگری و مثبت‌نگر و کنترل در معنویت معنادار نیست.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس تحمل پریشانی

	پس آزمون تحمل پریشانی با برداشتن اثر پیش آزمون						پیگیری تحمل پریشانی با برداشتن اثر پس آزمون				
شاخص‌ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F
اثر پیش آزمون	۹۱۹/۹۱	۱	۹۱۹/۹۱	۱۲۰/۸۵۱	۰/۰۰۰۱	اثر پس آزمون	۶۸۰/۹۵۳	۱	۶۸۰/۹۵۳	۹۸/۰۳۷	۰/۰۰۰۱
گروه‌ها	۱۳۴۴/۴۲۲	۲	۶۷۲/۲۱۱	۸۸/۳۱	۰/۰۰۰۱	گروه‌ها	۲۲/۳۸۹	۲	۱۱/۱۹۵	۱/۶۱۲	۰/۲۱۲
واریانس درون گروهی	۳۱۲/۰۹	۴۱	۷/۶۱۲			واریانس درون گروهی	۲۸۴/۷۸۱	۴۱	۶/۹۴۶		
مجموع	۸۶۷۴۲	۴۵				مجموع	۹۰۱۲۵	۴۵			

اثر پیش- پس آزمون و پیگیری با P<۰/۰۱ معنادار است. بنابراین بین پیش- پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه‌ها با P<۰/۰۱، F(۲،۴۱)=۸۸/۳۱ تفاوتی معنادار مشاهده شد. اما با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه‌ها با P>۰/۰۵، F(۲،۴۱)=۱/۶۱۲ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

جدول ۷. میانگین‌های پس آزمون و پیگیری تحمل پریشانی

گروه	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پیگیری بدون برداشتن اثر پس آزمون	میانگین پیگیری با برداشتن اثرپس آزمون
روان نمایشگری	۴۲/۳۳۳۳	۴۰/۳۲۷	۴۴/۴	۴۵/۰۴۴
مثبت نگر	۵۰/۷۳۳۳	۵۰/۸۵۴	۵۰/۱۳۳۳	۴۴/۵۳۳
کنترل	۳۶/۵۳۳۳	۳۸/۴۱۸	۳۸/۲	۴۳/۱۵۶

در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان‌نمایشگری با گروه مثبت‌نگر (۱۰/۵۲۷) و نیز بین مثبت‌نگر و کنترل (۱۲/۴۳۶) نشان داد که میانگین نمرات گروه مثبت‌نگر بالاتر از گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل است. اما بین گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل اختلاف میانگین معنادار نیست. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون نیز اختلاف میانگین بین سه گروه روان‌نمایشگری، مثبت‌نگر و کنترل اختلاف میانگین در تحمل پریشانی معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن شهر تهران پرداخته بوده و با توجه به موضوع مورد مطالعه یکی از مسائل اساسی و زمینه‌ای را که انگیزه‌ای برای انجام این پژوهش بود می‌توان افزایش بهزیستی و انطباق با درد دانست. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) سلامتی رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی است. با این تأکید که هر سه بعد سلامتی لازم و مکمل یکدیگرند[۳۸]. برنز، الفانت و کارتانا (۲۰۱۰) از منظر پزشکی و جسمانی، متغیری که می‌تواند سلامت را تهدید کند بیماری برشمردند و بیماری را با درد نشانه‌گذاری نمودند[۳۹]. به گزارش کالایدجین و مریکانگاس (۲۰۰۸) شکایت‌های مربوط به درد معمولا با اختلالات روانی و مشکلات جسمانی همراه بوده و این موضوع همراه می‌شود با تشخیص‌های پیچیده و درمان‌های بیشتر[۴۰]. سازگاری مؤثر با درد، نیازمند انطباق همه‌جانبهٔ زندگی بیمار با تجربهٔ درد است[۴۱]. از این رو، پژوهشگران این حوزه به دنبال یافتن راه حل‌هایی موثر برای انطباق هر چه بیشتر افراد مبتلا به درد مزمن با درد و افزایش بهزیستی آنان هستند.

