

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 قطبی نژاد بهر آسمانی*، حسن احدی^۱، حمیدرضا حاتمی^۲، غلامرضا صرامی فروشانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه عدالت، تهران، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران

۴. استادیار روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۹/۷

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۸/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: زمینه و هدف: درد مزمن تجربه‌ای حسی و روانی از ناراحتی است که معمولاً شرایط هیجانی و کیفیت زندگی فرد را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری گروهی بر نگرش معنوی، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به درد مزمن صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک پارس رویال شهر تهران بود که از میان مراجعه کنندگان ۴۵ نفر از زنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های نگرش معنوی شهیدی و فرج‌نیا، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر، و فرم کوتاه کیفیت زندگی می‌شد؛ و از پروتوکل روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر رشید، و بسته روان‌نمایشگری برای مداخله استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی در پس‌آزمون نسبت به روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی، تحمل پریشانی، و کیفیت زندگی زنان شرکت‌کننده تاثیرگذارتر بوده است ($p < 0/1$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی، مداخله موثرتری برای تقویت تنظیم هیجانی همچون تحمل پریشانی، و نیز بهبود نگرش معنوی، و در نهایت بهبود کیفیت زندگی زنان دارای درد مزمن می‌باشد.

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

مقدمه

حسب چنین آسیبی است که از عوامل چندگانه‌ای شامل عوامل شناختی، عاطفی و محیطی تاثیر می‌پذیرد^(۱). درد مزمن حداقل ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشد. به گزارش موسسه پزشکی آمریکا (۲۰۱۱) نزدیک به

بر پایه تعریف انجمن درد (۲۰۱۵) و به نقل از ترون (۲۰۰۴) درد تجربه هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و یا بالفعل بافتی یا توصیف شده بر

نویسنده مسئول: اورانوس قطبی نژاد بهر آسمانی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه عدالت، تهران، ایران

پست الکترونیک: uranus.asmani@yahoo.com

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 مربوط به این حوزه، رامبد و رفیعی (۲۰۰۹) در میان بیماران همودیالیزی؛ حقایق، کلانتری، صولتی دهک، ردی، مولوی و ادیبی (۲۰۰۸) در بیماران با نشانگان روده تحریک‌پذیر؛ رضویان، عباسی و کاظم‌نژاد (۲۰۰۷) در میان بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید؛ نشاط دوست، نیلفروشان، دهقانی و مولوی در بیماران زن مبتلا به آلپوسی آرثاتا (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 تأیید 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 واچپولتز (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 ببیند. به گفته باسینگ و همکاران (۲۰۱۵) افراد دارای درد مزمن حتی در جوامع غیردینی با اعتقاد به اینکه فرشته محافظ مراقب آن‌هاست به خود آرامش

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 آمریکا (۲۰۱۲) و جامعه 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.^(۱) پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، شیوع درد مزمن را در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال)، حدود ۲۴ درصد گزارش کرده‌اند.^(۳) به گفته 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؛

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 روان‌درمانی مثبت‌نگر بر آن تاکید دارد، اغلب توانایی بهتری برای سازگاری و تاب‌آوری 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 مثبت‌نگری 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 گروه‌درمانی 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 هنری 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 حوزه 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).

می‌بخشند^(۱۴-۱۵-۱۶-۱۷).

درد مزمن بر کیفیت سلامت هیجانی و میزان پریشانی فرد بسیار تاثیرگذار است. پایین (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). اسلیریک، 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 همیبرگ (۲۰۰۷) دشواری در تنظیم هیجان با مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی از جمله اضطراب منتشر رابطه مستقیم دارد. نتایج گزارش‌های کاشدان و برین (۲۰۰۸) نشان داد که اختلال اضطراب اجتماعی با تحمل پریشانی دارای رابطه معنادار است و گزارش 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 روان‌درمانی مدل ضعف-اصلاح فراتر رفته و به توانمندی‌ها و فضایل فردی

