



اثربخشی روان‌نمایشگری گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل‌پیشانی در زنان مبتلا به درد مزمن

* اورانوس قطبی نژاد بهر آسمانی^۱ - فریده رضائی^۲ - نسرين 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 روان‌نمایشگری گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل‌پیشانی 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 تصادفی بوده است. ابزار پژوهش پرسشنامه های کیفیت زندگی، نگرش معنوی، تحمل‌پیشانی، و پکیج روان‌نمایشگری گروهی 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 مثبت روان‌نمایشگری گروهی با توجه به اثر پیش و پس آزمون در سه متغیر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل‌پیشانی، رابطه معنا دار گزارش شد ($p < 0.01$). نتایج پژوهش روان‌نمایشگری گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل‌پیشانی زنان مبتلا به درد مزمن تاثیر مثبت داشته است.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، نگرش معنوی، تحمل‌پیشانی، روان‌نمایشگری گروهی

۱. مقدمه

آرامش و سلامت، به عنوان مفاهیمی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمدنی مطرح بوده و انسان برای رسیدن به آن، همه امکانات و نیروهای خود را بسیج کرده است (کیانیان و پیرخائفی، ۱۳۹۶). عوامل بسیاری می‌تواند سلامت جسمانی و روانی را به خطر اندازد، و درد می‌تواند اولین نشانه هشدار دهنده فرد باشد؛ زمانی که درد با ریشه‌های روان شناختی غنی می‌شود و زمان دار، با بیماری‌های مزمن و پرونده‌های قطور نشانه‌گذاری می‌شود. بیماری‌های مزمن اغلب علل متعددی چون انتخاب‌های رفتاری دارند، اغلب به کندی شروع می‌شوند و با گذشت زمان شدت بیماری افزایش یافته و تنها مهار می‌شوند، در حالی که بیماری‌های حاد درمان‌پذیر (با دارو و مداخلات دیگر) می‌باشند (سندرسون، ۲۰۱۳؛ مترجمین: مسچی، سوداگر، مرادی منش، بیاضی، صبحی، خیرجو، هژیر و اکبر ثمری، ۱۳۹۴). 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 و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار است. کیفیت زندگی از دیدگاه‌های نظری متعددی تعریف شده است. اسکولاک^۱ (۱۹۹۶)؛ هانت و مارشال^۲ (۲۰۰۲)؛ لینجیانگ و همکاران^۳ (۱۹۹۸)؛ 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 می‌کنند (به نقل از رضائی و حاتمی، ۱۳۹۶).

با توجه به متون علمی مبحث روانشناختی، هیجان یک آشفتگی زودگذر و مداوم در ذهن است که به علت تفاوت بین واقعیت ادراک شده و تمایلات فردی ایجاد می‌شود (پاین، ۲۰۱۳)؛ به نقل از مظاهری، محمدی، دقاق زاده و افشار، ۱۳۹۳). تحمل پریشانی^۵ را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵)؛ در حقیقت تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (اسلیریگ، آبرونسون و اسمیتز، ۲۰۰۷). توانایی تنظیم هیجانی با سلامت روانی، اجتماعی و فیزیولوژیک ارتباط دارد (گروس، ۲۰۰۳-۲۰۱۰). دشواری در تنظیم هیجان با مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی از جمله اضطراب منتشر (منین، فرسکو، موور، و همبرگ، ۲۰۰۷)، اختلال اضطراب اجتماعی (کاشدان و برین، ۲۰۰۸) و اختلال افسردگی عمده (نولن- هوکسما، ویسکو و لایبومسکی، ۲۰۰۸) گزارش شده (به نقل از داودی، نشاط دوست، عابدی و طالبی، ۱۳۹۳). فطرت خدا جوی بشر همواره در پی عاملی است که وی را به منبعی لایزال و غنی رهنمون باشد. معنویت^۶ را به عنوان آگاهی از زندگی که ما را قادر می‌سازد درباره زندگی فکر کنیم اینکه چه کسی هستیم و از کجا آمده ایم تعریف نموده‌اند (مک

1 . Askulak

2 . Hunt & Marshall

3 . Lynjyang et al.

