



Comparing the Effectiveness of Compassion Therapy and Integrated Spiritual Therapy on Pain Coping Strategies in the Elderly with Chronic Pain

Hossein Bohloli¹, Fariba Hassni^{2*}, Mehran Azadi³, Parvaneh Qodsi⁴

1- Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Fariba Hassni, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: hassani.fariba@gmail.com

Received: 2024/08/26

Accepted: 2024/10/6

Abstract

Introduction: Paying attention to the problem of reducing chronic pain in the elderly has become an important and vital issue in the direction of life expectancy, and it seems that compassion therapy and integrated spiritual therapy can each be effective in the development of coping with pain in the elderly. Thus, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of compassion therapy and integrated spiritual therapy on coping strategies for the elderly with chronic pain.

Methods: The present study was applied and a semi-experimental design of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population of the present study was composed of elderly people with chronic pain in the Noura Center for the Elderly located in Tehran in 1402. The number of elderly sample in the present study was 45 people (N=15 in each group) who were selected in a targeted way. The tool of the research was Rosenstein and Kief pain coping strategies questionnaire. The method of data analysis was analysis of variance with repeated measurements using spss software version 27.

Results: The research results showed that compassion therapy is effective on pain coping strategies in the elderly with chronic pain ($F=43.114$, $P<0.01$) with an effect size of 53%, and spiritual integrated therapy is effective on pain coping strategies. ($F=85.635$, $P<0.01$) is effective in the elderly with chronic pain with an effect size of 69%, and there is also a difference between the effectiveness of compassion therapy and integrated spiritual therapy on coping strategies for the elderly with chronic pain ($P=0.027$) There is a significant difference at the error level of 0.01.

Conclusions: It can be concluded that compassion therapy is more effective than spiritual integrated therapy on coping strategies for the elderly with chronic pain.

Key words: Compassion therapy, Elderly, Coping with pain, Integrated spiritual therapy.



مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن

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

۱- دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش، کیش، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، 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 جنوب، تهران، ایران.
ایمیل: (hassani.fariba@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۱۵

چکیده

مقدمه: توجه به مسئله کاهش درد مزمن در سالمندان به یک مسئله مهم و حیاتی در جهت امید به زندگی تبدیل شده و به نظر می رسد شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی هر یک می تواند به نوعی در رشد مقابله با درد در سالمندان موثر باشد و بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر 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 نورا واقع در تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. تعداد سالمندان نمونه در پژوهش حاضر ۴۵ نفر بود (N=۱۵ در هر گروه) که شیوه هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد روزنشستایل و کیف بود. روش تجزیه و تحلیل داده ها نیز تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ بود.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که شفقت درمانی بر راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن است (F=۴۳/۱۱۴، P>۰/۰۱) با اندازه اثر ۵۳٪ اثربخش است و درمان یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد (P>۰/۰۱) F=۸۵/۶۳۵، در سالمندان با درد مزمن با اندازه اثر ۶۹٪ اثربخش است و همچنین بین میزان اثربخشی شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن (P=۰/۰۲۷) تفاوت معنی داری در سطح خطای ۰/۰۱ وجود دارد.

نتیجه گیری: می توان نتیجه گرفت شفقت درمانی به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن موثرتر می باشد.

کلیدواژه ها: درمان یکپارچه معنوی، سالمندان، شفقت درمانی، مقابله با درد.

درد مزمن در این گروه تأثیر بگذارد. پیشنهاد شده است که سالمندان مسن تجربه درد تغییر یافته ای دارند، با تغییراتی در مکانیسم های پردازش درد، که ممکن است با انحطاط مدارهایی مرتبط باشد که مسیرهای بازدارنده نزولی درد را تعدیل می کنند (۷). 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 می دهند (۸).