آماري را به صورت آگاهانه در فرايند پژوهش داشتيم. پيش آزمون با پرسشنامه‌هاي كيفيت زندگي، تحمل پريشاني و نگرش معنوي از گروه‌ها گرفته شد. سپس مدت ۱۵ جلسه به آموزش روان‌شناسي مثبت نگر و مدت ۱۱ جلسه روان‌نمايشگري پرداخته شد، البته به اعضاي گروه گواه اطمينان داده شد که در ماه‌هاي آينده تحت مداخلات روان‌درماني قرار خواهند گرفت. بعد از اتمام جلسات، پس آزمون و سه ماه بعد آزمون پيگيري در مورد شرکت کنندگان در پژوهش انجام شد. در نهايت، از روش آماري آزمون تحليل کوواريانس براي تحليل داده‌ها استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه كيفيت زندگي (SF-۳۶). پرسشنامه داراي ۳۶ ماده و از هشت مقياس تشکيل شده است که هر مقياس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زيرمقياس‌هاي اين پرسشنامه عبارتند از: کارکرد جسمي، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمي، اختلال نقش بخاطر سلامت هييجاني، انرژی/خستگی، بهزيستي هييجاني، کارکرد اجتماعي، درد، و سلامت عمومي. ضرايب آلفاي کرونباخ پرسشنامه در جمعيت ايراني از اين قرار است: کارکرد جسمي ۰/۹۰؛ اختلال نقش بخاطر سلامت جسمي ۰/۸۵؛ اختلال نقش بخاطر سلامت هييجاني ۰/۷۷؛ انرژی/خستگی ۰/۸۴؛ بهزيستي هييجاني ۰/۶۵؛ کارکرد اجتماعي ۰/۷۷؛ درد ۰/۸۳ و سلامت عمومي ۰/۷۱ (۳۴-۳۳).

پرسشنامه تحمل پريشاني هييجاني. سيمونز و گاهر (۲۰۰۵) پرسشنامه را با ۱۵ ماده و چهار مقياس تحمل^(۵،۳،۱)، جذب^(۱۵،۴،۲)، ارزيابي^(۱۲،۱۱،۱۰،۹،۷،۶)، و تنظيم^(۱۴،۱۳،۸) و بر روی یک مقياس ۵ درجه‌اي شامل کاملاً موافق ۱، اندکي موافق ۲، نه موافق و نه مخالف ۳، اندکي مخالف ۴، و کاملاً مخالف ۵ آماده نمودند، و سوال ۶ معکوس نمره گذاري مي‌شود. سيمونز و گاهر (۲۰۰۵) روايي ملاک و همگرای اوليه خوبي را براي اين پرسشنامه گزارش نمودند. جهت تعيين پايابي پرسشنامه از آلفاي کرونباخ استفاده شد که

زندگي کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفي قابل توجهي است. همچنين درد باعث کاهش توانايي‌هاي عاطفي و هييجاني فرد مي‌شود و بيمار برخلاف تمايل خويش نمي‌تواند از درد رهايي يابد؛ اين امر در نهايت باعث تضعيف روحيه بيمار، احساس نااميدي، درماندگي و افسردگي وي مي‌گردد. توافق کلي بر اين است که عوامل فيزيولوژي به تنهائي نمي‌تواند توجيه کننده شدت درد ادراک شده باشد و در اين ميان عوامل روان‌شناختي نيز سهيم مي‌باشند. با اين حال، در ايران پژوهش‌هاي بسيار اندکي در زمينه ميزان اثريخشي دو روش درماني مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمايشگري بر ابعاد روان‌شناختي در بيماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفته است که انتظار مي‌رود پژوهش حاضر تا اندازه‌اي به رفع ابهامات در زمينه اثريخشي اين رويکردهاي درماني کمک کند. لذا پژوهش حاضر به مقايسه دو روش درماني مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمايشگري بر نگرش معنوي، تحمل پريشاني، و كيفيت زندگي زنان با درد مزمن مي‌پردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر آينده‌نگر و نيمه آزمايشي از نوع طرح پيش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. از ميان مراجعه‌کنندگان به کلينیک پارس رويال واقع در شهر تهران در بهار و تابستان سال (۱۳۹۶) که از انواع دردهاي مزمن رنج مي‌بردند، و توسط متخصص درد، تشخيص اختلال درد مزمن را دريافت 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 روان‌نمايشگري، و گروه کنترل) با روش گمارش تصادفي جايگزين شدند. اين زنان بر اساس نوع درد مزمنی که داشتند تحت نظر پزشک خود براي کنترل دردشان از داروهای وابسته به نوع درد خويش استفاده مي‌نمودند. قبل از پخش پرسشنامه به مراجعين نوع کار، هدف از انجام کار، حفظ امانت‌داري در اسرار آن‌ها توضيح داده شد و حضور نمونه