در مطالعه حال حاضر در مورد کارکرد دو درمان گروهی مثبت‌نگر و درمان روان‌نمایشگری گروهی در جمعیت زنان با درد مزمن نشان داد که نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی در پس‌آزمون نسبت به روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی، تحمل پریشانی، وکیفیت زندگی تاثیرگذارتر بوده است. رویکرد مثبت‌نگر بر پرورش توانمندی‌ها تاکید می‌کند که ارتقاء سلامت و شادکامی انسان را فراهم می‌آورد. به همین دلیل روان‌شناسان مثبت به ارائهٔ الگوهایی دربارهٔ توانمندی‌ها پرداخته‌اند که برجسته‌ترین این الگوها تا به امروز الگوی توانمندی‌های[۴۲] محسوب می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با بسیاری از پژوهش‌های دیگر در زمینهٔ اثربخشی رواندرمانی مثبت‌نگر بر معنویت، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی همسو است که به شماری از آن‌ها در ادامه اشاره می‌شود.

چاخسی، کرس، سامرز، اسپایکرمن، و بوهلمیجر (۲۰۱۸)

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

در مطالعه‌ای فراتحلیلی از اثرگذاری مداخلات روان‌درمانی مثبت بر کاهش پریشانی و بهبود کیفیت زندگی در میان جمعیت کلینیکی با اختلالات جسمانی‌شکل خبر دادند[۴۳]. الشولر، کراس و اهد (۲۰۱۶) نیز افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به درد مزمن توسط رویکردهای درمانی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت را اثرگذار ارزیابی کرده‌اند[۴۴]. بولیر و همکاران (۲۰۱۳) پژوهش‌های متعددی را بر روی افراد مبتلا به انواع بیماری‌هایی که درد مزمن به همراه دارند، انجام دادند و اکثر نتایج از اثربخشی رویکرد روان‌درمانی مثبت بر کاهش درد و پریشانی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا حکایت داشت[۴۵]. پدسکی و مونی (۲۰۱۲) نیز از افزایش تاب‌آوری و تحمل پریشانی در پی مداخلات مبتنی بر توانمندی‌های منش که مهم‌ترین شاخهٔ روان‌درمانی‌مثبت‌نگر شناخته شده است، خبر دادند[۴۶]. در پژوهش خدابخش، خسروی و شاهنگیان (۱۳۹۴) نیز اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش پریشانی و افزایش توانمندی‌های منش در بیماران مبتلا به سرطان گزارش شد[۴۷].

افزون بر این، قطبی‌نژاد بهر آسمانی، حسنی‌راد و اسماعیلی (۱۳۹۵) تاثیر مثبت روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر افزایش توانمندی‌های منش و شادکامی در بیماران مبتلا به درد مزمن شامل معنویت که عاملی محافظتی در برابر درد است گزارش کردند[۴۸]. رشید (۲۰۱۵) نیز روان‌درمانی مثبت‌نگر را در افزایش معنی در زندگی فرد تاثیرگذار دانسته است[۴۲]. گارلند و همکاران (۲۰۱۵) بر اساس نتایج پژوهش خود روان‌درمانی مثبت مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر افزایش معنا و معنویت در زندگی افراد موثر اعلام کرده‌اند[۴۹]. آیرونسون و هیوارد (۲۰۰۸) نیز دریافتند که بهبود توانمندی‌های منش همچون شجاعت، پذرش خود، معنا و مهربانی باعث افزایش تاب‌آوری و تحمل پریشانی در افراد می‌شود[۵۰]. در مجموع مشاهده شد درمان روان‌شناختی مثبت‌نگر می‌تواند بر نگرش معنوی، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به درد مزمن تاثیرات مثبتی گذارده و از میزان احساسات منفی در آنان کاسته و آنان را به استفاده از راهبردهای سازگاری غیر پاتولوژیک در پیوستار زندگی یاری دهد.