4 . Costanza

5 . Payne FE

6 . distress tolerance

7 . Simons & Gaher

8 . OCLierigh, Ironson & Smits

9 . Gross JJ

1 . Mennin, Holaway, Fresco, Moore & Heimberg 0

1 . Kashdan & Breen 1

1 . Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky 2

1 . Spirituality 3

ایوان^۱ ۲۰۰۴، باقری، اکبری زاده و حاتمی، ۲۰۱۰، به نقل از فروتن، ۱۳۹۱). فترز^۲ (۲۰۰۲) معنویت را حالتی از زندگی توأم با آگاهی عمیق در مورد خود، دیگران - خداوند؛ تعمق در مورد پیوند جویی، برقراری ارتباط، معنا، هدف و همکاری می داند (بنسون، رنوبارتین و رادس،^۳ ۲۰۰۵)، و معنویت را مجموعه نامتناهی از محرکها، رفتارها، تجارب، ارزشها و نگرشهای شخصی دانسته اند که بر مبنای جستجو، درک معناداری، هدف و تعالی وجودی می باشد (سیسک،^۴ ۲۰۰۸، به نقل از گلچین، ۱۳۹۱). رفتارها و عقاید مذهبی تأثیری مثبت در معنا کردن زندگی دارند و رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند عبادات، زیارت و ... می توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرشهای مثبت موجب آرامش درونی فرد شوند و ... همگی از جمله روشهایی هستند که افراد معنوی با دارا بودن آنها می توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند (رضائی و حاتمی، ۱۳۹۶). روان نمایشگری^۵ یکی از قدیمی ترین رویکردهای مشاوره و روان درمانی مطرح شده در علم روانشناسی و جزء نخستین اشکال گروه درمانی یا مشاوره گروهی می باشد. سایکودرام در ایجاد یک محیط گرم و صمیمانه بسیار موفق بوده و یک رابطه دوستانه در یک فضای درمانی ایجاد می نماید و موجب میشود تا افراد دارای بیماری های روحی و روانی بعد از این جلسات به دنبال درمان انفرادی آن باشند (کورسینی، ۱۹۹۹). سایکودرام در اجرای نقش به دنبال آگاهی در مورد انتظارات عملکرده، مهارت های مورد نیاز و ایجاد انگیزش است (لاوی و هوت،^۶ ۱۹۹۳؛ ایتون،^۷ ۲۰۱۰). زارع، شفیع آبادی، پاشاشریفی و نوایی نژاد (۱۳۸۶) تأثیر مثبت روان نمایشگری در افزایش ابرازگری هیجانی و متعاقب آن بالا بردن رضایتمندی و بهزیستی جسمانی و روانشناختی؛ ابراهیمی، نشاط دوست، کلانتری، مولایی و اسدالهی (۲۰۰۸) رابطه مثبت و معنا دار عملکردهای مذهبی مبتنی بر معنویت با سلامت جسمانی - روانی؛ قاسمی و عزیزی (۱۳۹۳) کیفیت پایین زندگی در افرادی دارای درد مزمن هستند؛ پرگولیزی و همکاران (۲۰۱۳) رابطه مستقیم احساس درد با مسائل روانشناختی در فرد؛ کاراتاز و گوک کانان^۸ (۲۰۱۰) تأثیر مستقیم و مثبت روان نمایشگری بر اصلاح رفتار، ارتقای بینش و آگاهی و درک از خویشتن؛ پیکت، کواقتری، متیوز و هولمز^۹ (۲۰۱۵) تأثیر مستقیم و مثبت درمان روان درمانی مثبت نگر بر دردهای مزمن و ابعاد روانشناختی آن؛ لیرو، ولنسکی و برنستاین (۲۰۱۰) نقش موثر تحمل پریشانی بر شروع و حفظ آسیب های روانشناختی و اختلالات روانشناختی را گزارش نموده اند. شواهد نشان می دهد که بیماران مبتلا به درد مزمن به علت اینکه نمی توانند درد خود را درمان و تسکین دهند، دارای مشکلات روانشناختی خاصی می باشند. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. همچنین درد باعث کاهش توانایی های عاطفی و هیجانی فرد می شود و بیمار برخلاف تمایل خویش نمی تواند از درد رهایی یابد؛ این امر در نهایت باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی وی می گردد. در این میان عوامل روانشناختی نیز سهم عمده ای در این ادراک و احساس دارند. با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش روان نمایشگری در گروه بر متغیرهای کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن تأثیر گذار می باشد؟

۲. روش پژوهش

پژوهش با هدف " اثربخشی روان نمایشگری 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 آینده نگر و آزمایشی بوده و زنان در دو گروه ۱۵ نفری با گمارش تصادفی جایگزین شدند؛ سپس مدت ۱۰ جلسه به آموزش روان نمایشگری پرداخته شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه های کیفیت زندگی، نگرش معنوی، تحمل پریشانی، پکیج روان نمایشگری گروهی بوده است. روش آماری آمار توصیفی و استنباطی تحلیل کوواریانس، آزمون T مستقل و یومان ویتنی بوده است.

۳. ابزار پژوهش

1 .Mc Ewan

2 . John A Fetzer Institiutiong

3 . Benson P L, Roehlkepartain E C, Rude S P

4 .Sisk

5 . Psychodrama

6 . Lavy, E. H, Van den Hout, M. A

7 . Eaton Belil, F

8 . Pergolizzi, J., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coluzzi, F., Dahan, A., ... & Morlion, B.

9 . Karatas, Z., & Gokcakan, Z

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

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، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی^۱، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی^۲، انرژی/خستگی^۳، بهزیستی هیجانی^۴، کارکرد اجتماعی^۵، درد و سلامت عمومی. 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 (۲۱-۱۷-۲۶-۴۲-۳۲-۳۴-۳۱-۱۹-۳-۹-۷-۲۵-۵-۱۰-۱-۱۵-۳۰-۱۳-۱۶-۳۷-۴۳-۶-۲۲-۲۸) 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 نقطه ای و برای گزینه های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «تأخوری موافقم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می شود. ماده های شماره ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. حد پایین نمره (۰)، حد متوسط نمره (۸۶) و حد بالای نمرات (۱۷۲) می باشد. پایایی پرسشنامه با روش «بازآزمایی» روی ۴۰ آزمودنی به فاصله ی زمانی 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).

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 نمایشگری گروهی: ۱۰ جلسه دو ساعته که بر طبق نظر مورنو هر جلسه به سه قسمت کاری تقسیم می شود: باز شدن یخ جلسه؛ آشنایی گروه با تنظیم کننده ی جلسه و هم گروهی ها؛ انجام اصلی؛ گرفتن نقش اصلی و فرعی توسط افراد گروه؛ به اشتراک گذاردن تجربیات فردی؛ بعد از گذشت ۱ تا ۱:۳۰ دقیقه از شروع و در دقایق پایانی بوده و تنظیم کننده ی جلسه باید جمع بندی را در این قسمت انجام دهد. اساس کار قسمت سوم نیز بر همین منوال بوده است (جلسه درمان را ناتمام، تمام کنید). جلسه اول: آشنایی تک تک افراد با یکدیگر. جلسه دوم: مشخص کردن شخصیت اصلی جلسه اول روی صندلی داغ؛ جلسه سوم: چرخاندن از اعضای گروه می خواهد که بر اساس رای گیری یک نفر که بیشترین رای را می آورد شخصیت اصلی بازی شده و به صندلی داغ دعوت شود و تا جلسه دهم این فرایند ادامه خواهد داشت و در انتها بازخورد اصلی از اعضای گروه گرفته می شود و مورد ارزیابی قرار می گیرند.

