

The Effectiveness of Compassion Therapy on Existential Anxiety and Pain Coping Strategies in the Elderly with Chronic Pain

Hossein Bohlouli¹, Mehran Azadi^{2*}, Fariba Hassani³, Parvaneh Qodsi⁴

1- Department of Health Psychology, Ki.C, Islamic Azad University, Kish, Iran.

2- Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.

3- Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, South of Tehran, Iran.

4- Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.

Corresponding author: Mehran Azadi, Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.

Email: hassani.fariba@gmail.com

Received: 2025/01/9

Accepted: 2025/07/9

Abstract

Introduction: There are various strategies for coping with pain in the elderly, including non-pharmacological interventions. These strategies can help improve existential anxiety and reduce pain in the elderly. The present study aimed to determine the effectiveness of compassion therapy on existential anxiety and coping strategies for pain in the elderly with chronic pain.

Methods: The present study was an applied study with a quasi-experimental design of pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of the present study consisted of elderly people with chronic pain in the Anusha Elderly Center located in Tehran in 1402. The number of elderly people in the present study was 30 (N=15 in each group), who were selected purposively. The research instruments were the EAQ existential anxiety questionnaire and the Rosenstein and Kiefe pain coping strategies questionnaire. The data analysis method was analysis of variance with repeated measures.

Results: In the existential anxiety variable, the mean and standard deviation of the experimental group at pre-test was 3.629 ± 34.60 and at post-test was 4.335 ± 25.50 , and in the pain coping strategies variable, the mean and standard deviation of the experimental group at pre-test was 5.306 ± 50.95 and at post-test was 6.904 ± 72.75 . The results of the analysis of covariance also showed that compassion therapy had an effect on existential anxiety in the elderly with chronic pain ($P < 0.01$).

Conclusion: It can be concluded that compassion therapy is effective on existential anxiety and coping strategies with pain in elderly people with chronic pain.

Key words: Compassion therapy, Existential anxiety, Coping with pain, Aged

اثربخشی شفقت درمانی بر اضطراب هستی و راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن

حسین بهلولی^۱، فریبا حسنی^{۲*}، مهران آزادی^۳، پروانه قدسی^۴

۱- گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

۴- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فریبا حسنی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.
ایمیل: hassani.fariba@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۱۸

چکیده

مقدمه: راهکارهای مختلفی برای مقابله با درد در سالمندان وجود دارد که شامل مداخلات غیردارویی می‌شود. این راهکارها می‌توانند به بهبود اضطراب هستی و کاهش درد در سالمندان کمک کنند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شفقت درمانی بر اضطراب هستی و راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه حاضر را سالمندان دچار درد مزمن در مرکز سالمندان انوشا واقع در تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. تعداد سالمندان نمونه در پژوهش حاضر ۳۰ نفر بود ($N=15$ در هر گروه) که شیوه هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب هستی EAQ و پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد روزنشتال و کیف بود. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بود.

یافته‌ها: در متغیر اضطراب هستی، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در پیش آزمون $34/60 \pm 3/629$ و در پس آزمون $25/50 \pm 4/335$ و در متغیر راهکارهای مقابله با درد، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در پیش آزمون $50/95 \pm 5/306$ و در پس آزمون $72/75 \pm 6/904$ به دست آمد. نتایج تحلیل کوواریانس نیز نشان داد که شفقت درمانی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن تاثیر داشت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت شفقت درمانی بر اضطراب هستی و راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن موثر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: شفقت درمانی، اضطراب هستی، مقابله با درد، سالمند.