محدودیت‌های پژوهش

نتایج پژوهش مربوط به زنان با درد مزمن، به یک مرکز درمانی و فقط در جنس زنان با دامنه سنی ۱۸ تا ۴۸ سال در شهر تهران بوده و تعمیم آن به زنان شهرها، شهرستان‌ها و استان‌های دیگر باید با احتیاط بیشتری صورت پذیرد.

پیشنهادات پژوهشی

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر این‌که در میانگین پیگیری‌ها در سه متغیرِ نگرش معنوی، تحمل پریشانی، وکیفیت زندگی اختلاف میانگین بین سه گروه روان‌نمایشگری، مثبت‌نگر و کنترل معنادار نیست، به نظر می‌رسد که به مداخلات طولانی‌تر و عمیق‌تر در میان زنان دارای درد مزمن نیاز است تا اثرات مثبت آن عمیق‌تر شده و برای مدت بیشتری تداوم یابد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آیندهٔ روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی به مدت طولانی‌تری در میان افراد مبتلا به درد مزمن انجام شود تا اثرات مثبت آن در درازمدت تداوم یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به اثرگذاری درمان‌های مختلف به ویژه روان‌درمانی مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری بر تحمل پریشانی، نگرش معنوی، و بهزیستی مردان مبتلا به درد مزمن نیز پرداخته شود و نتایج آن با نتایج پژوهش‌های همچون پژوهش کنونی که در مورد زنان با درد مزمن انجام شد مقایسه شود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

References

1. Thorn BE. Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide. Guilford Publications; 2017 Aug 21.
2. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. McGraw-Hill Education (UK); 2012 May 1.
3. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. [Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Persian)] (Urban HEART-2 study). Iran J Epidemiol. 2013;9(1):19-31.
4. Sengupta M, Bercovitz A, Harris-Kojetin LD. Prevalence and management of pain, by race and dementia among nursing home residents: United States, 2004. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2010 Mar 30.
5. Brannon L, Feist J, Updegraff JA. Health psychology: An introduction to behavior and health. Cengage Learning; 2013 Mar 1.
6. Dutton G. Pain management market ripe with immediate opportunities. Genetic Engineering & Biotechnology News. 2012 Jun 1;32(11):24.
7. Edelman CL, Mandle CL, Kudzma EC. Health Promotion Throughout the Life Span-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2017 Jul 25.
8. Rambod M, Rafiei F. [Perceived Social Support in Hemodialysis Patients (Persian)]. IJN. 2009;22(58):99-110.
9. Adibi P, Molavi H, Solati Dehkordi K, Kalantari M, Haqayeq A. [Preliminary Study of Psychometric Properties of the Persian Version of IBS-QOL-34(Persian)]. Digestion. 2008;13(2):99-105.
10. Razavian F, Abbasi M, Kazemnejad A. [The Relationship between Depression and the Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis (Persian)]. Daneshvar Medicine. 2009;16(80):27-34.
11. Neshatdoust HT, Nilforoushzadeh MA, Dehghani F, Molavi H. [Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients' quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan (Persian)]. Journal of Arak University Medical Sciences. 2009;12(2):125-133.
12. Rezaei F, Neshat-dost HT, Molavi H, Amra B. [Efficacy of cognitive behavioral stress management group education on improving quality of life in female asthmatic patients (Persian)]. Behavioral Sciences Research. 2009;7(1);33-42.
13. Taghizadeh ME, Fathi Ashtiani A, Hosseindokht A. [The Relationship between Spiritual Intelligence and Spiritual Well-being with Quality of Life and Marital Satisfaction (Persian)]. Payamenour University. 2013;6(25):57-74.
14. A Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EA, Matthiessen PF. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?. Pain medicine. 2009 Mar 1;10(2):327-39.
15. Dezutter J, Luyckx K, Wachholtz A. Meaning in life in chronic pain patients over time: associations with pain experience and psychological well-being. Journal of Behavioral Medicine. 2015 Apr 1;38(2):384-96.
16. Büssing A, Reiser F, Michalsen A, Zahn A, Baumann K. Do patients with chronic pain diseases believe in guardian angels: Even in a secular society? A cross-sectional study among german patients with chronic diseases. Journal of religion and health. 2015 Feb 1;54(1):76-86.
17. Glover-Graf NM, Marini I, Baker J, Buck T. Religious and spiritual beliefs and practices of persons with chronic pain. Rehabilitation Counseling Bulletin. 2007 Oct;51(1):21-33.
18. Payne FE. A Definition of Emotions. JBEM Index. 2013;3(4). Downloaded from: http://www. bmei. org/ jbem/volume3/ num4/payne_a definition_of_

