



بررسی اثربخشی درمان مثبت نگر گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن

* اورانوس قطبی نژاد بهر آسمانی^۱ - فریده رضائی^۲ - نسرین جلیلی ابراهیم آبادی^۳ - دکتر حسن احدی^۴ -
دکتر حمیدرضا حاتمی^۵ - دکتر رضا صرامی^۶

*^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت. دانشگاه عدالت. (نویسنده مسئول).
^۲ دانشجوی دکتری سلامت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام. مشهد. ایران.
^۳ کارشناس ارشد روانسنجی. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد تهران مرکز. تهران. ایران.
^۴ استاد تمام دانشگاه آزاد اسلامی. دانشگاه عدالت. تهران. ایران.
^۵ دانشیار و هیات علمی دانشگاه جامع امام حسین(ع). تهران. ایران.
^۶ استاد یار دانشگاه خوارزمی. تهران. ایران.

چکیده

پژوهش با هدف " بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن " صورت پذیرفت. روش پژوهش آزمایشی، جامعه آماری کلیه زنان دارای درد مزمن مراجعه کننده به پارس رویال کلینیک شهر تهران، نمونه آماری ۳۰ نفر از زنان در دو گروه ۱۵ نفری و روش نمونه گیری در دسترس بوده است. ابزار پژوهش پرسشنامه های کیفیت زندگی، نگرش معنوی، تحمل پریشانی، و پکیج روان درمانی مثبت نگر بوده است. روش آماری شاخص های آماری توصیفی و استنباطی تحلیل کوواریانس، آزمون t مستقل و یومان ویتنی به کار گرفته شد. یافته های پژوهش با اثر گذاری روان درمانی مثبت نگر گروهی با توجه به اثر پیش و پس آزمون در سه متغیر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی، رابطه معنا دار، مثبت، قوی و مستقیم گزارش شد ($p < 0.01$). نتایج پژوهش روان درمانی مثبت نگر گروهی با اثر گذاری مثبت و بالا، نمرات کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن را از نظر جسمانی و روانشناختی توان بهبود بخشیدن دارد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، نگرش معنوی، تحمل پریشانی، روان درمانی مثبت نگر گروهی

۱. مقدمه

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) سلامتی عبارت است از: رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی. با این تأکید که هر سه بعد سلامتی لازم و مکمل یکدیگرند (کیانیان و پیر خائفی، ۱۳۹۶). هدف اساسی دانشمندان در حیطه های روانشناسی و پزشکی به حداکثر رساندن احساس سلامت در افراد است. در این راستا، ساراسون و ساراسون (۱۹۹۹) نشان داده اند که سلامتی، یک ادراک شخصی^۱ است؛ که زیر تاثیر عوامل جسمانی، روان شناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می پذیرد (سندرسون، ۲۰۱۳) از نشانه های وجود بیماری می تواند احساس و ادراک درد باشد؛ برخی دردها درد مزمن می شوند. درد مزمن، دردی است که طی شش ماه گذشته، دست کم به مدت سه ماه، هر روز ادامه داشته باشد، یا حتی در صورت قطع شدن برای مدت کوتاهی، دوباره برگشت کند (لستر، کیف، رامبل، ۲۰۱۴؛ انجمن بین المللی مطالعه درد،^۲ ۲۰۱۵؛ تیلر، ۲۰۱۵؛ ترجمه: رضائی، ۱۳۹۶). پژوهش های انجام شده در ایران، شیوع درد مزمن را در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال)، حدود ۲۴ درصد گزارش کرده اند (محمدزاده و همکاران، ۲۰۱۵). بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات استاندارد شده و اولویت هایشان است. کیفیت زندگی را هانت و مارشال^۳ (۲۰۰۲)؛ فو (۲۰۰۸) به عنوان رضایت کلی از زندگی؛ کاستانزا^۴ (۲۰۰۷) به عنوان میزان تأمین نیازهای مورد نظر انسان و در ارتباط با ادراک مردم از رفاه ذهنی؛ داس (۲۰۰۸) خوبی یا بدی شرایط مردم و محیطی که در آن زندگی می کنند، تعریف نموده اند (رضائی و حاتمی، ۱۳۹۶). از آنجا که هر بیماری تحت تاثیر عوامل هیجانی و محیط اجتماعی قرار می گیرد و هر بیماری جنبه روان تنی دارد، عوامل هیجانی به واسطه راه های عصبی و هورمونی بر همه فرایندهای فیزیولوژیکی بدن و نیز کارکردهای روانی و اجتماعی اثر می گذارند (برنون، فیست، و آدگرف، ۲۰۱۴). بیماران مبتلا به درد مزمن یا نمرات پایین تحمل پریشانی نشانه گذاری می شوند. در اصل اینطور ادعا شده که سازه تحمل پریشانی برای کمک به توسعه و تثبیت برخی شکل های آسیب شناسی روانی کاربرد دارد (لیرو، ولنسکی، برنستاین،^۵ ۲۰۱۰). تنظیم هیجان شامل تمامی راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه ای می شود که فرد برای افزایش، حفظ و یا کاهش یک یا تعداد بیشتری از اجزای پاسخ هیجانی (شامل تجربی، رفتاری و فیزیولوژیک) به کار می رود (گروس، ۲۰۱۰؛ سان، باس، پونتی و تروئور^۶، ۲۰۱۰؛ رضائی اقدم و ابوالمعالی، ۱۳۹۴). اورسیلو و رومر^۷ (۲۰۰۵) نقشی که تحمل پریشانی روی طیف وسیعی از حالات بد درونی (هیجان منفی، احساسات ناخوشایند بدنی) و سیمونز و گاهر^۸ (۲۰۰۵) تحمل پریشانی در زمینه اختلالات روان شناختی مطالعه نمودند (اندامی خشک، ۱۳۹۲).

وجود گرایش های معنوی به وجود قوه تعقل در انسان بر می گردد؛ اینکه انسان با قوه تعقل خویش می تواند به تفکر و تفحص در خود و محیط اطراف خویش بپردازد و به علت و معنای امور پی ببرد. در واقع، توجه به گرایشهای معنوی با پشتوانه تعقل، موجب به وجود آمدن نگرش معنوی در انسان می شود. در نتیجه، نگرش معنوی را می توان ناشی از عمق آگاهی انسان و شناخت او دانست که از سطح و ظاهر اشیاء و امور عبور می کند و به درون و ذات و ماهیت آنها و روابط و وابستگی های آنها با هدف جست و جوی علت و معنا نفوذ می