(تعهد/لذت: رورش توانمندی‌ها و هیجان‌ها 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 وسیله قدرتمندی که می‌تواند خشم را به هیجان‌های خنثی و حتی مثبت بدل کند و نوشتن نامه بخشش. جلسه ششم (تعهد/لذت: قردرانی): بحث درباره این مطلب که قردرانی موجب برانگیختن هیجان‌های مثبت می‌شود. مراجعان نامه‌ای برای قردرانی از شخصی که هرگز به گونه‌ای مناسب از او قردرانی نکرده‌اند می‌نویسند. جلسه هفتم (تعهد/لذت: بررسی میان‌دوره‌ای درمان): بررسی پیشرفت افراد در بخشش، قردرانی، 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 فکر کردن 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: شجره‌نامه توانمندی‌ها): بحث درباره اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده. جلسه دوازدهم (لذت: لذت همراه با تأنی): بحث درباره آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن و پیشنهاد راه‌هایی از سوی افراد برای

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 بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش نمودند^(۳۶).

پرسشنامه نگرش و توانایی معنوی. پرسشنامه از ۴۳ ماده و ۲ مقیاس نگرش معنوی (۲۱-۹-۳-۱۹-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳) و توانایی معنوی (۱-۱۵-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱) تشکیل شده است. نمره‌گذاری طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای و برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالقم»، «تأخوری موافقم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم»؛ ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. ماده‌های شماره ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حد پایین نمره^(۳۷)، حد متوسط نمره^(۳۶) 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

خلاصه 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 درباره مسیرهای منتهی به شادکامی (لذت، تعهد، معنا). جلسه سوم:

انتقادات خود را بیان می‌کنند. در نهایت، چرخاننده گروه نظر اصلی خود را گفته و جمع‌بندی را نیز خواهد داشت. جلسه دوم: باز شدن یخ با ایستادن و گرفتن دست‌ها و انجام حرکات موزون در حالی که موسیقی هم در فضا در حال پخش شدن است، صورت می‌پذیرد. چرخاننده گروه می‌پرسد که چه کسی تمایل دارد شخصیت اصلی امروز را روی صندلی داغ داشته باشد. فردی تمایل خود را اعلام و نقش خود را بازی کرده و شخصیت‌های فرعی خود را وارد بازی می‌کند. در انتها، از افراد گروه خواسته می‌شود که بازخورد خود را به شخصیت اصلی و فرعی بدهند، و بعد خواسته می‌شود که به بازخوردها نیز بازخوردی داده شود. جلسه سوم: با باز شدن یخ شروع شده و چرخاننده از اعضای گروه می‌خواهد که بر اساس رأی‌گیری یک نفر که بیشترین رأی را می‌آورد شخصیت اصلی بازی شده و به صندلی داغ دعوت شود (مهم‌ترین اصل در این بسته درمانی فی‌البداهه بودن انتخاب‌ها و بازی‌ها است).

و تا جلسه دهم این فرایند ادامه خواهد داشت. در انتها بازخورد نهایی و کلی از اعضای گروه گرفته می‌شود و بازخوردها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر با هدف تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 در دو سطح توصیفی و استنباطی به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد که در این بخش ارائه می‌شود.

تجرب لذت همراه با تأنی. جلسه سیزدهم (معنا: موهبت زمان): بحث درباره ارائه یکی از بزرگ‌ترین موهبت‌ها به دیگران یعنی موهبت زمان. افراد درباره استفاده از موهبت زمان و خلق و هدیه لحظات زیبا برای دیگران و خود (همچون انجام خدمات خیریه) بحث می‌کنند. جلسه چهاردهم (انسجام: زندگی کامل): بحث درباره مفهوم زندگی کامل که شامل تعهد، معنا، و لذت می‌شود و مرور مداخلات جلسات پیشین.

از نظر عملیاتی، الگوی روان‌درمانی مثبت‌نگر در پژوهش حاضر است که توسط رشید در سال ۲۰۰۹ ارائه شد و شامل چهار مولفه لذت، تعهد، معنا و زندگی کامل است که در پژوهش حاضر توسط محققان و با رعایت اصول طرح درمانی رشید اجرا شد.