به نظر می رسد یکی از متغیرهایی که به صورت گسترده در چارچوب روان شناسی سلامت مورد مطالعه قرار گرفته فرایند مقابله می باشد، راهبردهای مقابله مجموعه ای از تلاشهای شناختی و رفتاری سالمند است که در جهت تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار میرود و به کاهش رنج ناشی از آن منجر می گردد (۹). باور بسیاری از نظریه ها در زمینه کنترل درد، بر این است که عوامل روانی می تواند ادراک درد را تعدیل نماید. روش های مختلفی تحت عنوان راهبردهای مقابله با درد به عنوان روش های غیر دارویی مقابله با درد، مورد بررسی قرار گرفته اند (از جمله؛ راهبردهای مبتنی بر ارائه اطلاعات، مهارت های مقابله ای شناختی و رفتاری، روش القای هیجان مثبت و راهبردهای انحراف توجه). راهبردهای مقابله ای، در تجربه درد، نقش قدرتمندی ایفا می نمایند. مقابله به تلاش های رفتاری، هیجانی و فکری سالمند در زمان رویارویی با فشارهای روانی به منظور تحمل، غلبه یا به حداقل رساندن عوارض اطلاق می گردد (۱۰). مقابله با درد نیز به عنوان رفتار و افکارهای خاصی تعریف می شود که سالمندان از آنها برای اداره درد یا واکنش های عاطفی خویش به درد استفاده می کنند. این رفتارها در غالب پیامهای غیر کلامی و کلامی در سالمند دردمند مشاهده می گردد. پیامهای غیر کلامی مانند رفتارهای صوتی، تغییرات شکل چهره، حرکات بدن، مشت کردن دست ها و کشیدن بدن علاوه بر این که مکمل پیامهای کلامی هستند، نشان دهنده بهتری از افکار و احساسات واقعی سالمندان می باشند (۱۱). روانشناسان بسیاری بر این واقف اند که ویژگی شخصیتی می تواند، رویارویی با انواع دردها و بیماری های جسمانی را در سالمندان وضعیتی مثبت یا منفی قرار دهد؛ چنان که می تواند موجب تسریع و یا تاخیر بیماری جسمانی شود و می تواند اساساً به عنوان بخشی مؤثر از روند درمان قرار دهد (۱۲).

سالمندی مهم ترین 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 ایران زندگی می کنند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت هر سالمند بالای ۶۵ سال سالمند تلقی می شود 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 درصد باشد، کشورهای دارای جمعیت بزرگ سال کشورهایی هستند که نسبت سالمندان آن بین چهار تا شش 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 می دهد که سالمندان بیش از هفت درصد اعضای جامعه را تشکیل می دهند (۳). سالمندی پدیده ای جهانی است که به نظر می رسد در آینده نزدیک به عنوان یکی از مهم ترین چالش های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد شد. پیری شناسان می گویند، سالمند کسی است که به دلیل کاهش توانایی و قدرت کار، برای برآوردن نیازهای حیاتی خود به توجه دیگران نیاز دارد (۴).

درد مزمن بخش بزرگی از جمعیت را تحت تأثیر قرار می دهد و باعث ناتوانی عملکردی می شود، که اغلب با اختلالات روان شناختی همزیستی مانند افسردگی و اضطراب، علاوه بر نقص های شناختی و اختلال خواب همراه است. جمعیت سالمندان جهان در دهه های گذشته رو به افزایش بوده است و پیامدهای منفی درد مزمن برای این سالمندان یک چالش بالینی کنونی است (۵). شکایات دردناک اصلی در سالمندان مربوط به بیماری های عصبی و اسکلتی عضلانی، بیماری های عروق محیطی، آرتریت و استئوآرتریت است که به کیفیت پایین زندگی، انزوای اجتماعی، اختلال در فعالیت بدنی و وابستگی به انجام فعالیت های روزانه کمک می کند (۶). اختلال عملکرد اندام ها و سایر بیماری های موجود می تواند به طور قابل توجهی بر درک و پاسخ به

با توجه به سوگیریه‌های 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 محافظت کننده موثر برای پرورش انعطاف پذیری عاطفی محسوب می‌شود؛ به طوری که در چند سال اخیر، روشهای درمانی با هدف بهبود شفقت به خود گسترش یافته است (۱۳). 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 (۱۴). همچنین از آنجا که عقاید و رفتارهای مذهبی، قدرت و تعدیل هیجانات را دارند، خیلی از سالمندان مذهبی از مذهب به عنوان یک منبع مقابله استفاده می‌کنند. تحول شخصیت، بازخوردها و باورهای سالمند درباره معنویت را نیز در برمیگیرد. به گفته ی میلر (۱۵)، معنویات زندگی انسان را کنترل می‌کند و در روابط با خود، دیگران، طبیعت و خدای متعال، اثرگذار است و تجربه می‌شود. به عبارتی، هر فردی دارای بعدی معنوی است که جنبه‌های مختلف زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین امروزه روانشناسان توجه خاصی به معنویت و مذهب در روان‌درمانگری دارند و درمان یکپارچه معنوی از روش‌های منحصر به سالمند درمانگری معنوی است که از چارچوب نظری منسجمی برخوردار است (۱۶). بیان دقیق پارگامنت از درمان معنوی به خوبی اهمیت معنویت را در روان‌درمانگری برجسته کرده و مشکلات ناشی از بی توجهی به معنویت توسط روان‌شناسان را مشخص می‌کند (۱۷).