1. Sarason and Sarason

2. Individual perceptions

3. Lester, N., Keefe, F. J., & Rumble, M. E

4. International Association for the Study of Pain (IASP)

5. Hunt & Marshall

6. Costanza

7. Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J

8. Leyro, T. M. Zvolensky, M. J. & Bernstein, A

9. Sun, Boss, Pontier & Treur

1. Orsillo, SM.; Roemer, L

0

1. Simons, J. S., Gaher, R. M

1

نماید (شهیدی و فرج نیا، ۱۳۹۱). درد مزمن علاوه بر رنجی که برای بیمار دارد، تحمیل کننده بهای گزاف برای جامعه است. با توجه به اینکه دردهای مزمن واجد ابعاد روانشناختی نیز هست، لذا درمان‌های دارویی به تنهایی کافی نبوده، لازم است درمان‌های غیر دارویی به برنامه درمانی اضافه گردد. یکی از این درمان‌ها روان درمانی مثبت نگر است. این روان درمانی بر بهبود مشکلات روانشناختی افراد اثربخش بوده است (پیکت، کواقتری، متیوز و هولمز؛ ۲۰۱۱). سلیگمن (۱۹۹۶) بیان داشت که مثبت نگری بر افزایش توانایی‌ها و فضیلت‌های انسانی تاکید دارد و این امکان را برای افراد جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند (سلیگمن و سیکزنتمهالی، ۲۰۰۶)؛ این رویکرد به درمانگران توصیه می‌کند که به فرایندهای مثبت مراجعین شان که کم و به ندرت در زندگی شان جریان دارد توجه کنند (سلیگمن، ۲۰۰۶؛ خدادادی سنگده، تولائیان، بلقان آبادی، ۱۳۹۳). رشید (۲۰۰۸-۲۰۱۵) در مطالعه‌ای از روان درمانی مثبت نگر به منظور بالا بردن توانمندی‌ها استفاده کرد، نتایج نشان داد که فنون روان درمانی مثبت نگر در گروه آزمایش تغییر معنی‌داری در ۱۷ توانمندی مثبت افراد از ۲۴ توانمندی به وجود آورده بود. بولیر و همکاران^۳ (۲۰۱۳) و مونگرین، و آنسلمو-متیوز^۴ (۲۰۱۲) پژوهش‌های متعددی را بر روی افراد مبتلا به انواع بیماری‌هایی که درد مزمن به همراه دارند، انجام داده و اکثر نتایج از اثربخشی رویکردهای روان‌درمانی حکایت دارد. مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش روان درمانی مثبت نگر بر کیفیت زندگی، نگرش مذهبی و تحمل پریشانی زنان دارای درد مزمن تاثیر گذار می‌باشد؟

۲. روش پژوهش

پژوهش با هدف " بررسی اثربخشی درمان مثبت نگر گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن" با ۳۰ آزمودنی مراجعه کننده به کلینیک پارس رویال به روش در دسترس صورت پذیرفت. طرح تحقیق در زمره تحقیقات آینده‌نگر و آزمایشی بوده و زنان در دو گروه ۱۵ نفری با گمارش تصادفی جایگزین شدند؛ سپس مدت ۱۴ جلسه به آموزش روانشناسی مثبت نگر به آنها پرداخته شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، نگرش معنوی، تحمل پریشانی، پکیج روان درمانی مثبت نگر گروهی بوده است. روش آماری آمار توصیفی و استنباطی تحلیل کوواریانس، آزمون T مستقل و یومان ویتنی بوده است.

۳. ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36): پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و هشت مقیاس است که هر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیرمقیاس‌ها عبارتند از: کارکرد جسمی^۵، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی^۶، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی^۷، انرژی/خستگی^۸، بهزیستی هیجانی^۹، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی می‌باشد. نمره گذاری تا حدودی سخت است و دستورالعمل آن به طور کامل در بخش روانسنجی پرسشنامه آمده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه در جمعیت ایرانی: 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 ۰/۸۳ و سلامت عمومی ۰/۷۱ گزارش شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴).

پرسشنامه نگرش و توانایی معنوی: پرسشنامه از ۴۳ ماده و ۲ مقیاس نگرش معنوی (۲۱-۱۷-۲۶-۴۲-۳۲-۳۴-۳۱-۱۹-۳-۹-۷-۲۵-۵-۱۰-۱-۱۵-۳۰-۱۳-۱۶-۳۷-۴۳-۲۲-۲۸) و توانایی معنوی (۴۱-۱۱-۲-۱۲-۲۹-۸-۲۷-۱۴-۳۵-۲۴-۲۳-۳۸-۳۶-۳۹-۱۸-۳۳-۴-۲۰-۴۰) تشکیل شده است. نمره گذاری طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای و برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «تاحدودی موافقم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. ماده‌های شماره ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ بصورت معکوس نمره گذاری 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 ۵ هفته مورد آزمون قرار گرفت که ضریب همبستگی به دست آمده، ۰/۶۱ گزارش شد. همسانی درونی پرسشنامه از طریق «آلفای کرونباخ» محاسبه و ضریب به دست آمده برای کل آزمون، ۰/۹۱ گزارش شد (شهیدی و فرج نیا، ۱۳۹۱).

1. Pictet, A., Coughtrey, A. E., Mathews, A., & Himes, E. A

2. Seligman, M. E. P., & mihalyi, M

3. Bolier

4. Mongrain, & Anselmo-Matthews

5. Physical functioning

6. Role limitations due to physical health

7. Role limitations due to emotional problems

8. Energy/fatigue

9. Emotional well-being

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی: سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پرسشنامه را با ۱۵ ماده و چهار مقیاس: تحمل (۱، ۳، ۵)؛ جذب (۲، ۴، ۱۵)؛ ارزیابی (۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)؛ تنظیم (۸، ۱۳، ۱۴) و بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای شامل: کاملاً موافق ۱، اندکی موافق ۲، نه موافق و نه مخالف ۳، اندکی مخالف ۴ و کاملاً مخالف ۵ آماده نمودند، سوال ۶ معکوس نمره گذاری می شود. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) روایی ملاک و همگرایی اولیه خوبی را گزارش نمودند. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از ابزار آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفا برای هر کدام از زیر مقیاس های بعد 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. مقیاس دارای روایی ملاک و همگرایی اولیه خوبی بوده است. اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶؛ عزیزی، میرزائی و شمس (۱۳۸۸) آن را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش نمودند (دروگری، ۱۳۹۴).

پروتکل روان درمانی مثبت نگر گروهی: جلسه اول: جهت گیری- نوشتن یک صفحه درباره داستانی عینی از توانمندی های فردی و بحث درباره آن در گروه. جلسه دوم: کشف توانمندی های خاص- جلسه سوم: پرورش توانمندی ها و هیجانات مثبت- یادآوری سه امر مثبت در زندگی روزمره. جلسه چهارم: خاطرات خوب در برابر خاطرات بد در حفظ علائم افسردگی. جلسه پنجم: بخشش- وسیله قدرتمندی که می تواند خشم را به احساسات خنثی و حتی هیجانات مثبت بدل کند. جلسه ششم: قدردانی- موجب برانگیختن هیجانات مثبت می شود. جلسه هفتم: بررسی میان دوره ای درمان- بررسی پیشرفت افراد در بخشش، قدردانی، شکرگزاری، به کار بردن توانمندی هایشان در عمل. جلسه هشتم: قناعت در برابر بیشینه سازی. جلسه نهم: خوشبینی و امید. جلسه دهم: عشق و دلبستگی- شناسایی توانمندی های خاص دیگران. جلسه یازدهم: شجره نامه توانمندی ها- اهمیت شناسایی توانمندی های اعضای خانواده. جلسه دوازدهم: لذت همراه با تانی- آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن. جلسه سیزدهم: موهبت زمان- ارائه یکی از بزرگ ترین موهبت ها به دیگران یعنی موهبت زمان. جلسه چهاردهم: زندگی کامل- مفهوم زندگی کامل که شامل تعهد، معنا، و لذت می شود. مداخلات جلسات پیشین مرور می شود (رشید، ۲۰۱۵-۲۰۰۸).