۴. یافته ها

جدول ۱. فراوانی آزمودنی ها بر حسب دامنه سنی

دامنه سنی		روان نمایشگری		گروه کنترل	
دامنه سنی	فراوانی	درصد	فراوانی	فراوانی	درصد

¹ .Role limitations due to physical health

² .Role limitations due to emotional problems

³ .Energy/fatigue

⁴ .Emotional well-being

⁵ .Social functioning

⁶ . warm up

⁷ .act

⁸ . shering

۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۵	بین ۱۸ تا ۲۸ سال	
۴۶/۷	۷	۴۰	۶	بین ۲۹ تا ۳۸ سال	
۲۰	۳	۲۶/۷	۴	بین ۳۹ تا ۴۸ سال	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	
۳۳/۳	۵	۲۰	۳	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	۲۶/۷	۴	بیش از ۱۲ ماه	
۱۵	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

آزمودنی ها در گروه نمایشگری (۴۰ درصد) و کنترل (۴۶/۷ درصد) در دامنه سنی ۲۹ تا ۳۸ سال قرار گرفتند، آزمودنی های گروه روان نمایشگری (۲۶/۷ درصد) بین ۶ تا ۹ ماه، ۹ تا ۱۲ ماه و یا بیش از ۱۲ ماه درد داشتند، اما در کنترل با همین تعداد نفرات بین ۳ تا ۶ ماه درد داشتند. در بررسی مفروضه نرمال بودن (کالموگروف - اسمیرنوف) نشان داده شد که نمرات آزمودنی ها در زمان ۱ (پیش از آزمون) عامل های معنویت، جذب، RP، RE، EF، EW، SF و GH؛ در زمان ۲ (پس از آزمون) تواتایی معنوی، معنویت، جذب و تنظیم RP، RE، EF، SF و P؛ در زمان ۳ (پیگیری) عامل های تحمل، ارزیابی، تنظیم، PF، RE، RP، P و SF غیر نرمال ($p < 0/05$) می باشند. پس برای بررسی آنها باید از آزمون ناپارامتریک یومان ویتنی 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 ۰/۴ می باشد. همچنین در بررسی اثر تعامل گروه و پیش آزمون SF و EW، EF و گروه پس آزمون ارزیابی و GH نشان 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 - درمانی روان نمایشگری گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن موثر است.

جدول ۲. آزمون همگنی واریانس در سه عامل

پیگیری		پس آزمون		متغیر	
احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F
۰/۰۵۷	۲۸ و ۱	۳/۹۳۴	۰/۰۴۲	۲۸ و ۱	۴/۵۴
۰/۶۷۲	۲۸ و ۱	۰/۱۸۳	-	-	-
۰/۰۵۷	۲۸ و ۱	۳/۹۳۲	۰/۰۰۸	۲۸ و ۱	۸/۱۵۳

جدول ۱ نشان داد که: مفروضه همگنی واریانس برای متغیر پیش آزمون کیفیت زندگی و پس و پیگیری تحمل پریشانی با $P < 0/05$ رعایت نشده. 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

پیگیری کیفیت زندگی با برداشتن اثر پس آزمون					پس آزمون کیفیت زندگی با برداشتن اثر پیش آزمون				
احتمال F	F نسبت	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	احتمال F	F نسبت	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات
۰/۰۰۰۱	۳۱۲/۷۸۵	۳۰۲۶۹۷/۹۸۶	۱	۳۰۲۶۹۷/۹۸۶	۰/۰۰۰۱	۶۴/۸۵۷	۲۲۷۷۶۶/۸۸۳	۱	۲۲۷۷۶۶/۸۸۳
۰/۰۰۱	۱۳/۱۴	۱۲۷۱۶/۵۵۹	۱	۱۲۷۱۶/۵۵۹	۰/۰۰۱	۱۵/۵۱	۵۴۴۶۹/۱۲۱	۱	۵۴۴۶۹/۱۲۱
		۹۶۷/۷۵۲	۲۷	۲۶۱۲۹/۳۱۲			۵۴۴۶۹/۱۲۱	۲۷	۹۴۸۱۹/۴۰۱
			۳۰	۵۴۴۵۶۱/۵۰۸				۳۰	۴۹۸۳۹۶۱/۵۸

جدول ۲ نشان داد که: اثر پیش - 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 $F(1,27)=15/51, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. همچنین با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=13/14, P < 0/01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد.

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
روان نمایشگری	۴۳۴/۷۲۲۲	۴۳۴/۴۵۳	۴۷۱/۸۴۴۴	۴۳۰/۳۰۸
کنترل	۳۴۸/۹۶۲۷	۳۴۹/۲۳۲	۳۴۴/۲۱۲	۳۸۵/۷۴۹

جدول ۳ نشان داد که در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان نمایشگری با گروه کنترل (۸۵/۲۲۱) نشان داد که کیفیت زندگی افراد در گروه روان نمایشگری بالاتر از گروه کنترل است. در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان نمایشگری با گروه کنترل (۴۹/۵۵۹) نشان داد که کیفیت زندگی افراد در گروه روان نمایشگری بالاتر از گروه کنترل است.

جدول ۵. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون معنویت

گروهها	تعداد	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z
روان نمایشگر	۱۵	۱۳/۸۳	۸۷/۵	-۱/۰۴۷	۰/۲۹۵
کنترل	۱۵	۱۷/۱۷			
مجموع	۳۰				

جدول ۴ نشان داد که: بین میانگین های نمرات افتراقی پیش - پس آزمون عامل معنویت با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار دیده نشد.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس معنویت

پیگیری معنویت با برداشتن اثر پس آزمون					شاخصها منابع تغییر
احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۰۱	۱۳۲/۹۷۹	۴۸۶۵/۲۳۱	۱	۴۸۶۵/۲۳۱	اثر پس آزمون
۰/۷۵۵	۰/۰۹۹	۳/۶۲۸	۱	۳/۶۲۸	گروه ها
		۳۶/۵۸۷	۲۷	۹۸۷/۸۳۶	واریانس درون گروهی
			۳۰	۲۹۵۵۴۸	مجموع

جدول ۵ نشان داد که: اثر پیش آزمون با $P < 0/01$ معنادار است. بنابراین بین و پس آزمون و پیش آزمون همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=0/099, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۷. میانگین های پیگیری معنویت

گروه	میانگین پیگیری بدون برداشتن اثر پس آزمون	میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون
روان نمایشگر	۹۷/۸۶۶۷	۹۷/۹۱۸
کنترل	۹۸/۲۶۶۷	۹۸/۶۱۵

جدول ۶ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین (۰/۶۹۷-) بین گروه روان نمایشگر و گروه کنترل معنادار نیست.