مقدمه

ایران زندگی می‌کنند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت هر سالمند بالای ۶۵ سال سالمند تلقی می‌شود و دوران سالمندی در سه مرحله طبقه بندی شده است، از ۶۵ سالگی تا ۷۵ سالگی را سالمند، از ۷۵ سالگی تا ۹۰ سالگی را پیر و از ۹۰ سالگی به بالا را خیلی پیر در نظر گرفته است (۲). بر اساس تعریف سازمان ملل، کشورهای دارای جمعیت جوان کشورهایی هستند که نسبت سالمندان آن زیر چهار

سالمندی مهم‌ترین پدیده مردم شناختی اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم است. در قرن ۲۱ با پیشرفت تکنولوژی و علوم پزشکی و افزایش امید به زندگی، همچنین کاهش میزان مرگ و میر و باروری منجر به افزایش روند جمعیت سالمند شده است (۱). حدود دو سوم از جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه از جمله

درصد باشد، کشورهای دارای جمعیت بزرگ سال‌سورهای هستند که نسبت سالمندان آن بین ۴ تا ۶ درصد باشد و کشورهای دارای جمعیت سالخورده کشورهایی هستند که نسبت سالمندان آن هفت درصد یا بیشتر باشد. در ایران نیز برخی از آمارهای رسمی نشان می‌دهد که سالمندان بیش از هفت درصد اعضای جامعه را تشکیل می‌دهند (۳). سالمندی پدیده‌ای جهانی است که به نظر می‌رسد در آینده نزدیک به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد شد. پیری‌شناسان می‌گویند، سالمند کسی است که به‌دلیل کاهش توانایی و قدرت کار، برای برآوردن نیازهای حیاتی خود به توجه دیگران نیاز دارد (۴). مطالعات انجام‌شده مؤید آن است که اضطراب و پیامدهای ناشی از آن به کاهش عملکرد عمومی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان منجر می‌شود.

اضطراب هستی در دنیای امروز، کمابیش توسط هر فردی تجربه می‌شود و شدت آن ممکن است در سالمندان مختلف کم یا زیاد باشد بخصوص در قشر سالمند که با اضطراب هستی یک نوع واکنش است؛ واکنشی که سالمند به تغییرات، رشد روز افزون تکنولوژی، فشارها و تنش‌های زندگی شهرنشینی، مشکلات در روابط، درگیری و از هم گسستگی جوامع مختلف و تحولات اجتماعی در سراسر دنیا از خود نشان می‌دهد. اضطراب هستی یک تعارض درون فردی است که می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت جسم و روان سالمند داشته باشد (۵).

یکی از مواردی که می‌تواند به ایجاد و افزایش اضطراب هستی دامن‌بزند، عدم اعتقادات مذهبی، بی‌توجهی به ارزش‌ها و باورهای فردی و جمعی است. پس این احساس ناخوشایند که با سوالاتی در مورد کیستی و چیستی سالمند همراه است، می‌تواند زندگی سالمند را تحت تأثیر قرار دهد. به عقیده برخی محققان، اضطراب هستی می‌تواند مولد باشد و اگر در سطح متعادل تجربه شود، برای سالمند خوب است چرا که سالمند را به سمت پیدا کردن معنا و مفهوم در زندگی سوق می‌دهد (۶). از طرفی درد مزمن بخش بزرگی از جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث ناتوانی عملکردی می‌شود، که اغلب با اختلالات روان‌شناختی همزیستی مانند افسردگی و اضطراب، علاوه بر نقص‌های