۴. یافته ها

جدول ۱. فراوانی آزمودنی ها بر حسب دامنه سنی

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

آزمودنی ها در گروه مثبت نگر گروهی (۴۰ درصد) و کنترل (۴۶/۷ درصد) در دامنه سنی ۲۹ تا ۳۸ سال قرار گرفتند، آزمودنی های گروه مثبت نگر (۳۳/۳ درصد) بیش از ۱۲ ماه و در کنترل با همین تعداد نفرات بین ۳ تا ۶ ماه درد داشتند. در بررسی مفروضه نرمال بودن (با آزمون کالموگروف - اسمیرنف) نشان داد که نمرات آزمودنی ها در زمان ۱ (پیش آزمون) عامل های جذب، RE، RP، SF و P؛ در زمان ۲ (پس آزمون) جذب، تنظیم RE، EF و SF؛ در زمان ۳ (پیگیری) عامل های تحمل، تنظیم، RE، PF، RP، EW؛ در زمان ۴ (پس آزمون) SF غیر نرمال ($p < 0/05$) می باشند. پس برای بررسی آنها باید از آزمون ناپارامتریک یومان ویتنی (معادل T مستقل) استفاده کرد. در بررسی مفروضه خطی بودن نشان داده شد که رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون و نیز پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش با $P < 0/05$ معنادار است بنابراین این مفروضه رعایت شده است. همچنین مقادیر R در مراحل بیان شده بالاتر از ۰/۴۸۸ می باشد. همچنین در بررسی اثر تعامل گروه و پیش آزمون و گروه پس آزمون نشان داده شد که در عامل سلامت عمومی با $P < 0/05$ معنادار است بنابراین مفروضه شیب رگرسیون در آنها رعایت نشده است. پس باید معناداری تفاوت بین گروه ها در عامل مطرح شده از طریق آزمون T مستقل و یا یومان ویتنی محاسبه کرد.

فرضیه اصلی: روان - درماني مثبت نگر گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پريشانی در زنان مبتلا به درد مزمن موثر است.

جدول ۲. آزمون همگنی واریانس در سه عامل

پيگيري			پس آزمون			متغير
احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	
۰/۰۱۶	۲۸ و ۱	۶/۵۶۲	۰/۰۰۶	۲۸ و ۱	۸/۸۸۲	کیفیت زندگی
۰/۴۴۶	۲۸ و ۱	۰/۵۹۸	۰/۰۱۸	۲۸ و ۱	۶/۲۶۱	معنویت
۰/۳۶۸	۲۸ و ۱	۰/۸۳۷	۰/۱۷۳	۲۸ و ۱	۱/۹۵۳	تحمل پريشانی

جدول ۲ نشان داد که: مفروضه همگنی واریانس برای متغیر پس آزمون معنویت و پس و پیگیری کیفیت زندگی با $P < 0/05$ رعایت نشده است. بنابراین در مرحله بعد در صورتی معناداری پذیرفته می شود که سطح سخت تری ها بر آن اعمال گردد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی

پيگيري کیفیت زندگی با برداشتن اثر پس آزمون					پس آزمون کیفیت زندگی با برداشتن اثر پیش آزمون					شاخصها منابع تغییر
احتمال F	F نسبت	میانگین مختورات	درجه آزادی	مجموع مختورات	احتمال F	F نسبت	میانگین مختورات	درجه آزادی	مجموع مختورات	
۰/۰۰۰۱	۱۲۰/۱۷۴	۱۰۶۰۴۳/۰۱۲	۱	۱۰۶۰۴۳/۰۱۲	۰/۰۰۰۱	۵۸/۰۶۶	۱۰۲۸۷۱/۳۰۹	۱	۱۰۲۸۷۱/۳۰۹	اثر پیش آزمون
۰/۳۲۹	۰/۹۹	۸۷۳/۳۸۱	۱	۸۷۳/۳۸۱	۰/۰۰۰۱	۴۷/۴۳	۸۴۰۲۸/۷۸۳	۱	۸۴۰۲۸/۷۸۳	گروه ها
		۸۸۲/۴۱۶	۲۷	۲۳۸۲۵/۲۲۴			۱۷۷۱/۶۲۴	۲۷	۴۷۸۳۳/۸۴۸	واریانس درون گروهی
			۳۰	۴۹۰۲۶۰۴/۸۹۱				۳۰	۵۰۸۶۴۴۵/۴۲۵	مجموع

جدول ۳ نشان داد که: اثر پیش آزمون و پس آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین پس آزمون، پیش آزمون و کنترل همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=47/43, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. همچنین با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=0/99, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۴. میانگین های 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
مثبت نگر	۴۵۵/۲۷۴	۴۵۵/۰۴۳	۴۴۶/۸۷۸۷	۴۰۲/۲۹
کنترل	۳۴۸/۹۶۲۷	۳۴۹/۱۹۴	۳۴۴/۲۱۲	۳۸۸/۸۰۱

جدول ۴ نشان داد که: میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۱۰۵/۸۴۹) نشان داد که کیفیت زندگی افراد در گروه مثبت نگر بالاتر از گروه کنترل است. در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین (۱۳/۴۸۹) بین گروه مثبت نگر و گروه کنترل معنادار نیست.

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس معنویت

پيگيري معنویت با برداشتن اثر پس آزمون					پس آزمون معنویت با برداشتن اثر پیش آزمون					شاخصها منابع تغییر
احتمال F	F نسبت	میانگین مختورات	درجه آزادی	مجموع مختورات	احتمال F	F نسبت	میانگین مختورات	درجه آزادی	مجموع مختورات	
۰/۰۰۰۱	۳۳۵/۷۲۲	۴۳۵۷/۰۵۶	۱	۴۳۵۷/۰۵۶	۰/۰۰۰۱	۱۴۲/۲۶۷	۳۸۳۰/۶۰۹	۱	۳۸۳۰/۶۰۹	اثر پیش آزمون
۰/۳۲۶	۱/۰۰۱	۱۲/۹۹۴	۱	۱۲/۹۹۴	۰/۰۰۰۱	۴۵/۴۴۷	۱۲۲۳/۶۹۱	۱	۱۲۲۳/۶۹۱	گروه ها
		۱۲/۹۷۸	۲۷	۳۵۰/۴۱۱			۲۶/۹۲۶	۲۷	۷۲۶/۹۹۱	واریانس درون گروهی
			۳۰	۳۳۸۱۰۷				۳۰	۳۲۶۰۳۱	مجموع

جدول ۵ نشان داد که: اثر پیش و پس آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین و پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=45/447, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. همچنین با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=1/001, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۶. میانگین های 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 اثر پس آزمون
مثبت نگر	۱۱۰	۱۰۹/۶۸۹	۱۱۲/۴۶۶۷	۱۰۵/۹۱۶
کنترل	۹۶/۶	۹۶/۹۱۱	۹۷/۸۶۶۷	۱۰۴/۴۱۸

جدول ۶ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۱۲/۷۷۸) نشان داد که معنویت افراد در گروه مثبت نگر بالاتر از گروه کنترل است. در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین (۱/۴۹۸) بین گروه مثبت نگر و گروه کنترل معنادار نیست.