جدول ۸. 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
احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۰۱	۹۱/۷۲۲	۶۱۰/۳۳۷	۱	۶۱۰/۳۳۷	اثر پس آزمون	۰/۰۰۰۱	۲۵۳/۶۶	۸۳۶/۰۷۴	۱	۸۳۶/۰۷۴

گروه ها	۱۳/۳۰۴	۱	۱۳/۳۰۴	۴/۰۳۶	۰/۰۵۵	گروه ها	۱۳/۰۶۳	۱	۱۳/۰۶۳	۱/۹۶۳	۰/۱۷۳
واریناس درون گروهی	۸۸/۹۹۳	۲۷	۱۷۹/۶۶۳	۳/۲۹۶		واریناس درون گروهی	۴/۶۵۴	۲۷			
مجموع	۴۷۸۲۷	۳۰	۵۲۲۴۹			مجموع		۳۰			

جدول ۷ نشان داد که: اثر پیش- 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 $F(1,28)=4/036, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد. اما با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,28)=1/963, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۹. 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
روان نمایشگری	۴۲/۳۳۳۳	۴۰/۱۵۴	۴۴/۴	۴۲/۰۴۴
کنترل	۳۶/۵۳۳۳	۳۸/۷۱۳	۳۸/۲	۴۰/۵۵۶

جدول ۸ نشان داد که در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان نمایشگری با کنترل (۱/۴۴۱) نشان داد که تحمل پریشانی افراد گروه روان نمایشگری بالاتر از گروه کنترل است. در میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس آزمون نیز نشان داده شد اختلاف میانگین بین گروه های روان نمایشگری و کنترل (۱/۴۸۹) در تحمل پریشانی معنادار نیست.

فرضیه های فرعی

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

جدول ۱۰. آزمون تحلیل کوواریانس در پس آزمون EW و PF

تأثیر متغیر	با برداشتن اثر پس آزمون EW پس آزمون				با برداشتن اثر پیش آزمون PF پس آزمون				
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات
اثر پیش آزمون	۷۵۰۷/۸۷۸	۱	۴۱۹۰/۹۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۳۷۶/۲۳۸	۷۵۰۷/۸۷۸	۱	۷۵۰۷/۸۷۸
گروه ها	۲۷/۹۰۴	۱	۱۰۳/۶۹۷	۰/۲۴۷	۱/۳۹۸	۲۷/۹۰۴	۲۷/۹۰۴	۱	۲۷/۹۰۴
واریناس درون گروهی	۵۳۸/۷۸۹	۲۷	۴۲۹/۸۲۹			۱۹/۹۵۵	۱۹/۹۵۵	۲۷	۵۳۸/۷۸۹
مجموع	۹۶۶۷۵	۳۰	۱۰۳۸۵۶					۳۰	۹۶۶۷۵

جدول ۹ نشان داد که: اثر پیش- 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 $F(1,27)=0/274, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد. ولی با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=6/514, P < 0/05$ تفاوتی معنادار از لحاظ بهزیستی هیجانی (EW) مشاهده شد.

جدول ۱۱. میانگین های پس آزمون کارکرد جسمی و بهزیستی هیجانی

گروه	کارکرد جسمی (PF)		بهزیستی هیجانی (EW)	
	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پس آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پس آزمون
روان نمایشگر	۵۸/۶۶۶۷	۵۵/۱۵۵	۶۳/۲	۵۹/۱۶۵
کنترل	۴۹/۶۶۶۷	۵۳/۱۷۹	۵۱/۲	۵۵/۲۳۵

جدول ۱۱ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثرپیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان نمایشگر و کنترل (۱/۹۷۶) از لحاظ کارکرد جسمی معنادار . در میانگین پیگیری با برداشتن اثرپس آزمون نیز اختلاف میانگین (۳/۹۲۹) نشان داد که میانگین گروه روان نمایشگر بالاتر از گروه کنترل است .

جدول ۱۲. آزمون T مستقل نمرات افتراقی پس آزمون - پیگیری عامل سلامت عمومی

با احتمال ۰/۹۵		آزمون T برای برابری میانگین				
T	درجه آزادی	احتمال T	اختلاف میانگین	خطای استاندارد اختلاف میانگین	بالا	پایین
-۲/۴۰۳	۲۸	۰/۰۲۳	-۳/۴۶۶۶	۱/۴۴۲۶۶	-۶/۴۲	-۰/۵۱۱

جدول ۱۲ نشان داد که: $T(28)=-2/403, P<0/05$ در پس آزمون - پیگیری سلامت عمومی که بین نمرات افتراقی گروه های روان نمایشگر و کنترل تفاوت (۳/۴۶۶۶-) معنادار وجود دارد به طوری که در روان نمایشگر سلامت روان بالاتری از کنترل دارد.