شناختی و اختلال خواب همراه است. جمعیت سالمندان جهان در دهه‌های گذشته رو به افزایش بوده است و پیامدهای منفی درد مزمن برای این سالمندان یک چالش بالینی کنونی است. شکایات دردناک اصلی در سالمندان مربوط به بیماری‌های عصبی و اسکلتی عضلانی، بیماری‌های عروق محیطی، آرتروز و استئوآرتریت است که به کیفیت پایین زندگی، انزوای اجتماعی، اختلال در فعالیت بدنی و وابستگی به انجام فعالیت‌های روزانه کمک می‌کند. اختلال عملکرد اندام‌ها و سایر بیماری‌های موجود می‌تواند به طور قابل توجهی بر درک و پاسخ به درد مزمن در این گروه تأثیر بگذارد (۷). پیشنهاد شده است که سالمندان مسن تجربه درد تغییر یافته‌ای دارند، با تغییراتی در مکانیسم‌های پردازش درد، که ممکن است با انحطاط مدارهایی مرتبط باشد که مسیرهای بازدارنده نزولی درد را تعدیل می‌کنند. افزایش سن نیز با افزایش آستانه درد، کاهش احساسات دردناک و کاهش تحمل درد مرتبط است. با این حال، سالمندان مسن مبتلا به درد مزمن خطر ابتلا به زوال عقل و اختلال شناختی را افزایش می‌دهند (۸). با توجه به سوگیری‌های شناختی و مشکلات اجتماعی سالمندان، سالمند دارای درد مزمن و اضطراب، به نظری رسد یک پادزهر منطقی برای این سالمندان «شفقت به خود» است. شفقت به خود را، موضعی مثبت در قبال خویش زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود می‌توان تعریف کرد که به عنوان صفت و عوامل محافظت‌کننده موثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود؛ به طوری که در چند سال اخیر، روشهای درمانی با هدف بهبود شفقت به خود گسترش یافته است (۹). شفقت به خود سبب احساس مراقبت سالمند از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری به نابسندگی و شکست‌های خویش و پذیرش این نکته می‌شود که تجربه‌های وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است. شفقت به خود نیروی مهم انسانی است که شامل صفات مهربانی و قضاوت منصفانه و احساس‌های به هم پیوسته (۱۰). بدین ترتیب پژوهش هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر اضطراب هستی و راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن بود.

روش کار

مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری مطالعه حاضر را سالمندان دچار درد مزمن در مرکز سالمندان انوشا واقع در تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به استناد جدول کوهن نمونه لازم برای این بررسی ۳۰ نفر و ۱۵ نفر برای هر سه گروه محاسبه شد که با احتساب افت آزمودنی برای هر گروه نمونه با استفاده از جدول کوهن مد نظر قرار گرفت. در مطالعه حاضر، اعضای نمونه با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: رضایت آگاهانه، سن ۶۰ سال و بالاتر، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود ناشنوایی و نابینایی بر اساس تشخیص پزشک، عدم وجود اختلال شناختی مانند آلزایمر، دمانس و دلیریوم، ابتلا به دردهای مزمن که به تایید پزشک رسیده باشد، داشتن اضطراب هستی بر اساس پرسشنامه اضطراب هستی و کسب نمره برش ۴۰ و معیارهای خروج عبارتند از: بیش از دو جلسه غیبت، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، ابتلا به بیماری در حین پژوهش.

اولین ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب هستی بود این پرسشنامه توسط ویمز، کاستا، دهون و برمن در سال ۲۰۱۴ بر اساس نظریه تیلیج طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۱۳ ماده و ۳ مؤلفه است. هر مؤلفه دو بخش دارد که هر یک ۲ ماده دارد. آزمون شامل ۳ مؤلفه: مرگ و سرنوشت پوچی و بی معنایی، گناه و محکومیت است. فرآیند نمره دهی این پرسشنامه به صورت بله=۱ و نه=۰ می باشد. پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ بدست آمد و به روش بازآزمایی ۰/۷۲ برآورد شد (۱۱). اعتبار سازه این آزمون از اجرای تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی تأیید شد. همچنین اعتبار ملاک آزمون با فهرست نشانگان بالینی، مقیاس شدت نشانه ها ۰/۵۸، اضطراب ۰/۵۴، افسردگی ۰/۶۱ و خصومت ۰/۳۱ بدست آمد که همبستگی مثبت و معناداری

داشت (۱۲). همچنین برای سنجش پایایی مقیاس اضطراب هستی ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس ها و عوامل مرگ-سرنوشت، بی معنایی-پوچی و احساس گناه - محکومیت نیز به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۴۱، ۰/۵۱ بدست آوردند (۱۳).