جدول ۷. آزمون تحلیل کوواریانس تحمل پریشانی

شاخصها منابع تغییر	پس آزمون تحمل پریشانی با برداشتن اثر پیش آزمون					تحمل پریشانی با برداشتن اثر پس آزمون				
	مجموع	درجه آزادی	میانگین	پ.م.ا	F	مجموع	درجه آزادی	میانگین	پ.م.ا	F
اثر پیش آزمون	۳۰۹/۵۸۶	۱	۳۰۹/۵۸۶	۰	۰/۰۰۰۱	۲۵۳/۸۵۴	۱	۲۵۳/۸۵۴	۰	۰/۰۰۰۱
گروه ها	۱۱۶۵/۵۸۱	۱	۱۱۶۵/۵۸۱	۱۱۶/۰۹۳	۰/۰۰۰۱	۱۳/۴۷۱	۱	۱۳/۴۷۱	۱۱۶/۰۹۳	۰/۰۰۰۱
واریانس درون گروهی	۲۷۱/۰۸۱	۲۷	۱۰/۰۴	۲۲۸/۲۷۹		۸/۴۵۵	۲۷	۲۲۸/۲۷۹		
مجموع	۵۹۲/۰۹	۳۰		۶۰۰/۷۱			۳۰			

جدول ۷ نشان داد که: اثر پیش و پس آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین و پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=116/093, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. اما با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=1/593, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۸. میانگین های 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 اثر پس آزمون
مثبت نگر	۵۰/۷۳۳۳	۵۰/۰۱۹	۵۰/۱۳۳۳	۴۵/۴۳۹
کنترل	۳۶/۵۳۳۳	۳۷/۲۴۸	۳۸/۲	۴۲/۸۹۴

جدول ۸ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۱۲/۷۷۱) نشان داد که میانگین گروه مثبت نگر بالاتر از گروه کنترل است. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون نیز اختلاف میانگین (۲/۵۴۴) بین دو گروه مثبت نگر و کنترل معنادار نیست.

فرضیه های فرعی

فرضیه یک: روان - درمانی مثبت نگر گروهی بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به درد مزمن موثر است.

جدول آزمون همگنی واریانس مولفه های کیفیت زندگی

متغیر	پس آزمون		پیگیری	
	F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	درجه آزادی ۱ و ۲
کارکرد جسمی (PF)	۰/۲۵	۲۸ و ۱	۰/۶۲۱	۲۸ و ۱
بهبودی هیجانی (EW)	۰/۵۱۴	۲۸ و ۱	۰/۴۷۹	۲۸ و ۱
درد (P)	-	-	۰/۰۴۷	۲۸ و ۱
سلامت عمومی (GH)	۰/۰۲۳	-	۱/۹۹۸	-

جدول ۸ نشان داد که: مفروضه همگنی واریانس با $P > 0/05$ برای همه عامل ها رعایت شده است.

جدول ۹. آزمون تحلیل کوواریانس در پس آزمون PF و EW و پیگیری P

پس آزمون PF با برداشتن اثر پیش آزمون	پس آزمون EW با برداشتن اثر پیش آزمون	پیگیری P با برداشتن اثر پس آزمون
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

شاخصها منابع تغییر	مجموع مختصات	درجه آزادی	میانگین مختصات	مجموع مختصات	درجه آزادی	میانگین مختصات	نسبت F	احتمال F	مجموع مختصات	درجه آزادی	میانگین مختصات	نسبت F	احتمال F
اثر پیش آزمون	۵۷۵۹/۹	۱	۵۷۵۹/۹	۱۴۹۸۶/۷	۱	۱۴۹۸۶/۷	۲۵۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۴۲۱۳/۰۲	۱	۴۲۱۳/۰۲	۱۶۸/۴۱	۰/۰۰۰۱
گروه ها	۲۵/۲۹۴	۱	۲۵/۲۹۴	۷/۵۵۵	۱	۷/۵۵۵	۷۱/۲۸۵	۰/۰۰۰۱	۱۱۹۷/۷	۱	۱۱۹۷/۷	۰/۷۴	۰/۳۹۷
واریانس درون گروهی	۹۲۳/۴۳	۲۷	۳۴/۲	۳۸۹/۵۱۵	۲۷	۱۴/۴۲۶	۱۶/۸۰۲		۴۵۳/۶۴	۲۷			
مجموع		۳۰		۸۳۵۷۸	۳۰				۹۹۱۳۲	۳۰			

جدول ۹ نشان داد که: اثر پیش و پس آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین و پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=0/74, P > 0/05$ بین گروه ها از لحاظ کارکرد جسمی (PF) تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=0/524, P > 0/05$ بین گروه ها از لحاظ درد (P) تفاوت معنادار مشاهده نشد. ولی با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=71/285, P < 0/01$ بین گروه ها تفاوتی معنادار از لحاظ بهزیستی هیجانی (EW) مشاهده شد.

جدول ۱۰. میانگین های پس آزمون و پیگیری

گروه	کارکرد جسمی (PF)		بهزیستی هیجانی (EW)		درد (P)
	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون	
مثبت نگر	۵۳/۷۶۳	۶۱/۷۳۳۳	۶۲/۱۲۲	۵۴/۳۳۳۳	۴۷/۶۵۷
کنترل	۵۱/۹۰۳	۴۹/۸۶۶۷	۴۹/۴۷۸	۳۹/۹۳۳۳	۴۶/۶۱

جدول ۱۰ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۱/۸۶) از لحاظ کارکرد جسمی معنادار نیست اما در همین مرحله برای عامل بهزیستی هیجانی اختلاف میانگین (۱۲/۶۴۴) نشان داد که میانگین گروه مثبت نگر بالاتر از گروه کنترل است. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون نیز اختلاف میانگین (۱/۰۴۷) بین دو گروه مثبت نگر و کنترل از لحاظ درد معنادار نیست.

جدول ۱۱. آزمون T مستقل نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پس آزمون - پیگیری عامل سلامت عمومی

پیش آزمون - پس آزمون	T	درجه آزادی	احتمال T	آزمون T برای برابری میانگین		با احتمال ۰/۹۵
				خطای استاندارد اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	
پیش آزمون - پس آزمون	-۳/۹۳۷	۲۸	۰/۰۰۰۱	۱/۵۰۷۰۲	-۵/۹۳۳۳۳	پایین
پس آزمون - پیگیری	-۰/۶۹۵	۲۸	۰/۴۹۳	۱/۵۳۴۷۸	-۱/۰۶۶۶۷	بالا

جدول ۱۱ نشان داد که: با توجه به جدول فوق با $T(28)=-3/937, P < 0/05$ در پیش آزمون - پس آزمون سلامت عمومی نشان داد که بین نمرات افتراقی گروه های مثبت نگر و کنترل تفاوت ($-5/93333$) معنادار وجود دارد به طوری که در گروه مثبت نگر سلامت روان بالاتری از گروه کنترل دارد. اما در پس آزمون - پیگیری سلامت عمومی با $T(28)=-0/695, P > 0/05$ گروه های مثبت نگر و کنترل تفاوت ($-1/06667$) معنادار ندارد.