جدول ۱۳. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی و پس آزمون -

پیگیری عامل کارکرد جسمی

		پیش - پس آزمون عامل بهزیستی هیجانی			پس آزمون - پیگیری کارکرد جسمی			پیش - پس آزمون عامل سلامت عمومی			گروهها	تعداد	
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	رتبه ای	میانگین رتبه ای	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	رتبه ای	میانگین رتبه ای	احتمال Z			مقدار Z
۰/۴۰۳	-۰/۸۴	۹۳/۵	۱۴/۲۳	۰/۱	-۱/۶۵	۷۳	۱۲/۸۷	۰/۱۳	-۱/۵۱	۷۷/۵	۱۳/۱۷	۱۵	روان نمایشگر
			۱۶/۷۷				۱۸/۱۳				۱۷/۸۳	۱۵	کنترل
												۳۰	مجموع

جدول ۱۳ نشان داد که: بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی و پس آزمون - پیگیری عامل کارکرد جسمی با $P>0/05$ دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۱۴. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل کارکرد اجتماعی

		پیش آزمون - پس آزمون عامل کارکرد اجتماعی			پس آزمون - پیگیری عامل کارکرد اجتماعی			پیش آزمون - پس آزمون عامل کارکرد اجتماعی			گروهها	تعداد	
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	رتبه ای	میانگین رتبه ای	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	رتبه ای	میانگین رتبه ای			تعداد
۰/۳۵۶	-۰/۹۲	۹۱/۵	۱۴/۱	۰/۳۳	-۰/۹۷	۸۹/۵	۱۳/۹۷	۱۵	۰/۳۳	-۰/۹۷	۸۹/۵	۱۵	روان نمایشگر
			۱۶/۹				۱۷/۰۳					۱۵	کنترل
												۳۰	مجموع

جدول ۱۴ نشان داد که: بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و بین میانگین های نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری عامل کارکرد اجتماعی دو گروه با $P>0/05$ تفاوت معنی دار دیده نشد.

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

		پیش آزمون - پس آزمون عامل نقش جسمی			پس آزمون - پیگیری عامل نقش جسمی			پیش آزمون - پس آزمون عامل نقش جسمی			گروهها	تعداد	
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	رتبه ای	میانگین رتبه ای	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	رتبه ای	میانگین رتبه ای			تعداد
۰/۰۱۷	-۲/۳۸	۶۶	۱۲/۴	۰/۰۲۶	-۲/۲۲	۶۲/۵	۱۲/۱۷	۱۵	۰/۰۲۶	-۲/۲۲	۶۲/۵	۱۵	روان نمایشگر
			۱۸/۶				۱۸/۸۳					۱۵	کنترل
												۳۰	مجموع

جدول ۱۵ نشان داد که: بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل نقش جسمی با $P<0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه روان نمایشگر 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 روان نمایشگر در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد.

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

پس آزمون - پیگیری عامل سلامت هیجانی					پیش آزمون - پس آزمون عامل سلامت هیجانی					گروهها
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین رتبه ای	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین رتبه ای	تعداد	
۰/۶۳۶	-۰/۴۷۳	۱۰۲	۱۴/۸	۱۵	۰/۰۲۳	-۲/۲۸	۶۳	۱۲/۲	۱۵	روان نمایشگری
			۱۶/۲	۱۵				۱۸/۸	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۱۶ نشان داد که بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل سلامت هیجانی با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه روان نمایشگری در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد. همچنین مشخص شد که بین میانگین های نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست.

جدول ۱۷. 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	
۰/۰۰۵	-۲/۸	۴۷	۱۱/۱۳	۱۵	۰/۰۵۸	-۱/۸۹	۶۷/۵	۱۲/۵	۱۵	روان نمایشگری
			۱۹/۸۷	۱۵				۱۸/۵	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۱۷ نشان داد که بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل سلامت انرژی با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست. همچنین مشخص شد که بین میانگین های نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب گروه روان نمایشگری در پیگیری انرژی مطلوب تری از گروه کنترل دارند.

جدول ۱۸. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل درد

پس آزمون - پیگیری عامل درد					پیش آزمون - پس آزمون عامل درد					گروهها
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین رتبه ای	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین رتبه ای	تعداد	
۰/۰۴۶	-۱/۹۹	۶۶	۱۲/۴	۱۵	۰/۰۹	-۱/۶۹	۷۲/۵	۱۲/۸۳	۱۵	روان نمایشگری
			۱۸/۶	۱۵				۱۸/۱۷	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۱۸ 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 روان نمایشگری در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد. همچنین مشخص شد که بین میانگین های نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب گروه روان نمایشگری در پیگیری نیز شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارند.

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

جدول ۱۹. آزمون همگنی واریانس در نگرش معنوی

پیگیری			پس آزمون			متغیر
احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	احتمال F	درجه آزادی ۱ و ۲	F	
۰/۸۷	۲۸ و ۱	۰/۰۲۷	۰/۰۲۸	۲۸ و ۱	۵/۴۰۱	نگرش معنوی

جدول ۱۹ نشان داد که مفروضه همگنی واریانس برای پیگیری نگرش معنوی با $P > 0/05$ رعایت شده است. اما در پس آزمون که این مفروضه رعایت نشده است در مرحله بعد باید سطح سخت تری بر آن اعمال گردد.

جدول ۲۰. آزمون تحلیل کوواریانس نگرش معنوی

پیگیری نگرش معنوی با برداشتن اثر پس آزمون					پس آزمون نگرش معنوی با برداشتن اثر پیش آزمون					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	۱۵۲/۰۳۹	۲۳۵۶/۷۹۹	۱	۲۳۵۶/۷۹۹	۰/۰۰۰۱	۵۹۶/۲۹۱	۲۹۸۱/۱۴۷	۱	۲۹۸۱/۱۴۷	اثر پیش آزمون
۰/۳۷۵	۰/۸۱۲	۱۲/۵۹	۱	۱۲/۵۹	۰/۴۴	۰/۶۱۴	۳/۰۷	۱	۳/۰۷	گروه ها
		۱۵/۵۰۱	۲۷	۴۱۸/۵۳۴			۴/۹۹۹	۲۷	۱۳۴/۹۸۶	وارینانس درون گروهی
			۳۰	۸۲۹۴۲				۳۰	۸۱۲۸۹	مجموع

جدول ۲۰ نشان داد که: اثر پیش- 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 $F(1,27)=0/614, P > 0/05$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد. و با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=0/812, P > 0/05$ 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
روان نمایشگری	۴۹/۸۶۶۷	۵۰/۷۱۲	۵۰	۵۱/۰۱۵
کنترل	۵۲/۲	۵۱/۳۵۴	۵۲/۳۳	۵۲/۳۱۹

جدول ۲۱ نشان داد که در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان نمایشگری با کنترل (۰/۶۴۲-) تفاوت معنادار دیده نشد در مرحله پس آزمون به پیگیری نیز اختلاف میانگین (۱/۳۰۴-) بین دو گروه نیز معنادار نیست.