دومین ابزار پژوهش پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد روزنشتایل و کیف بود. این پرسشنامه توسط روزنشتایل و کیف در سال ۱۹۸۳ ساخته شده است. هدف از ساخت این پرسشنامه ارزیابی انواع راهبردهای مقابله با درد می باشد. این پرسشنامه دارای ۴۲ سوال و ۶ بعد، توجه برگردانی (سوالات ۱ الی ۷)، تفسیر مجدد درد (سوالات ۸ الی ۱۴)، گفتگو با خود (سوالات ۱۵ الی ۲۱)، نادیده انگاشتن درد (سوالات ۲۲ الی ۲۸)، فاجعه آفرینی (سوالات ۲۹ الی ۳۵) و دعا - امیدواری (سوالات ۳۶ الی ۴۲) می باشد. این پرسشنامه دارای ۵ گزینه به سبک لیکرت می باشد و حداقل امتیاز برای هر سوال ۱ و حداکثر امتیاز ۵ می باشد. بدین ترتیب کمترین نمره کسب شده ۴۲ و بیشترین نمره ۲۱۰ امتیاز می باشد. این پرسشنامه را در میان گروهی از سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن هنجاریابی و ضریب همسانی درونی هفت خردهمقیاس آن را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ ارزیابی کرده اند. اصغری مقدم گلک، ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه را در جمعیت ایرانی بررسی کرده و ضریب پایایی خرده مقیاسهای آن را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین نتایج مطالعه آنها روایی ملاکی و روایی پیش بین این پرسشنامه را تأیید کرد (۱۴).

پروتکل شفقت درمانی: محتوای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت درمانی بر اساس روش پل گیلبرت و راسل کولتس به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا می شود.

جدول ۱. پروتکل شفقت درمانی

پروتکل شفقت درمانی: محتوای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت درمانی بر اساس روش پل گیلبرت و راسل کولتس به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا می شود (جدول ۱).

جدول ۱. پروتکل شفقت درمانی

جلسه	محتوا	تمرین خانگی
یکم	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کاری درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت ها و چالش های روزانه
دوم	شناسایی و معرفی مولفه های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگیهای آن، آشنایی خصوصیات سالمندان دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیت های روزانه	
سوم	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل سالمندان برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود	ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیت های روزانه
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، تریب آزمودنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان سالمند دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن شفقت آمیز، ارزش خودشفقتی و همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	پرورش ذهن شفقت ورز (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفولانزا و آموزش بردباری) آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیشرو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن سالمندان با چالش های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت های چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصور شفقت ورزانه درباره خود، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کالمی، عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) (به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به کارگیری شفقت در فعالیت های روزانه
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد سالمند در آن موقعیت	نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس آزمون	ثبت یادداشت خودشفقتی در چالش های روزانه

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین الملل کیش به مرکز سالمندان انوشا واقع در تهران مراجعه کرد و معرفی نامه جهت کار در محیط پژوهش مرکز سالمندان حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کرد. پس کار نمونه گیری آغاز شد. برای انجام پژوهش حاضر در ابتدا محتوای درمان براساس درمانهای درمانی هر مداخله با استفاده از منابع علمی و معتبر و با توجه به سازه های مدل مورد بررسی تهیه شد. سپس جهت تعیین روایی محتوای آموزشی، محتوا در اختیار دو نفر از متخصصان و صاحب نظران قرار گرفت.