نتایج پژوهش کولاک و همکاران (۱۸) نشان داد که بین دشواری انطباق سالمندان و مقابله مذهبی مثبت رابطه ضعیف منفی وجود داشت و بین سختی سازگاری سالمندان و مقابله مذهبی منفی رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج نشان داد که دشواری انطباق با روند پیری پایین است که با استفاده از راهبردهای مقابله ای مثبت، سازگاری با سالمندی افزایش می‌یابد. برای بهبود سلامت سالمندان باید عوامل مؤثر بر مقابله مذهبی را در نظر گرفت. همچنین نتایج پژوهش اوبرین و همکاران (۱۹) نشان داد که مقابله مذهبی منفی با

پیشانی روان‌شناختی بیشتر مرتبط است، مطابقت دارد. این مطالعه یافته‌های قبلی را تکرار می‌کند که مقابله مذهبی مثبت ممکن است اثرات مضر مقابله مذهبی منفی را خنثی کند. با توجه به افزایش جمعیت سالمندی و اهمیت دوره سالمندی به عنوان عامل برانگیزاننده مشکلات سلامت روان و نقش تأثیرگذار محیط زندگی سالمندان بر جنبه‌های مختلف سلامت روان آنان، و از انجائی که تدارک خدمات حرفه ای بهداشت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالشهای مربوط با راهکارهای مقابله با درد ضروری است، پژوهش در این زمینه می‌تواند نقطه شروعی برای پژوهش در این حیطه باشد و با توجه به اینکه پذیرش واقعیت مرگ و درگیری معنویت و نگاه معنوی به آن می‌تواند، بهترین شیوه مقابله با درد باشد و این پژوهش سعی دارد به این سوال پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن تفاوت وجود دارد؟

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 نورا واقع در تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به استناد جدول کوهن نمونه لازم برای این بررسی ۴۵ 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 EAQ 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.

حسین بهلولی و همکاران

و کیف (۱۸) 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 (۱۹).

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.

ابزار پژوهش پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد روزنشتایل و کیف بود که 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. روزنشتایل

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 موری بر خودشفقتی اعضا ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیتهای 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، شکلگیری 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 سبکها و روشهای ابراز شفقت (شفقت کالمی، عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته (به کارگیری این روشها 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 موقعیتهای واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد سالمند در آن موقعیت	نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	مرور و تمرین مهارتهای 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

پارگامنت، در هشت جلسه ی ۹۰ دقیقه ای طراحی شده است.

پروتکل روان درمانی معنوی با تاکید بر مولفه های روان درمانی معنوی است که با استفاده از نظریه شناختی رفتاری

جدول ۲. پروتکل درمان یکپارچه معنویت با رویکرد شناختی-رفتاری پارگامنت

جلسه	محتوا
یکم	معارفه و اجراء پیش آزمون، ایجاد ارتباط و جلب اعتماد، آگاه نمودن سالمندان اس اختار جلسات، تعیین اهداف درمانی با همکاری و مشارکت سالمندان. توصیف بعد معنوی انسان: تعریف معنویت و دین، تفاوتها و شباهت های آنها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد
دوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آسیب های معنوی: تحریفات شناختی درباره صفات خداوند و ارتباط خدا با انسانها. توصیف افسردگی، اضطراب، استرس و نشانگان روابط بین آنها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، بکارگیری روش های شناختی برای برطرف کردن تحریفات شناختی درباره صفات خداوند و ارتباط خدا با انسانها. افکار خودآیند تحریف شده، پیشایندها، افکار و پیامدها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، بکارگیری مقابله های معنوی در حل مشکلات و کاهش استرسها: توکل، تقویض و واگذاری به خدا، و صبر. مروری بر تحریف های شناختی. ارائه تکالیف برای جلسه بعد
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، شکرگذاری از خدا و تشکر از مردم به خاطر خوبی ها (لطف و محبت خدا و مردم به انسان). روشهای اصلاح افکار خودآیند ناکارآمد. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، ذکر، نماز، نیایش و دعا. بکارگیری روش های رفتاری مانند: ریلکسیشن- (تنش زدایی) و حساسیت زدایی تدریجی. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، مدارا و محبت، احسان و بخشش) غفو و گذشت (با مردم. روش های حل مسئله در مسائل اجتماعی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل، مشاهده طبیعت بعنوان نشانه خداوند و لذت بردن از تحسین شاعرانه طبیعت (پخش تصاویر و فیلم). روش های مواجهه تدریجی، تصویری و در محیط واقعی، اجراء پس آزمون، پاسخ به سئوالات و جمع بندی و نتیجه گیری