جدول ۱۲. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون درد و پس آزمون - پیگیری عامل سلامت جسمی و

بهزیستی هیجانی

گروهها	نماد	پس آزمون - پیگیری عامل سلامت جسمی				پس آزمون - پیگیری بهزیستی هیجانی				پیش آزمون - پس آزمون درد			
		میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	Z مقدار	احتمال Z	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	Z مقدار	احتمال Z	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	Z مقدار	احتمال Z
مثبت نگر	۱۵	۱۶/۲	۱۰۲	-۰/۴۶	۰/۶۵	۱۶/۱۳	۱۰۲	-۰/۳۹۷	۰/۶۹۱	۸/۱	۱/۵	۱۲۱/۵	-۴/۶۳
کنترل	۱۵	۱۴/۸				۱۴/۸۷				۲۲/۹			
مجموع	۳۰												

جدول ۱۲ نشان داد که: بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل درد با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد و مشخص شد که بین میانگین های نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری عامل های سلامت جسمی و بهزیستی هیجانی با $P > 0/05$ بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۱۳. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل کارکرد اجتماعی

پس آزمون - پیگیری عامل کارکرد اجتماعی					پیش آزمون - پس آزمون عامل کارکرد اجتماعی					گروهها
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	
۰/۱۷۴	-۱/۳۶	۸۰/۵	۱۷/۶۳	۱۵	۰/۰۰۰۱	-۳/۹۷	۱۷/۵	۹/۱۷	۱۵	مثبت نگر
			۱۳/۳۷	۱۵				۲۱/۸۳	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۱۳ نشان داد که: بین میانگینهای نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل کارکرد اجتماعی با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد اما بین میانگینهای نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری دو گروه با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار دیده نشد.

جدول ۱۴. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل نقش جسمی

پس آزمون - پیگیری عامل نقش جسمی					پیش آزمون - پس آزمون عامل نقش جسمی					گروهها
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	
۰/۶۲	-۰/۴۹۶	۱۰/۱۵	۱۴/۷۷	۱۵	۰/۱۲	-۱/۵۵	۷۷	۱۳/۱۳	۱۵	مثبت نگر
			۱۶/۲۳	۱۵				۱۷/۸۷	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۱۴ نشان داد که: بین میانگینهای نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل نقش جسمی با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست همچنین بین میانگینهای نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری دو گروه با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست.

جدول ۱۵. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل نقش هیجانی

پس آزمون - پیگیری عامل نقش هیجانی					پیش آزمون - پس آزمون عامل نقش هیجانی					گروهها
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	
۰/۲۷۲	-۱/۰۹	۸۷	۱۷/۲	۱۵	۰/۰۲۶	-۲/۲۳	۶۲	۱۲/۱۳	۱۵	مثبت نگر
			۱۳/۸	۱۵				۱۸/۸۷	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۱۵ نشان داد که: بین میانگینهای نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل نقش هیجانی با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد اما بین میانگینهای نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری دو گروه با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار دیده نشد.

جدول ۱۶. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل انرژی

پس آزمون - پیگیری عامل انرژی					پیش آزمون - پس آزمون عامل انرژی					گروهها
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین (رتبه ای)	تعداد	
۰/۰۳۶	-۲/۰۹۷	۶۳	۱۲/۲	۱۵	۰/۰۰۰۱	-۳/۹۹	۱۷	۹/۱۳	۱۵	مثبت نگر
			۱۶/۸	۱۵				۲۱/۸۷	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۱۶ نشان داد که: بین میانگینهای نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل انرژی با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد همچنین بین میانگینهای نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری دو گروه با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پیگیری نیز شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد.

فرضیه ۲: روان - درمانی مثبت نگر گروهی بر نگرش معنوی در زنان مبتلا به درد مزمن موثر است.

جدول ۱۷. آزمون همگنی واریانس در توانایی و نگرش معنوی

پیگیری			پس آزمون			
احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	متغیر
۰/۸۹۵	۲۸ و ۱	۰/۰۱۸	۰/۶۷۴	۲۸ و ۱	۰/۱۸۱	توانایی معنوی
۰/۰۰۱	۲۸ و ۱	۱۳/۰۹۵	۰/۱۱۲	۲۸ و ۱	۲/۶۹۳	نگرش معنوی

جدول ۱۷ نشان داد که: مفروضه همگنی واریانس برای متغیر پیگیری نگرش معنوی با $P < 0/05$ رعایت نشده است. بنابراین در مرحله بعد در صورتی معناداری پذیرفته می شود که سطح سخت تری بر آن اعمال گردد.

جدول ۱۸. آزمون تحلیل کوواریانس توانایی معنوی

پیگیری توانایی معنوی با برداشتن اثر پس آزمون						پس آزمون توانایی معنوی با برداشتن اثر پیش آزمون					
احتمال F	نسبت F	میانگین معجزورات	درجه آزادی	مجموع معجزورات	اثر پس آزمون	احتمال F	نسبت F	میانگین معجزورات	درجه آزادی	مجموع معجزورات	اثر پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۲۱۹/۰۱۸	۱۰۷۶/۰۱۸	۱	۱۰۷۶/۰۱۸	اثر پس آزمون	۰/۰۰۰۱	۲۱۲/۹۳۳	۱۲۸۱/۹۷۸	۱	۱۲۸۱/۹۷۸	اثر پیش آزمون
۰/۰۰۰۴	۱۰/۰۱۳	۴۹/۱۹۱	۱	۴۹/۱۹۱	گروه ها	۰/۰۰۰۱	۷۰/۸۹۸	۴۲۶/۸۴۷	۱	۴۲۶/۸۴۷	گروه ها
		۴/۹۱۳	۲۷	۱۳۲/۶۴۹	واریانس درون گروهی			۶/۰۲۱	۲۷	۱۶۲/۵۵۶	واریانس درون گروهی
			۳۰	۷۵۱۳۰	مجموع				۳۰	۷۱۹۹۲	مجموع

جدول ۱۸ نشان داد که: اثر پیش و پس آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین و پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=70/898, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. همچنین با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=10/013, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد.

جدول ۱۹. میانگین های پس آزمون و پیگیری توانایی معنوی

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
مثبت نگر	۵۲/۲۶۶۷	۵۲/۱۰۶	۵۰/۸۷۲	۵۰/۸۷۲
کنترل	۴۴/۴	۴۴/۵۶	۴۷/۹۲۸	۴۴/۵۳۳

جدول ۱۹ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه های مثبت نگر و کنترل (۷/۵۹۶) نشان داد که توانایی معنوی در گروه مثبت نگر بیشتر از گروه کنترل است. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون نیز نشان داده شد اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۲/۹۴۴) معنادار است بدین ترتیب در مرحله پیگیری توانایی معنوی افراد در گروه مثبت نگر بالاتر از گروه کنترل است.