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

emotions.php. On March 26.
19. Mazaheri M, Mohammadi N, Daqaqzadeh H, Afshar H. [The Effect of Emotion Regulation on the Amount of Tension Tolerance and Emotion Regulation Difficulties in Women with Tension-type Headaches(Persian)]. JSSU. 2017;24(10):840-851.
20. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005 Jun 1;29(2):83-102.
21. O'Cleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. Behavior therapy. 2007 Sep 1;38(3):314-23.
22. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002 May;39(3):281-91.
23. Gross J. J. Handbook of Emotion regulation. New York: Guilford Press; 2010.
24. Davoudi A, Neshatdoust H, Abedi MR, Talebi H. [Comparison of Emotional Cognitive Strategies and Emotion Understanding in Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety and Social Anxiety (Persian)]. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2014;15(4).
25. Rashid, T. Positive Psychotherapy. InS.J.Lopez (Ed.), Theencyclopedia of positive psychology. NY: Wiley-Blackwell; 2008.
26. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. The Journal of Positive Psychology. 2015 Jan 2;10(1):25-40.
27. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. American Psychological Association; 2000 Jan.
28. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. American psychologist. 2006 Nov;61(8):774.
29. Joseph S. The future of positive psychology in practice. Positive Psychology in Practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life. 2015 Apr 3:823-8.
30. Wong PT. Reclaiming positive psychology: A meaning-centered approach to sustainable growth and radical empiricism. Journal of Humanistic Psychology. 2011 Oct;51(4):408-12.
31. Shaughnessy MF. An Interview with Adam Blatner About Psychodrama. North American Journal of Psychology. 2003 Apr 1;5(1).
32. Bourne J, Andersen-Warren M, Hackett S. A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem. The Arts in Psychotherapy. 2018 Nov 1;61:1-9.
33. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdininia M. [Translation, reliability and validity of Persian version of SF-36 (Persian)]. Payesh. 2005;5(1):49-56.
34. Möller PH, Smit R, Petr P, farmakologie NemCB K, Němcové B, Budějovice Č. The SF-36 questionnaire: a tool to assess health-related quality of life. 2017.
35. Drougari S. [Relationship between trusting God and distress tolerance with quality of life among students of Payame Noor University in Qom(Persian)]. Masters Thesis for General Psychology. Islamic Azad University, Qom Branch. 2015.
36. Andamikhoshk A. [The mediating role of resilience in the relationship between emotion regulation and distress tolerance with life satisfaction (Persian)]. Masters Thesis. Allameh Tabatabaei University. 2013.
37. Shahidi Sh, Farajnia, S. [Construction and validation of spiritual attitude measurement questionnaire. Journal of Psychology and Religion (Persian)]. 2012;5(3):97-115.
38. Kianian E, Pirkhaefi A. [Comparison of general, physical, psychological and social health between two groups of smart and ordinary male and female students (Persian)]. Masters Thesis for General Psychology. Islamic Azad University, Garmsar Branch. 2017.
39. Burns JW, Elfant E, Quartana PJ. Suppression of pain-related thoughts and feelings during pain-induction:

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

Sex differences in delayed pain responses. Journal of behavioral medicine. 2010 Jun 1;33(3):200-8.
40. Kalaydjian A, Merikangas K. Physical and mental comorbidity of headache in a nationally representative sample of US adults. Psychosomatic medicine. 2008 Sep;70(7):773.
41. Kolivand PH, Nazari Mihan A, Jafari R. [The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Distress in Patients with Chronic Pain (Persian)]. Shafaye Khatam Journal. 2015;2(3):65.
42. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. The Journal of Positive Psychology. 2015 Jan 2;10(1):25-40.
43. Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2018 Dec;18(1):211.
44. Alschuler KN, Kratz AL, Ehde DM. Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. Rehabilitation psychology. 2016 Feb;61(1):7.
45. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. BMC public health. 2013 Dec;13(1):119.
46. Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive–behavioural therapy: A four-step model to build resilience. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2012 Jul;19(4):283-90.
47. Khodabakhsh R, Khosravi Z, Shahangian Sh. [Effectiveness of Positive Psychotherapy on Depression Symptoms and Character Strengths in Patients with Cancer (Persian)]. Positive Psychology. 2013;1(1):35-50.
48. Ghotbinejhad Bahre Asmani U, Hasaniraad M, Esmaili, K. [Effectiveness of positive psychotherapy on improving character strengths and happiness in patients with chronic pain (Persian)]. 9th International Congress for Psychotherapy/Asian Chapter: On the Bed of Cultural Values, Tehran, Iran. 2016.
49. Garland EL, Farb NA, R. Goldin P, Fredrickson BL. Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. Psychological Inquiry. 2015 Oct 2;26(4):293-314.
50. Ironson GH, Hayward HS. Do positive psychosocial factors predict disease progression in HIV-1? A review of the evidence. Psychosomatic medicine. 2008 Jun;70(5):546.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]

Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2019, Vol 9, NO 4

Comparison of the Effectiveness of Group Positive Psychotherapy and Group Psychodrama on Spiritual Attitude, Distress Tolerance, and Quality of Life in Women with Chronic Pain

Uranus Ghotbinejhad Bahre Asmani[1*], Hassan Ahadi[2], Hamidreza Hatami[3], Gholamreza Sarami Foroushani[4]

1. *Ph. D. candidate Edalat University*
2. *Professor Islamic Azad University, Karaj Branch*
3. *Associate Professor Emam Hossein University*
4. *Assistant Professor Kharazmi University*

ABSTRACT

Aims and background: Chronic pain is a sensory and psychological experience of discomfort that usually affects the emotional state and quality of life of the individual. The aim of the present study was to compare the effectiveness of group positive psychotherapy and group psychodrama on spiritual attitude, distress tolerance, and quality of life in women with chronic pain.

Materials and methods: This research was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up design with control group. The statistical population included all women with chronic pain visiting Pars Royal Clinic of Tehran, among them, forty-five women were selected by the convenience sampling method, and were divided into three groups of 15. The research tools included Simons & Gaher's Distress Tolerance Scale, Shahidi & Farajnia's Spiritual Attitude Scale, and Short Form Quality of Life Questionnaire; and Rashid's group positive psychotherapy protocol, and psychodrama package were used for interventions. Data were analyzed using ANCOVA.

Findings: the results of the study in the post-test confirmed that positive psychotherapy is more effective than psychodrama on spiritual attitude, distress tolerance, and quality of life in women with chronic pain ($p<0.01$).

Conclusion: The results suggest that positive psychotherapy is a more effective intervention for strengthening spiritual attitude and distress tolerance, and finally improving the quality of life of women with chronic pain.

keywords: Quality of life; distress tolerance, spiritual attitude, positive psychotherapy, psychodrama.

▶ Please cite this paper as:
Ghotbinejhad Bahre Asmani U, Ahadi H, Hatami HR, Sarami Foroushani GH[Comparison of the Effectiveness of Group Positive Psychotherapy and Group Psychodrama on Spiritual Attitude, Distress Tolerance, and Quality of Life in Women with Chronic Pain(Persian)]. J Anesth Pain 2019;9(4):51-65.

Corresponding Author: Uranus Ghotbinejhad Bahre Asmani، Ph. D. candidate Edalat University.
Email: uranus.asmani@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2025-07-13]