پس از جمع بندی نظرات تغییرات لازم در محتوای درمانی اعمال شد. نمونه های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. سالمندان مرکز با در نظر گرفتن ملاک های ورود و همچنین تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند (با اخذ رضایت نامه کتبی) از طریق جایگزینی تصادفی به گروه های آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شد (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه ها به عنوان گروه مداخله و گروه کنترل انتخاب شدند سپس اهداف پژوهش، مراحل پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و حق خروج آزادانه از مطالعه برای آن ها تشریح شد. کلیه ی شرکت کنندگان

پرسشنامه‌های پژوهش را در مرحله پیش آزمون تکمیل کرد. گروه تحت مداخله درمان شفقت درمانی منطبق با پروتکل درمان تحت درمان مذکور ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی قرار گرفتند. سه ماه پس از آخرین جلسه مداخلات ذکر شده ۲ گروه مداخله و کنترل، پس آزمون انجام شد و پرسشنامه‌ها مجدداً توسط سالمندان تکمیل

گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، بیشینه، کمینه) و آمار استنباطی (آزمون T مستقل، تحلیل واریانس آمیخته، مقایسه ترکیبی شفه و...) استفاده گردید.

یافته ها

جدول ۲: میانگین و (انحراف استاندارد) اضطراب هستی و راهکار مقابله با درد

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب هستی	کنترل (۳/۹۹۵) ۳۶/۸۰	۲۹/۴۵ (۴/۸۷۲)	۳۰/۵۵ (۲/۳۹۵)
	شفقت درمانی (۳/۹۲۶) ۳۴/۶۰	۲۵/۵۰ (۴/۳۳۵)	۲۶/۴۰ (۲/۷۲۲)
راهکار مقابله با درد	کنترل (۳/۸۴۰) ۶۱/۷۰	۶۲/۰۰ (۴/۴۲۵)	۶۱/۱۰ (۴/۴۳۶)
	شفقت درمانی (۵/۳۰۶) ۵۰/۹۵	۷۲/۷۵ (۶/۹۰۴)	۷۷/۰۰ (۶/۹۲۸)

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مقابله با درد و اضطراب هستی در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. جدول ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش

میانگین نمرات اضطراب هستی در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش و میانگین نمرات راهبردهای مقابله با درد افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد.

جدول ۳: نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانس و کوواریانس اثربخشی درمان شفقت درمانی بر اضطراب هستی

اثرات درون آزمودنی	موخلی	X^2	df	Sig	اپسیلون		
					گیسر	هون فلدت	کرانه پایین
اضطراب هستی	۰/۴۴۶	۲۹/۸۵۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴	۰/۶۷۴	۰/۵۰۰
راهکارهای مقابله با درد	۰/۸۰۲	۸/۱۸۵	۲	۰/۰۱۷	۰/۸۳۴	۰/۸۹۱	۰/۵۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در نمرات اضطراب هستی ($P < ۰/۰۱$ ، $X^2 = ۲۹/۸۵۰$ ، $W2 = ۰/۴۴۶$)، و راهکارهای مقابله با درد تفاوت معناداری وجود دارد

$(P < ۰/۰۱$ ، $X^2 = ۱۸۵/۸$ ، $W2 = ۰/۸۰۲$) این امر نشان‌دهنده این است که پیش فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تأیید نشده است.

جدول ۴: نتایج آزمون مقابله درون گروهی اثربخشی درمان شفقت درمانی بر اضطراب هستی

منبع	اندازه	SS	Df	MS	F	Sig	توان آزمون
اضطراب هستی* گروه	درجه ۱	۱۹/۰۱۲	۱	۱۹/۰۱۲	۴/۴۵۸	۰/۰۲۵	۰/۱۲۷
	درجه ۲	۴/۰۰۴	۱	۴/۰۰۴	۵/۲۷۷	۰/۰۱۲	۰/۲۴۷
خطا	درجه ۱	۴۹۵/۴۷۵	۲۸	۱۳/۰۳۹			
	درجه ۲	۵۴۸/۸۲۵	۲۸	۱۴/۴۴۳			
راهکار مقابله ای درد* گروه	درجه ۱	۳۵۵۱/۱۱۲	۱	۳۵۵۱/۱۱۲	۱۴۲/۴۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
	درجه ۲	۴۴۵/۵۲۷	۱	۴۴۵/۵۲۷	۳۴/۱۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
خطا	درجه ۱	۸۵۶/۸۷۵	۲۸	۲۲/۵۴۹			
	درجه ۲	۳۹۲/۶۹۲	۲۸	۱۰/۳۳۴			