جدول ۲۰. آزمون تحلیل کوواریانس نگرش معنوی

پیگیری نگرش معنوی با برداشتن اثر پس آزمون						پس آزمون نگرش معنوی با برداشتن اثر پیش آزمون					
احتمال F	نسبت F	میانگین معجزورات	درجه آزادی	مجموع معجزورات	اثر پس آزمون	احتمال F	نسبت F	میانگین معجزورات	درجه آزادی	مجموع معجزورات	اثر پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۵۱۰/۰۲۵	۲۵۵۲/۶۰۲	۱	۲۵۵۲/۶۰۲	اثر پس آزمون	۰/۰۰۰۱	۱۰۲/۰۰۸	۲۱۸۸/۱۶۲	۱	۲۱۸۸/۱۶۲	اثر پیش آزمون
۰/۶۰۳	۰/۲۷۷	۱/۳۸۸	۱	۱/۳۸۸	گروه ها	۰/۰۰۵	۹/۵۷۱	۲۰۵/۲۹۵	۱	۲۰۵/۲۹۵	گروه ها
		۵/۰۰۵	۲۷	۱۳۵/۱۳۱	واریانس درون گروهی			۲۱/۴۵۱	۲۷	۵۷۹/۱۷۲	واریانس درون گروهی
			۳۰	۹۶۱۶۳	مجموع				۳۰	۹۳۶۳۷	مجموع

جدول ۲۰ نشان داد که: اثر پیش و پس آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین و پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=9/571, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. اما با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=0/277, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۲۱. میانگین های پس آزمون و پیگیری نگرش معنوی

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
مثبت نگر	۵۷/۷۳۳۳	۵۷/۵۸	۵۸/۲	۵۵/۵۴۳
کنترل	۵۲/۲	۵۲/۳۵	۵۳/۳۳	۵۵/۹۹

جدول ۲۱ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه های مثبت و کنترل اختلاف میانگین (۵/۲۳۳) معنادار است، بطری که نشان داده شد نشان داد که نگرش معنوی در گروه مثبت نگر بیشتر از گروه کنترل است. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون نیز نشان داده شد اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۰/۴۴۸-) معنادار نیست.

فرضیه ۳: روان - درمانی مثبت نگر گروهی بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن موثر است.

جدول ۲۲. آزمون همگنی واریانس در ارزیابی و تحمل

متغیر	پس آزمون		پیگیری	
	F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	درجه آزادی ۱ و ۲
ارزیابی	۰/۳۳۳	۲۸ و ۱	۱/۶۶۵	۲۸ و ۱
تحمل	۴/۰۷	۲۸ و ۱	۰/۰۵۳	-
احتمال F				
				۰/۲۰۷

جدول ۲۲ نشان داد که: مفروضه همگنی واریانس با $P > 0/05$ رعایت شده است.

جدول ۲۳. آزمون تحلیل کوواریانس ارزیابی

شاخصها منابع تغییر	پس آزمون ارزیابی با برداشتن اثر پیش آزمون				پیگیری ارزیابی با برداشتن اثر پس آزمون			
	F	نسبت	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	نسبت	میانگین مجزورات	درجه آزادی
اثر پیش آزمون	۲۳۳/۲۳۱	۱	۲۳۳/۲۳۱	۱	۰/۰۰۰۱	۶۳/۵	۱۰۰/۷۴۹	۱
گروه ها	۱۷۷/۴۱۵	۱	۱۷۷/۴۱۵	۱	۰/۰۰۰۱	۴۸/۳۰۳	۲۴/۷	۱
واریانس درون گروهی	۹۹/۱۶۹	۲۷	۳/۶۷۳	۲۷		۶۳/۵۱۸	۲۷	۲/۳۵۳
مجموع	۷۲۴۵	۳۰	۷۶۳۸	۳۰		۷۶۳۸	۳۰	
احتمال F								

جدول ۲۳ نشان داد که: اثر پیش و پس آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین و پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=48/303, P < 0/01$ بین گروه ها با تفاوتی معنادار مشاهده شد. همچنین با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=10/499, P < 0/01$ بین گروه ها تفاوتی معنادار مشاهده شد.

جدول ۲۴. میانگین های پس آزمون و پیگیری ارزیابی

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
مثبت نگر	۱۷/۸	۱۷/۳۶۲	۱۸/۳۳۳	۱۶/۷۳۷
کنترل	۱۲	۱۲/۴۳۸	۱۲/۷۳۳۳	۱۴/۳۳

جدول ۲۴ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۴/۹۲۳) نشان داد که میانگین گروه مثبت نگر بالاتر از گروه کنترل است. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون اختلاف میانگین بین گروه مثبت نگر و کنترل (۲/۴۰۷) نشان داد که گروه مثبت نگر ارزیابی بالاتر از گروه کنترل دارد.

جدول ۲۵. آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون تحمل با برداشتن اثر پیش آزمون

شاخصها منابع تغییر	پس آزمون تحمل با برداشتن اثر پیش آزمون			
	F	نسبت	میانگین مجزورات	درجه آزادی
اثر پیش آزمون	۴۹/۴۲۳	۱	۴۹/۴۲۳	۱
گروه ها	۴۱/۲۰۱	۱	۴۱/۲۰۱	۱
واریانس درون گروهی	۵۵/۹۱	۲۷	۲/۰۷۱	۲۷
مجموع	۶۷/۲۴	۳۰		۳۰
احتمال F				

جدول ۲۵ نشان داد که: اثر پیش آزمون با $P < 0/01$ معنادار بوده بنابراین بین پیش آزمون و پس آزمون نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=19/897, P < 0/01$ بین گروه ها تفاوتی معنادار مشاهده شد.

جدول ۲۶. میانگین های پیگیری تحمل

گروه	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون
مثبت نگر	۱۰/۱۳۳۳	۹/۹۵
کنترل	۷/۴	۷/۵۸۳

جدول ۲۶ نشان داد که: اختلاف میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون (۲/۳۶۸) بین دو گروه معنادار است به طوری که نشان داده شد گروه مثبت نگر شرایط بهتری از گروه کنترل دارد.

جدول ۲۷. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری عامل تحمل

گروهها	تعداد	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z
مثبت نگر	۱۵	۱۹/۶۷	۵۰	-۲/۶۳	۰/۰۰۸
کنترل	۱۵	۱۱/۳۳			
مجموع	۳۰				

جدول ۲۷ نشان داد که: بین میانگینهای نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری عامل تحمل با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پیگیری شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد.

جدول ۲۸. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل جذب

گروهها	تعداد	میانگین رتبه ای	پیش آزمون - پس آزمون عامل جذب			
			یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z	مقدار Z
مثبت نگر	۱۵	۹/۸۷	۲۸	-۳/۵۷	۰/۰۰۰۱	۱۵
کنترل	۱۵	۲۱/۱۳				۱۵
مجموع	۳۰					۳۰

جدول ۲۸ نشان داد که: بین میانگینهای نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل جذب با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد اما بین میانگینهای نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری دو گروه با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست.

جدول ۲۹. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل تنظیم

گروهها	تعداد	میانگین رتبه ای	پیش آزمون - پس آزمون عامل تنظیم			
			یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z	مقدار Z
مثبت نگر	۱۵	۱۱/۵	۵۲/۵	-۲/۵۵	۰/۰۱۱	۱۵
کنترل	۱۵	۱۹/۵				۱۵
مجموع	۳۰					۳۰

جدول ۲۹ نشان داد که: بین میانگینهای نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل تنظیم با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد همچنین بین میانگینهای نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری دو گروه با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه مثبت نگر در پیگیری نیز شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد.