جدول ۲۲. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل توانایی معنوی

پس آزمون - پیگیری عامل توانایی معنوی					پیش آزمون - پس آزمون عامل توانایی معنوی					گروهها
احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین رتبه ای	تعداد	احتمال Z	مقدار Z	یومان ویتنی	میانگین رتبه ای	تعداد	
۰/۶۵۵	-۰/۴۴۷	۱۰۲	۱۴/۸	۱۵	۰/۰۳۳	-۲/۱۳	۶۲	۱۲/۱۳	۱۵	روان نمایشگری
			۱۶/۳	۱۵				۱۸/۸۷	۱۵	کنترل
				۳۰					۳۰	مجموع

جدول ۲۲ نشان داد که بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل توانایی معنوی با $P < 0/05$ تفاوت معنی دار است به این ترتیب که گروه روان نمایشگری در پس آزمون شرایط مطلوب تری از گروه کنترل دارد. اما مشخص شد که بین میانگین های نمرات افتراقی پس آزمون و پیگیری با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست.

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

جدول ۲۳. آزمون همگنی واریانس در ارزیابی و پس آزمون تحمل

متغیر	F	درجه آزادی ۱ و ۲	احتمال F
ارزیابی	۹/۶۶۸	۲۸ و ۱	۰/۰۰۴
تحمل	۹/۹۱۹	۲۸ و ۱	۰/۰۰۴

جدول ۲۳ نشان داد که مفروضه همگنی واریانس 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 ۲۴. آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون تحمل و ارزیابی

پس آزمون تحمل با برداشتن اثر پیش آزمون					پس آزمون ارزیابی با برداشتن اثر پیش آزمون					شاخصها منابع تغییر
احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	

اثر پیش آزمون	۸۸/۰۱۵	۱	۸۸/۰۱۵	۰/۰۰۰۱	۱۱۸/۹۰۷	۱۶۸/۵۷۲	۱	۱۶۸/۵۷۲	۹۹/۳۱۵	۰/۰۰۰۱
گروه ها	۰/۰۴۳	۱	۰/۰۴۳	۰/۸۱۲	۰/۰۵۸	۱۵/۰۵۸	۱	۱۵/۰۵۸	۸/۸۷۲	۰/۰۰۰۶
واریانس درون گروهی	۱۹/۹۸۵	۲۷	۰/۷۴			۴۵/۸۲۸	۲۷	۱/۶۹۷		
مجموع	۱۸۴۲	۳۰				۶۸۱۲	۳۰			

جدول ۲۴ نشان داد که: اثر پیش- 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 $F(1,27)=0/058, P > 0/05$ بین گروه ها در تحمل تفاوتی معنادار مشاهده نشد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها $F(1,27)=8/872, P < 0/01$ بین گروه ها در ارزیابی تفاوتی معنادار مشاهده شد.

جدول ۲۵. میانگین های پس آزمون ارزیابی و تحمل

گروه	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون تحمل	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون تحمل	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون ارزیابی	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون ارزیابی
روان نمایشگر	۷/۸	۷/۶۳۸	۱۷/۲	۱۵/۴۷۶
کنترل	۷/۴	۷/۵۶۲	۱۲	۱۳/۷۲۴

جدول ۲۵ نشان داد که: در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون تحمل اختلاف میانگین بین گروه های روان نمایشگر و کنترل ($0/076$) معنادار نیست. در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان نمایشگر و کنترل ($1/752$) نشان داد که گروه روان نمایشگر ارزیابی بالاتر از گروه کنترل دارد.

جدول ۲۶. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل جذب تحمل و ارزیابی

گروهها	پیش آزمون - پس آزمون عامل تحمل				پس آزمون - پیگیری عامل ارزیابی					
	تعداد	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z	تعداد	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z
روان نمایشگر	۱۵	۱۴/۸	۱۰۲	-۰/۴۵	۰/۶۵۵	۱۵	۱۴/۷۷	۱۰۱/۵	-۰/۴۶۶	۰/۶۴۱
کنترل	۱۵	۱۶/۲				۱۵	۱۶/۲۳			
مجموع	۳۰					۳۰				

جدول ۲۶ بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون عامل های تحمل و ارزیابی با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست.

جدول ۲۷. آزمون یومان ویتنی در نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری عامل جذب

گروهها	پیش آزمون - پس آزمون عامل جذب				پس آزمون - پیگیری عامل جذب					
	تعداد	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z	تعداد	میانگین رتبه ای	یومان ویتنی	مقدار Z	احتمال Z
روان نمایشگر	۱۵	۱۶/۸۷	۹۲	-۰/۹۲	۰/۳۵۹	۱۵	۱۴/۷۷	۱۰۱/۵	-۰/۴۶۶	۰/۶۴۱
کنترل	۱۵	۱۴/۱۳				۱۵	۱۶/۲۳			
مجموع	۳۰					۳۰				

جدول ۲۷ نشان داد که: بین میانگین های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون و پس آزمون با پیگیری عامل جذب و گروه با $P > 0/05$ تفاوت معنی دار نیست.