خلاصه ساختار و محتوای جلسات روان‌نمایشگری گروهی

روان‌نمایشگری گروهی شامل ۱۰ جلسه دو ساعته است که بر طبق نظر مورنو هر جلسه به سه قسمت کاری تقسیم می‌شود: قسمت اول: باز شدن یخ جلسه، قسمت دوم: بازی نقش، و قسمت سوم: به اشتراک‌گذاری تجربیات فردی. جلسه اول: در قسمت اول آشنایی گروه با چرخاننده جلسه و هم‌گروهی‌ها صورت می‌گیرد. قسمت دوم شامل گرفتن نقش اصلی و فرعی توسط افراد گروه است. اوج جلسه در آن نهفته است، و هر فردی باید نقشی را در این قسمت بازی کند. در هر جلسه یک نفر می‌شود شخصیت اصلی داستان که روی صندلی داغ نشسته و یا ایستاده و شخصیت اصلی داستان را دارد این فرد مشکل خود را مطرح می‌کند و آن نقش را بازی کرده و افرادی از گروه نیز نقش‌های دیگر مربوط به اطرافیان آن فرد را بازی می‌کنند. بعد از گذشت یک ساعت تا یک ساعت و ۳۰ دقیقه از شروع و در دقایق پایانی یعنی قسمت سوم، چرخاننده جلسه باید جمع‌بندی را انجام دهد. در این قسمت همه می‌نشینند، به یکدیگر بازخورد می‌دهند و افراد در مورد شخصیت اصلی و فرعی داستان نظرات و

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

گروه کنترل		روان‌درمانی مثبت‌نگر		روان‌نمایشگری		دامنه سنی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	بین ۱۸ تا ۲۸ سال	دامنه سنی
۴۶/۷	۷	۴۰	۶	۴۰	۶	بین ۲۹ تا ۳۸ سال	
۲۰	۳	۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	بین ۳۹ تا ۴۸ سال	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	
۳۳/۳	۵	۱۳/۳	۲	۲۰	۳	بین ۳ تا ۶ ماه	زمان سپری شدن درد
۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	بین ۶ تا ۹ ماه	
۲۰	۳	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	بین ۹ تا ۱۲ ماه	
۲۰	۳	۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	بیش از ۱۲ ماه	
۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

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

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

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

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 اثر پس آزمون
روان‌نمایشگری	۴۳۴/۷۲۲۲	۴۳۴/۵۰۳	۴۷۱/۸۴۴۴	۴۵۱/۶۶۷
مثبت‌نگر	۴۵۵/۲۷۴	۴۵۵/۱۷۴	۴۴۶/۸۷۸۷	۴۰۷/۶۲۳
کنترل	۳۴۸/۹۶۲۷		۳۴۴/۲۱۲	۴۰۳/۶۴۶

در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش 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 روان‌نمایشگری با گروه‌های مثبت‌نگر (۴۴/۰۴۴) و کنترل (۴۸/۰۲۱) نشان داد که کیفیت زندگی افراد در روان‌نمایشگری بالاتر از مثبت‌نگر و کنترل است اما بین دو گروه مثبت‌نگر و کنترل اختلاف میانگین (۳/۹۷۷) معنادار نیست.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس معنویت

پیگیری معنویت با برداشتن اثر پس آزمون					پس آزمون معنویت با برداشتن اثر پیش آزمون					
شاخص‌ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F
اثر پیش آزمون	۶۸۱۳/۳۱۵	۱	۶۸۱۳/۳۱۵	۳۲۲/۸۶۲	۰/۰۰۰۱	اثر پس آزمون				
گروه‌ها	۱۴۷۳/۵۸۹	۲	۷۳۶/۷۹۴	۳۴/۹۱۴	۰/۰۰۰۱	گروه‌ها				
واریانس درون گروهی	۸۶۵/۲۱۸	۴۱	۲۱/۱۰۳			واریانس درون گروهی				
مجموع	۴۷۳۹۹۷	۴۵	۴۸۶۹۷۹			مجموع				

اثر پیش-پس آزمون و پیگیری با $P < 0.01$ معنادار است. بنابراین بین پیش-پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه‌ها با $P < 0.01$ ، $F(2,41) = 34/914$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. اما با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه‌ها با $P > 0.05$ ، $F(2,41) = 1/188$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۵. میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری معنویت

گروه	میانگین پس‌آزمون بدون برداشتن اثر پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون	میانگین پیگیری بدون برداشتن اثر پس‌آزمون	میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس‌آزمون
روان‌نمایشگری	۹۸/۲۶۶۷	۹۸/۳۰۷	۹۸/۶۶۶۷	۱۰۱/۷۳۷
مثبت‌نگر	۱۱۰	۱۰۹/۶۷۵	۱۱۲/۴۶۶	۱۰۴/۸۰۱
کنترل	۹۶/۶	۹۶/۸۸۵	۹۷/۸۶۶۷	۱۰۲/۴۶۲

اختلاف میانگین (۱/۴۲۳) معنادار نیست. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس‌آزمون نیز نشان داده شد اختلاف میانگین بین گروه‌های روان‌نمایشگری و مثبت‌نگر و کنترل در معنویت معنادار نیست.