۵. بحث

پژوهش با عنوان " بررسی اثربخشی درمان مثبت نگر گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن " شهر تهران در رویال کلینیک صورت پذیرفت. با توجه به موضوع مورد مطالعه؛ سازگاری مؤثر با درد، نیازمند انطباق همه جانبه ی زندگی بیمار با تجربه درد است (کولیوند، نظری مهین و جعفری، ۱۳۹۴). مشاهده شده که مداخلات رفتاری ارزیابی و مشاهده شد در دیسترس روانی کارآمد می باشند و میتوانند عملکرد اجتماعی بیماران را افزایش دهند (تیلر، ۲۰۱۵؛ ترجمه: رضائی، ۱۳۹۶). متغیر دیگری که در شرایط هیجانی و بحرانی به مدد فرد خواهد آمد، معنویت است که به نمرات امیدواری و این که موجودی فراتر، هنوز به مراقبت و حمایت از وی می پردازد، اشاره دارد (وست، ۱۹۹۹؛ تقی زاده، ۱۳۹۲). ایمونز بیان می کند که «معنویت» جست و جویی

برای یافتن عناصر مقدس، معنایابی، هشیاری بالا و تعالی است (شهیدی و فرج نیا، ۱۳۹۱). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی شامل توانایی عملکرد و سلامت، بهزیستی و وضعیت روحی - روانی است (سازمان جهانی کیفیت زندگی، ۲۰۱۴) و یا برداشت هر شخص از وضعیت خود و میزان رضایت او از این وضع (نبائی، خیل تاش، منتظری و همکاران، ۲۰۰۷؛ کرمی، فلاحت پیشه، جهانی هاشمی و بیرقدار، ۱۳۸۹). از دیگر سوی برای کنار آمدن با شرایط سخت بیماری و احساس درد و تحمل آن، نیاز به نیروی بالقوه است، در حقیقت تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی درگیر بی‌نظمی رفتار می‌شوند و از پرداختن به برخی از رفتارهای مخرب درصدد تسکین درد هیجانی برمی‌آیند (ریحانی، سخاوت‌پور، حیدرزاده، موسوی و مظلوم، ۱۳۹۳). متغیر تاثیر گذار مطالعه ی حاضر، درمان گروهی مثبت نگر با تاثیر بر نمونه زنان با درد مزمن می باشد؛ فردی که دچار بیماری، مساله و مشکلی است در تنهایی مسائل خود را بغرنج تر، سخت و صعب تر می بیند و جز ناامیدی و استفاده از راه حل های هیجان مدار رفتاری را در پیش نخواهد گرفت. در گروه درمانی فرد به این نتیجه می رسد که افرادی نیز وجود دارند که با مساله و مشکل وی دست و پنجه نرم می کنند و با تجربیات خاص و منحصر به فرد آنها نیز آشنا شده و قرار گرفتن در گروهی که با همدلی بالایی نشانه گذاری می شوند. روانشناسی مثبت نگر رویکردی است که بر افزایش توانایی ها و فضیلت های انسانی تاکید (سلیگمن و سیکزنتمهالی، ۲۰۰۶) این رویکرد به درمانگران توصیه می کند که به فرایندهای مثبت مراجعین شان که کم و به ندرت در زندگی شان جریان دارد توجه کنند (سلیگمن، ۲۰۰۶؛ خدادادی سنگده، تولاتیان، بلقان آبادی، ۱۳۹۳). تیلر (۲۰۱۵) به تاثیر مثبت درمان های روان شناختی، خودگویی مثبت بر کاهش درد مزمن؛ سلیگمن، ارنست، گیلهم، پویک و لینکینز (۲۰۰۹) تاثیر مثبت روان درمانی مثبت نگر بر کاهش افسردگی و افزایش شادکامی؛ صادقی و علیلو (۱۳۹۵) گروه درمانی برای بهبود شرایط بیماران بیمارستانی؛ ژوزف و وود (۲۰۱۰) و استایل (۲۰۱۱) تاثیر مثبت روان درمانی مثبت نگر بر شادی، آرامش، هیجانات مثبت و تسریع در بهبودی بیماران در ابعاد جسمانی و روانشناختی؛ برونون، فیست و آدگروف (۲۰۱۴) رابطه مستقیم درد مزمن با فرایندهای فیزیولوژیکی بدن، کارکردهای روانی - اجتماعی، افسردگی، آشفتگی در روابط بین فرد - خانوادگی، آشفتگی در خواب، کاهش کارکردهای جسمی و روان شناختی؛ ریحانی، سخاوت پور، حیدری، موسوی و مظلوم (۱۳۹۳) رابطه مستقیم تحمل پریشانی در افراد با کیفیت زندگی و بازنمائی های هیجانی - روانشناختی آنان؛ لیزو، ولنسکی و برنستاین (۲۰۱۰) رابطه مستقیم تحمل پریشانی با مصرف مواد مخدر، اضطراب، خلق، اختلالات شخصیت و کیفیت زندگی پایین؛ خدابخش، خسروی و شاهنگیان (۱۳۹۴) رابطه مستقیم دردهای مزمن با درمان های جسمانی - روان شناختی و درمان های مثبت نگر؛ سلیگمن، سلیگمن، ارنست، گیلهم، پیویچ و لینکینز (۲۰۰۹) رابطه مثبت و مستقیم دردهای مزمن با درمان های روانشناسی مثبت نگر؛ رشید (۲۰۰۸) و فردریکسون (۲۰۰۹) درمان های مثبت نگر در بهبود شرایط بیماری های مزمن در افزایش توانمندی و سازگاری با مشکلات؛ کاسلاس، فونت و ویوس (۲۰۱۴) تاثیر مثبت روان درمانی مثبت نگر بر بیماری های جسمی و مبتلایان به دردهای مزمن؛ سیکزنتی و میهالی (۲۰۰۹) بر تاثیر مثبت روانشناسی مثبت نگر بر ارزشمند سازی زندگی و کاهش درد در بیماران تاکید داشتند.

۶. نتیجه گیری

با توجه به تاثیر گذاری متغیر روان درمانی مثبت نگر گروهی بر کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و نگرش معنوی در زنان مبتلا به درد مزمن مشاهده می شود که: دردهای مزمن با ساختاری روانشناختی شناسایی می شوند، همان دردهایی که زمینه ساز هیجانات سرکوب شده، ناگفته ها، نیازها و عطش ها برای جلب توجه می باشند. دردهای مزمن توان فرسایشی بالایی داشته و سطوح فردی، بین فردی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی، تحصیلی و شغلی را به خود اختصاص می دهند. در گروه درمانی مثبت نگر، افراد با ویژگی های مثبت شخصیتی، هیجانات مثبت، قسمت های مثبت فراموش شده و نادیده گرفته شده در بافت مساله ی خویش آشنا می شوند. همچنین درمان مثبت نگر گروهی، در بالابردن کیفیت زندگی، تحمل پریشانی در زنان با دردمزمن تاثیر گذار بوده است. به هر حال روان درمانی گروهی مثبت نگر در جامعه ایرانی - اسلامی امروز سعی نموده است که سازگاری های سالم را به جای سازگاری های پاتولوژیک و غیر سالم جایگزین کرده و به میزان کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و نگرش مذهبی زنان نمونه حاضر نیز بیفزاید.