۵. بحث

پژوهش با عنوان "اثر بخشی روان نمایشگری گروهی بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به درد مزمن" شهر تهران در رویال کلینیک صورت پذیرفت. از منظر پزشکی و جسمانی، متغیری که می تواند سلامت را تهدید کند بیماری است و بیماری با درد نشانه گذاری می شود؛ احساس درد یک جزء اساسی از مولفه های فرهنگی است (بارنز، الفانت و گارتانا، ۲۰۱۰). شکایت های مربوط به درد معمولاً با بیماری های روانی و فیزیکی همراه بوده و این موضوع همراه می شود با تشخیص های پیچیده و درمان

¹. Burns, J. W., Elfant, E., & Quartana, P. J

های بیشتر (کالایدجین و مریکانگاس، ۲۰۰۸؛ تیلر، ۲۰۱۵؛ ترجمه: رضائی، ۱۳۹۶). وجود درد یکی از علائم هشدار دهنده در برخی از مشکلات جسمانی است تا وی در پی یافتن کمک های تخصصی بشتابد (استریگو، سیمونز، متیوز، کراج و پائولز، ۲۰۰۸؛ سبزه آرای لنگرودی، محمدی، مهری و طالعی، ۱۳۹۳). 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). 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) و یا مفهومی گسترده و در برگیرنده جنبه های اجتماعی، محیطی، اقتصادی و رضایت از سلامتی است (کرمی، فلاحت پیشه، جهانی هاشمی و بیرقدار، ۱۳۸۹). 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 از دیدگاه های نظری متعددی تعریف شده است. اسکولاک^۳ (۱۹۹۶)؛ هانت و مارشال^۴ (۲۰۰۲)؛ لینجیانگ و همکاران^۵ (۱۹۹۸)؛ فو (۲۰۰۸) به عنوان رضایت کلی از زندگی؛ کاستانزا^۶ (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 (به نقل از رضائی و حاتمی، ۱۳۹۶). روان نمایشگری نیز یک شیوه فعال و تجربه گراست. از سویی می توان نمایش درمانی را در قلمرو روش های درمانگری کلی قرار داد. چون از فنونی همانند پانتومیم، آوا، سرود، اسطوره و آیین در فضایی استعاری با همه بیماران و تمامی اختلال ها به شیوه ای مشابه استفاده می شود تا مراجع بتواند به یکپارچگی عاطفی- جسمانی، شناخت و پذیرش خویشتن و تحول فردی دست یابد (انجمن نمایش درمانگران بریتانیا، ۲۰۰۵). لینلی و جوزف^۷ (۲۰۱۵) بالا بردن نمرات تاب آوری و سازگاری که منجر به افزایش کیفیت زندگی و کاهش درد مزمن؛ پایین^۸ (۲۰۱۳)، قربان شیروودی و عباس قربانی^۹ (۱۳۹۰) و حسنی، زاده فلاح و رسول زاده (۲۰۱۰) رابطه معنا دار هیجانانگیز و تحمل پریشانی بر درد و دردهای مزمن در افراد؛ لیم^{۱۰} (۲۰۱۱)، ملز و دنولت^{۱۱} (۲۰۱۰) تمایل به تجربه ی هیجانانگیز منفی، تنظیم هیجانی پایین با تیپ شخصیتی و ایجاد بیماری در افراد؛ ولن اسکای، برنستین و جانویک^{۱۲} (۲۰۱۱) و اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزرمی و ثمررخی (۱۳۹۳) به رابطه معنا دار تحمل پریشانی و پیشگیری و درمان در بیماری ها اشاره داشته اند؛ لیرو، زولانسکی و برنستین^{۱۳} (۲۰۱۴) و امین الرعایا، کاظمیان و اسمعیلی^{۱۴} (۱۳۹۵) تحمل پریشانی پایین با پایداری رفتارهای سازشی پاتولوژیک و دوام بیماری.

۶. نتیجه گیری

با توجه به نمونه پژوهشی حاضر که زنان مبتلا به درد مزمن بوده اند و تاثیر گذاری متغیر روان نمایشگری گروهی بر میزان کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و نگرش معنوی می توان نگاهی گذرا و سریع به متغیرهای مورد بحث انداخت. سلامت و نگرش معنوی دو بال پرواز برای برداشتن گام های بلند می توانند باشند؛ همواره مشاهده شده افرادی که به منابع معنوی دسترسی داشته اند توان استقامت، پایداری، تاب آوری، امید به زندگانی، بهزیستی روانشناختی و غیره را در دسترس خویش داشته و به موقع از آن سود جسته اند. زنان مبتلا به درد مزمن با داشتن کیفیت زندگی بالاتر، تحمل پریشانی و نگرش مذهبی قوی تر در آن واحد و با تفکری شناختی، کورتیکالی، موقعیت حالا و اکنونی خویش را تخمین زده و با توجه به توانائی های کسب شده و یا تقویت شده به کمک خویش خواهند شتافت. همان طور که نتایج در پژوهش حاضر نشان داد که روان نمایشگری گروهی توان تاثیر گذاری مثبت بر کیفیت زندگی، نگرش معنوی و تحمل پریشانی را در زنان با درد مزمن داشته و به کمک آنان شتافته است.