داده های جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات اضطراب هستی و راهکار مقابله با درد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است $(F_{(۱,۳۷)} = ۵/۲۷۷, P > ۰/۰۱)$ و $(F_{(۱,۳۷)} = ۴۳/۱۱۴, P > ۰/۰۱)$ و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات اضطراب هستی و راهکار مقابله با درد تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده اند.

بحث

یافته های پژوهش نشان داد که بین نمرات اضطراب هستی و راهکارهای مقابله ای با درد در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. بدین ترتیب می‌توان گفت شفقت درمانی بر اضطراب هستی و راهکار مقابله ای با درد در سالمندان با درد مزمن اثربخش است و با گذشت دو ماه از دریافت برنامه مداخله شفقت درمانی همچنان تاثیر آن اثربخش بوده است.

این یافته با نتایج پژوهش (۷، ۸، ۹)، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در تمرینهای شفقت بر تنش زدایی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خود آیند منفی دارد. شفقت درمانی تأکید میکند که احساس ناامنی و نگرانی‌های مرتبط با اضطراب از طریق تقویت احساس شفقت کاهش می‌یابند. با استفاده از تکنیک‌های شفقت درمانی، سالمندان می‌توانند با احساسات خود به شکلی مهربانانه‌تر رفتار کنند. همچنین از این طریق دیگر با عوارض فیزیکی و روانی اضطراب درگیر نگردید. آموزش مبتنی بر شفقت خود می‌تواند در سالمندان موجب طرز تفکری مناسب شود و سالمندان می‌توانند طرز شناخت ارزیابیهای غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به سالمندان قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیشرو مقابله سالم داشته باشند، بر سختیها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی اضطراب هستی آنها کاهش خواهد یافت. شفقت به خود نوعی تأثیر از رنج دیگران و آگاهی یافتن از درد دیگران است به نحوی که سالمند نسبت به دیگران احساس مهربانی پیدا کند و مشتاق تسکین درد و رنج آنها باشد.

در واقع، شفقت عبارت است از درک غیر قضاوتی افرادی

که دچار خطا یا ناکامی هستند، به نحوی که اعمال و رفتار آنها در بافت جایزالخطا بودن انسان، دیده می‌شود. به این ترتیب شفقت به خود عبارت است از متأثر شدن و آگاهی یافتن از رنج خود و نه فرار یا قطع رابطه با آن و پدید آوردن تمایلی برای تسکین رنج های خود و بهبودی آنها از طریق مهرورزی و صمیمیت با خود. به عبارت دیگر مهرورزی به خود نوعی همدلی و فهم غیر قضاوتی نسبت به دردها، رنگها، اشتباهات و ناشایستگیهای خود است، شفقت به خود، مهربانی و درک بدون قضاوت خشن در زمانهای دشوار نسبت به خود است که به عنوان یک جایگزین برای انتقاد نسبت به خود و عزت نفس ارائه شده است (۱۴). در حال حاضر، شفقت به خود، معانی متفاوتی دارد و به عنوان راهبردی برای تسکین اختلالات روانی، موردعلاقه پژوهشگران قرار گرفته است که از آن جمله به اضطراب هستی می‌توان اشاره کرد. شفقت بیشتر، مواجه شدن با هیجان را مدنظر قرار می‌دهد، تا اجتناب کردن از آن، بنابراین سالمندان با شفقت بالاتر اجتناب کمتر دارند و بیشتر از راهبردها مسئله محور استفاده می‌کنند که این امر در کاهش تجربه استرس و اضطراب بسیار با اهمیت و اثربخش است. همچنین نتایج زارزیکا (۱۵) ۱۶ مطالعه را شناسایی کردند و مزایای امیدوارکننده‌ای را از نظر کاهش شدت درد و تداخل درد، پذیرش بیشتر درد و خودکارآمدی درد، کاهش فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد و ناتوانی درد یافتند. با این حال، آنها توصیه می‌کنند در تفسیر این یافته ها احتیاط کنید، با توجه به اینکه مطالعات شناسایی شده از نظر طراحی آزمایشی با کیفیت پایین، فاقد شرایط کنترل بودند. به علاوه، تنوع گسترده‌ای در انواع مداخلات مبتنی بر شفقت شامل، تشخیص‌های درد، اندازه‌گیری‌های پیامدهای درد اجرا شده و نقاط زمانی برای جمع‌آوری داده‌ها وجود داشت (۱۶).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت ممکن است یک مداخله موثر بالینی برای مدیریت درد باشد. با این حال، این رویکرد ممکن است برای همه گروه‌های تشخیصی مناسب نباشد، از جمله افرادی که دارای تشخیص مشکلاتی در ستون فقرات هستند و همیشه باید توانبخشی چند رشته‌ای درد ارائه شود. به سالمندان مبتلا به درد مزمن باید این رویکرد مبتنی بر شفقت ارائه شود. زمانی که خدمات شفقت درمانی در طول یک بیماری ارائه می‌شود. ممکن است این یک تغییر پایدار در ارائه خدمات برای