تشکر و قدردانی از تمامی عزیزانی که در این پروسه ی کاری با تمام قلب در کنار ما بودند..

منابع

- ای سندرسون، کاترین (۲۰۱۳). روانشناسی سلامت. مترجمان: تهران. فرحناز مسچی، شیدا سودگر، فردین مرادی منش، محمد بیاضی، افسانه صبحی، اسماعیل خیرجو، فرهاد هژیر، علی اکبر ثمری. چاپ دوم. تهران. انتشارات سرافراز.

1. Tayler

2. Seligman, M.E.P., Ernest, R.M., Gillham, J., Peivich, K., & Linkins, M

- اندامی خشک، علیرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبائی. تهران.
- تقی زاده، محمد احسان؛ میر علایی، مرضیه السادات. (۱۳۹۲). *مطالعه اثر بخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور استان تهران. روان شناسی سلامت. فصلنامه علمی پژوهشی. سال ۲ / شماره ۱۲ / ص ۱۵. اصفهان.
- تیلر، شلی. ای. (۲۰۱۵). روانشناسی سلامت. ترجمه: رضائی، فریده. (۱۳۹۶). در دست ترجمه. تهران.
- خدادادی سنگده، جواد، تولائی، عبدالحسین، بلقان آبادی، مصطفی. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه. *مجله روانشناسی خانواده*. ۱(۱)، ۶۲-۵۳.
- دروگری، سهیلا. (۱۳۹۴). رابطه‌ی توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور استان قم. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم.
- رضائی، فریده؛ حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۶). مدل یابی ساختاری ارزش گذاری به تصویر بدنی و عملکرد جنسی با میانجی گری سلامت معنوی و رشد پس از سانحه در میزان کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم تحقیقات. تهران.
- رضایی اقدم، شراره؛ ابوالمعالی، خدیجه. (۱۳۹۴). پیش بینی سرمایه روانشناختی بر اساس سبک های دلبستگی و کنترل هیجان در فرزندان نوجوان طلاق. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.
- ریحانی، طیبه، سخاوت پور، زهره، حیدر زاده، محمد، موسوی، سید محمد، مظلوم، سیدرضا. (۱۳۹۳)، بررسی تاثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۱۷(۹۷)، ۱۸-۲.
- شهیدی، شهریار، فرج نیا، سعیده. (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سنجش نگرش معنوی. *مجله روانشناسی و دین*. ۵(۳)، ۹۷-۱۱۵.
- کولیوند، پیر حسین؛ نظری مهین، آزاده؛ جعفری، ربابه. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش پریشانی در بیماران با درد مزمن. مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا. بیمارستان خاتم الانبیاء. *مجله شفای خاتم*. دوره ۲. شماره ۳. ضمیمه اول. ص ۶۵. تهران.
- کیانیان، الهام؛ پیرخانی، علیرضا. (۱۳۹۶). مقایسه سلامت عمومی، جسمانی- روانی و اجتماعی در بین دو گروه از دانشجویان دختر و پسر باهوش و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار. تهران.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ وحدانی نیا، مریم السادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. *فصلنامه پایش*، ۵ (۱): ۴۹ تا ۵۶.
- وست، ویلیام. (۲۰۰۴). روان درمانی و معنویت. ترجمه: شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن. (۱۳۸۷). انتشارات رشد. تهران.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Cengage Learning.
- Gross JJ. (2010). *Handbook of Emotion regulation*. New York: Guilford Press;
- Lester, N., Keefe, F. J., & Rumble, M. E. (2014). *Coping with chronic pain*. In Cambridge University Press.
- Leyro, T. M. Zvolensky, M. J. & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576.
- Mohammadzadeh, F., Faghihzadeh, S., Lari, M. A., Mahdavi, M. R. V., Kheradmand, J. A., Noorbala, A. A., ... & Kordi, R. (2015). A Fairly Comprehensive Survey of Chronic Pain in Iranian Population: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Daily Life. *Health Scope*, 4(3).
- Nabaei B, Kheiltash A, Montazeri A, et al. (2007). The comparison of quality of life in patients with leukemia and lymphoma. *Tehran University Medical Journal*; 63(5):399-404[in Persian].
- Orsillo, SM.; Roemer, L. (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer Science + Business Media;
- Pictet, A., Coughtrey, A. E., Mathews, A., & Holmes, E. A. (2011). Fishing for Happiness: The Effects of Generating Positive Imagery on Mood and Behaviour. *Behaviour Research and Therapy*. 49 , 855-891.
- Rashid, T (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*. 10, 25-40.

- Rashid, T. (2008). Positive Psychotherapy. In S. J. Lopez (Ed.), The encyclopedia of positive psychology. NY: Wiley-Blackwell.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. American Psychologist, 61(1), 774-788.
- Seligman ME, Csikszentmihalyi M. (2002). Positive psychology. An introduction. Positive psychotherapy. American Psychologist, 61(1), 774-788.
- Seligman, M.E.P., Ernest, R.M., Gillham, J., Peivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. Oxford Review of Education, 35, 293-311.
- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. Motivation and Emotion, 20 (9), 83-102.

Investigating the Effectiveness of Group Positive Therapy on Quality of Life, Spiritual Attitude and Distress Tolerance in Women with Chronic Pain

***Oranos Qhotbi Nejhada Asemani**

*Ph.D. Student of Psychology of Health - Islamic Azad University – Edalat -Iran. Corresponding
Farideh Rezaei*

*Ph.D. Student of Psychology of Health - Islamic Azad University - Torbat Jam Branch - Mashhad-Iran. Corresponding
author: psyf.rezaei@yahoo.com*

Nasrin Jalili Ebrahim Abadi

Master of Psychology, Islamic Azad University. Central Tehran Branch . Tehran Iran.

Dr. Hassan Ahadi

Professor of Islamic Azad University. University of Justice. Tehran. Iran

Dr. Hamid Reza Hatami

Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Dr. Reza Sarami

Assistant Professor at Kharazmi University. Tehran. Iran

Abstract

The aim of this study was to "evaluate the effectiveness of group positive psychotherapy on quality of life, spiritual attitude and distress tolerance in women with chronic pain". The research method is a pilot study. The statistical population of all women with chronic pain referring to the Pars Royal Clinic of Tehran city, The statistical sample included 30 women in two groups of 15 and a sampling method was available. The research tool was a questionnaire of quality of life, spiritual attitude, tolerance of distress, and positive psychotherapy package. The statistical methods of descriptive and inferential statistical analysis of variance, independent t-test and Yumann Whitney were used. The findings of this study showed that with positive effect of group psychosocial therapy, with regard to the effect of pre and post test, three variables of quality of life, spiritual attitude and tolerance of distress, positive and significant positive correlation were reported $p < 0.01$. The results of this study showed that group positive psychosocial therapy had a positive effect on improving their psychological and physical condition by improving the quality of life scores, spiritual attitude and distress tolerance in women with chronic pain.

Key Words: Quality of Life, Spiritual Attitude, Tolerance of Distress, Group Positive Psychotherapy