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

1. Kalaydjian, A., & Merikangas, K

2. Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Craig, A. D., & Paulus, M. P

3. Askulak

4. Hunt & Marshall

5. Lynjyang et al.

6. Costanza

7. BADth

8. Linley, P. A., & Joseph, S

9. Payne FE

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

منابع

- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله و ثمررخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد. سال ۸، شماره ۲۹، صص ۵۲-۵۱. تهران.
- 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.
- 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.
- تیلر، شلی. ای. (۲۰۱۵). روانشناسی سلامت. ترجمه: رضائی، فریده. (۱۳۹۶). در دست ترجمه. تهران.
- تقی زاده، محمد احسان؛ میر علایی، مرضیه السادات. (۱۳۹۲). *مطالعه اثر بخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزویس شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور استان تهران. روان شناسی سلامت. فصلنامه علمی پژوهشی. سال ۲/ شماره ۲/ ص ۱۵. اصفهان.
- داوودی، اعظم؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عابدی، محمدرضا؛ طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای شناختی هیجانی و درک هیجانان در اختلالات وسواسی- اجباری اضطراب منتشر و اضطراب اجتماعی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. سال ۱۵، شماره ۴. پایپ (۵۸). اصفهان.
- 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.
- سبزه آرای لنگرودی، میلاد؛ محمدی، مصطفی؛ مهری، بداله؛ طالعی، علی. (۱۳۹۳). مؤلفه های سلامت روانی و اضطراب امتحان در دانش آموزان مدارس استعدادهای درخشان و عادی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی. دوره ۵. پایپ (۳). صفحات ۱ تا ۱۷. خراسان رضوی.
- شهیدی، شهریار، فرج نیا، سعیده. (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سنجش نگرش معنوی. مجله روانشناسی و دین. ۵ (۳)، ۹۷-۱۱۵.
- فروتن، منیره. (۱۳۹۱). *رابطه بین هوش معنوی و تعهد سازمانی کارکنان سازمان امور اقتصادی و دارائی استان زنجان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران. دانشگاه پیام نور.
- قربان شیروودی، شهره. عباس قربانی، مریم. (۱۳۹۰). هنجار آزمون هیجان خواهی مثبت و منفی پاناس در دانشجویان. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن. *فصلنامه روان شناسی تربیتی*. سال ۲، شماره ۴، پایپ، ۸، صص ۸۰-۷۹. تنکابن.
- کرمی، امید؛ فلاحت پیشه؛ جهانی نسب، حسن؛ بیرقدار، نادیا. (۱۳۸۹). *کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در قزوین*. دانشگاه علوم پزشکی قزوین. دانشکده ی پرستاری و مامایی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. سال ۴/ شماره ۳/ پی در پی ۵۶/ ص ۸۱. قزوین.
- 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.
- گلچین، علیرضا. (۱۳۹۱). *رابطه بین هوش معنوی و خودکارآمدی دبیران مقطع متوسطه دبیرستان های شهرستان رامیان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران. دانشگاه پیام نور.
- 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.

- مظاهری، مینا؛ محمدی، نرگس؛ دقاق زاده، حامد؛ افشار، حمید. (۱۳۹۳). اثر بخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر مشکلات هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی. مرکز تحقیقات روان تنی (سایکوسوماتیک) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. گوارش. دوره ۱۹. شماره ۲. صص ۱۱۷-۱۰۹. اصفهان.
- وست، ویلیام. (۲۰۰۴). روان درمانی و معنویت. ترجمه: شهریار شهیدی و سلطانه علی شیرافکن. (۱۳۸۷). انتشارات رشد. تهران.
- Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami HR. (2011). [The relationship between spiritual intelligence and happiness on the nurse staffs of the fatemeh Zahra hospital and bentolhoda institute of boushehr city]. **Iranian South medical Journal**; 14(4): 256-263. [Persian].
- Benson P L, Roehlkepartain E C, Rude S P. (2005). Spiritual development in childhood and adolescence: Towarda field of inquiry. *J Applied development science*; 7(3): 204-212.
- Eaton Belil, F. (2010). The effects of psychodrama on depression and mental state among women with chronic mental disorder. *European Psychiatry*, 25(1), 1049.
- Gross JJ. Emotion Regulation. In Lewis M, Haviland-Jones JM, Feldman Barrett L. *Handbook of emotion*. 3Ed, Chapter 31. **New York: The Guilford Press** 2008: 497-512.
- Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39: 191-281.
- Kalaydjian, A., & Merikangas, K. (2008). Physical and mental comorbidity of headache in a national representative sample of U . S . adults. *Psychosomatic Medicine* , 70, 773-780.
- Karatas, Z., & Gokcakan, Z. (2009). The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(4):357-366.
- 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.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (Eds.). (2015). *Positive psychology in practice*. 2nd edition. Hoboken, NJ: Wiley.
- 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].
- O Cleirigh, C., Ironson, G., Smits, J. A. J. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV. *Behavior Therapy*, 38, 314-323.
- Payne FE. (2013). A Definition of Emotions. *JBEM Index*; 3(4). Downloaded from: http://www.bmei.org/jbem/volume3/num4/payne_a_definition_of_emotions.php. On. March 26.
- Pergolizzi, J., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coluzzi, F., Dahan, A., ... & Morlion, B. (2013). The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Current medical research and opinion*, 29(9), 1127-1135.
- 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.
- Simons.J.S., & Gaher, R. M (2005). The distress tolerance scale: Development & Validation pf a self report measure. *Motivation & emotion*. 50(9),38-205.
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Craig, A. D., & Paulus, M. P. (2008). Increased affective bias revealed using experimental graded heat stimuli in young depressed adults: Evidence of "emotional allodynia." *Psychosomatic Medicine* , 70 , 338-344.

Effectiveness of group psychodrama 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 "assess the effectiveness of group Psychodrama on quality of life, spiritual attitude and distress tolerance in women with chronic pain". The research method was experimental and the statistical population included all women with chronic pain referring to the Pars Royal Clinic of Tehran. A sample of 30 women in two groups of 15 and random sampling method was used. The research tool was a questionnaire of quality of life, spiritual attitude, tolerance of distress, and group Psychodrama package of group display; Statistical method: Descriptive and inferential statistics including covariance analysis, independent t-test and Yumann Whitney were used. Findings: The positive effect of group psychosocial presentation on the effects of pre and post test on three variables of quality of life, spiritual attitude and distress tolerance was reported $p < 0.01$. Research results: Group psychosocial effect has a positive effect on quality of life, spiritual attitude and distress tolerance in women with chronic pain.

Key Words: Quality of Life, Spiritual Attitude, Tolerance of Distress, group psychodrama