مزمّن نقش داشته است به طور مداوم بهره گرفته شود.

نتیجه گیری

براساس یافته های پژوهش شفقت درمانی می تواند موجب کاهش اضطراب هستی و بهبود راهکارهای مقابله با درد سالمندان مبتلا به درد مزمن گردد. بنابراین مشاوران و روانشناسان می توانند از این روش درمانی جهت رفع مشکلات روانشناختی سالمندان استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه برگرفته از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1403.041 است. شرکت کنندگان قبل از ورود به مطالعه یک رضایتنامه کتبی آگاهانه را تکمیل کردند. نحوه و هدف از پژوهش برای شرکت کنندگان به طور کامل توضیح داده شد.

سیاسکزاری

در پایان نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی سالمندانی که با صبوری در پژوهش حاضر شرکت کردند، قدردانی نمایند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. Nguyen AW, Taylor HO, Taylor RJ, Ambrose AZ, Hamler T, Qin W, et al. The role of subjective, interpersonal, and structural social isolation in 12-month and lifetime anxiety disorders. BMC public health. 2024;24(1):760. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18233-2>
2. Hargittai E, Piper AM, Morris MR. From internet access to internet skills: digital inequality among older adults. Universal Access in the Information Society. 2019;18:881-90. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0617-5>
3. Dagnino AP, Campos MM. Chronic pain in the elderly: mechanisms and perspectives. Frontiers in Human Neuroscience. 2022;16:736688. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.736688>
4. Nikoy Kouhpas E, Karimi Z, Rahmani B, Shoaee F. The relationship between existential anxiety and demoralization syndrome in predicting