در میانگین پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان‌نمایشگری با گروه مثبت‌نگر (۱۱/۳۶۷) و نیز بین مثبت‌نگر و کنترل (۱۲/۷۹) نشان داد که معنویت افراد مثبت‌نگر بالاتر از روان‌نمایشگری و کنترل و است اما بین دو گروه روان‌نمایشگری و کنترل

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس تحمل پریشانی

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

اثر پیش- پس‌آزمون و پیگیری با $P < 0.01$ معنادار است. بنابراین بین پیش- پس‌آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش‌آزمون در بین گروه‌ها با $P < 0.01$ ، $F(2,41) = 88/31$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. اما با برداشتن اثر پس‌آزمون در بین گروه‌ها با $P > 0.05$ ، $F(2,41) = 1/612$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۷. میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری تحمل‌پریشانی

گروه	میانگین پس‌آزمون بدون برداشتن اثر پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون	میانگین پیگیری بدون برداشتن اثر پس‌آزمون	میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس‌آزمون
روان‌نمایشگری	۴۲/۳۳۳	۴۰/۳۲۷	۴۴/۴	۴۵/۰۴۴
مثبت‌نگر	۵۰/۷۳۳۳	۵۰/۸۵۴	۵۰/۱۳۳۳	۴۴/۵۳۳
کنترل	۳۶/۵۳۳۳	۳۸/۴۱۸	۳۸/۲	۴۳/۱۵۶

را با درد نشانه‌گذاری نمودند^(۳۹). به گزارش کالایدجین و مریکانگاس (۲۰۰۸) شکایت‌های مربوط به درد معمولاً 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 همه‌جانبه زندگی بیمار با تجربه درد است^(۴۱). از این رو، پژوهشگران این حوزه به دنبال یافتن راه‌حلی مؤثر 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، تحمل‌پریشانی، و کیفیت زندگی تأثیرگذارتر بوده است. رویکرد مثبت‌نگر بر پرورش توانمندی‌ها تأکید می‌کند که ارتقاء سلامت و شادکامی انسان را فراهم می‌آورد. به همین دلیل روان‌شناسان مثبت به ارائه الگوهای درباره توانمندی‌ها پرداخته‌اند که برجسته‌ترین این الگوها تا به امروز الگوی توانمندی‌های^(۴۲) محسوب می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با بسیاری از پژوهش‌های دیگر در زمینه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر معنویت، تحمل‌پریشانی و کیفیت زندگی همسو است که به شماری از آن‌ها در ادامه اشاره می‌شود. چاخسی، کرس، سامرز، اسپایکرمن، و بوهملیجر (۲۰۱۸)

در میانگین پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون 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 پس‌آزمون نیز اختلاف میانگین بین سه گروه روان‌نمایشگری، مثبت‌نگر و کنترل اختلاف میانگین در تحمل‌پریشانی معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل‌پریشانی 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 کارتان (۲۰۱۰) از منظر پزشکی و جسمانی، متغیری که می‌تواند سلامت را تهدید کند بیماری برشمردند و بیماری

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 متغیر نگرش معنوی، تحمل پریشانی، و کیفیت 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 آینده 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.

در مطالعه‌ای فراتحلیلی از اثرگذاری مداخلات روان‌درمانی مثبت بر کاهش پریشانی و بهبود کیفیت زندگی در میان جمعیت کلینیکی با اختلالات جسمانی شکل 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 شاخه روان‌درمانی مثبت‌نگر 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^(۴۹). 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). آبرونسون و هیوارد (۲۰۰۸) نیز دریافتند که بهبود توانمندی‌های منش همچون شجاعت، پذیرش 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

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, Deghani 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_

- 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*. In S.J.Lopez (Ed.), *The encyclopedia 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, Němcová 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:*

- 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. Ghotbinejad 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.

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 Ahadi², Hamidreza Hatami³, Gholamreza Sarami Foroushani⁴

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