افرادی باشد که به خوبی مجهز هستند تا در این درمان نوآورانه و آسان شرکت کنند. در تبیین این یافته می توان افزود سالمندان در زمان مواجهه با درد مزمن که می تواند منجر به کاهش فعالیت شود، وقتی سالمندان خودشان را با دیگران مقایسه می کنند و اینکه قبل از شروع دردشان چگونه بوده اند، احساس شرمندگی را برمی انگیزد. سپس این شرم به افکار انتقادی و سرزنش خود منجر می شود که می تواند انگیزه های برای «تلاش» برای شرکت در فعالیت های انفجاری برای بازایی وضعیت قبلی ایجاد کند. در این بین شفقت درمانی یک رویکرد مبتنی بر شفقت برای پرداختن به این مشکل در ابتدا مبتنی بر مهارت ها برای توسعه سیستم تسکین دهنده و استراتژی هایی برای تنظیم تمایلات سالمند اقدام می کند و سعی می شود اجتناب از ترس را در سالمند تقویت کند و از هرگونه درگیری بیشتر در رفتارهای غیر مفید با عواقب ناخواسته رنج بیشتر جلوگیری می کند (۱۷). در نتیجه گیری نهایی نتایج باید به محدودیت های این پژوهش توجه داشت: محدود بودن دامنه تحقیق به سالمندان با درد مزمن مرکز سالمندان انوشا و در این پژوهش متغیرهای اثرگذار بر اضطراب هستی سالمندان با درد مزمن از جمله ابتلا به بیماری های زمینه ای یا مادرزادی قابل شناسایی نبود. در نهایت پیشنهاد می شود از روش شفقت درمانی که به عنوان یکی از روش های مؤثر غیر دارویی در کاهش اضطراب هستی سالمندان با درد

psychological well-being of patient with cancer. Practice in Clinical Psychology. 2020;8(3):175-82. <https://doi.org/10.32598/jpcp.8.3.515.1>

5. 5. Tomaszek K, Muchacka-Cymerman A. Profiles of School Burnout among Polish Late Adolescents and Its Association to the Quality of Family Bonds. Przegląd Psychologiczny. 2024;67(3):129-47. <https://doi.org/10.31648/przegldpsychologiczny.10477>
6. Pellens H, Dezutter J, Luyten P, Vanhooren S. To be scared or scared to be: Existential anxiety as a mediator between meaning experience and depression. Journal of Humanistic Psychology. 2022: 00221678221140617. <https://doi.org/10.1177/00221678221140617>
7. Abad Y, Haroon Rashidi H. The Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and existential anxiety in the elderly men. Aging Psychology. 2022;8(1):10-1.
8. Lucre K, Clapton N. The Compassionate Kitbag: A

- creative and integrative approach to compassion-focused therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021;94:497-516. <https://doi.org/10.1111/papt.12291>
9. Montero-Marin J, Zubiaga F, Cereceda M, Piva Demarzo MM, Trenc P, Garcia-Campayo J. Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: A cross-sectional study. *PloS one*. 2016;11(6):e0157499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157499>
 10. Stutts L. Increasing self-compassion: review of the literature and recommendations. *Journal of Undergraduate Neuroscience Education*. 2022; 20 (2): A115. <https://doi.org/10.59390/WSZK3327>
 11. Sandham C, Deacon E. The role of self-compassion in diabetes management: A rapid review. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1123157. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1123157>
 12. Fox D, Van Dam R, Fisher R, Batley G, Tillmanns A, Thorley J, et al. Recent developments in species sensitivity distribution modeling. *Environmental Toxicology and Chemistry*. 2021;40(2):293-308. <https://doi.org/10.1002/etc.4925>
 13. Hsiao F-H. Self-compassion for burnout and compassion fatigue in caregivers. *Journal of Nursing Research*. 2023;31(1):e251. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000544>
 14. Reiß Gibbel M. Toward a well-integrated psychology of religion and spirituality: A tribute to Kenneth I. Pargament. *Spirituality in Clinical Practice*. 2022; 9(1):7. <https://doi.org/10.1037/scp0000276>
 15. Zarzycka B, Puchalska-Wasył MM. Can religious and spiritual struggle enhance well-being? Exploring the mediating effects of internal dialogues. *Journal of religion and health*. 2020;59(4):1897-912. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00755-w>
 16. Yıldırım M, Arslan G. A moderated mediation effect of stress-related growth and meaning in life in the association between coronavirus suffering and satisfaction with life: development of the stress-related growth measure. *Frontiers in psychology*. 2021;12:648236. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648236>
 17. Prescott DS. Self-compassion in Treatment and with Ourselves. *Current Psychiatry Reports*. 2023;25(1):7-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01401-9>