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 نورا 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 ملاکهای 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 آنها تشریح شد. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه های پژوهش را در مرحله پیش آزمون تکمیل کرد. گروه تحت مداخله درمان یکپارچه معنویت و شفقت درمانی مطابق با پروتکل درمان تحت درمان مذکور ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی قرار گرفتند. سه ماه پس از آخرین جلسه مداخلات ذکر شده ۲ گروه مداخله و کنترل، پس آزمون انجام شد و پرسشنامه 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.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مقابله با درد

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۶۱/۷۰	۳/۸۴۰	۶۲	۴/۴۲۵	۶۱/۱۰	۴/۴۳۶
شفقت درمانی	۵۰/۹۵	۵/۳۰۶	۷۲/۷۵	۶/۹۰۴	۷۷	۱۱/۰۸۳
یکپارچه معنوی	۵۳/۴۵	۵/۸۱۷	۷۴/۰۵	۷/۷۶۳	۷۳	۶/۹۲۸

می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات راهبردهای مقابله با درد افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مقابله با درد در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. جدول نشان

جدول ۴: نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها

موخلی W	X^2	df	Sig	اپسیلون		
				گیسر	هونین فلدت	کرانه پایین
۰/۸۰۲	۸/۱۸۵	۲	۰/۰۱۷	۰/۸۳۴	۰/۸۹۱	۰/۵۰۰

($W = 0.802, X^2 = 8.185, P < 0.01$)، این امر نشان‌دهنده این است که پیش فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تأیید نشده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در نمرات راهکارهای مقابله با درد تفاوت معناداری وجود دارد

جدول ۵: نتایج آزمون مقابله درون گروهی نمرات راهکارهای مقابله با درد

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
راهکارهای مقابله با درد	درجه ۱	۳۲۲۷/۵۱۳	۱	۳۲۲۷/۵۱۳	۱۴۳/۶۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹۱
	درجه ۲	۵۸۵/۹۲۷	۱	۵۸۵/۹۲۷	۵۶/۷۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
راهکارهای مقابله با درد * گروه	درجه ۱	۳۵۵۱/۱۱۲	۱	۳۵۵۱/۱۱۲	۱۴۲/۴۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
	درجه ۲	۴۴۵/۵۲۷	۱	۴۴۵/۵۲۷	۴۳/۱۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
خطا	درجه ۱	۸۵۶/۸۷۵	۲۸	۲۲/۵۴۹			
	درجه ۲	۳۹۲/۶۹۲	۲۸	۱۰/۳۳۴			

در نمرات راهکارهای 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.

داده های جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات راهکارهای مقابله با درد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(1,117)} = 43.114, P > 0.01$) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی

جدول ۶: نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها

موخلی W	X^2	df	sig	اپسیلون		
				گیسر	هونین فلدت	کرانه پایین
۰/۶۹۰	۱۳/۷۵۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳	۰/۸۰۹	۰/۵۰۰

($W2 = 0.690$, $X^2 = 13.754$, $P < 0.01$)، این امر نشاندهنده این است که پیش فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تأیید نشده است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در نمرات راهکارهای مقابله با درد تفاوت معناداری وجود دارد

جدول ۷: نتایج آزمون مقابله درون گروهی نمرات راهکارهای مقابله با درد

منبع	اندازه	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون
راهکارهای مقابله با درد	درجه ۱	۱۷۹۵/۵۱۳	۱	۱۷۹۵/۵۱۳	۱۹۵/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
	درجه ۲	۸۷۰/۲۰۴	۱	۸۷۰/۲۰۴	۱۰۶/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
راهکارهای مقابله با درد * گروه	درجه ۱	۲۰۳۰/۱۱۲	۱	۲۰۳۰/۱۱۲	۲۲۰/۴۹۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
	درجه ۲	۶۹۷/۰۰۴	۱	۶۹۷/۰۰۴	۸۵/۶۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳
خطا	درجه ۱	۳۴۹/۸۷۵	۲۷	۹/۲۰۷			
	درجه ۲	۳۰۹/۲۹۲	۲۷	۸/۱۳۹			

راهکارهای 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 بوده‌اند.

داده‌های جدول ۷ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات راهکارهای مقابله با درد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F(1,37) = 85.635$, $P > 0.01$) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها بر راهکارهای مقابله با درد

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
شفقت درمانی - یکپارچه معنوی	۵/۰۵۰	۱/۶۴۱	۰/۰۲۷
شفقت درمانی - کنترل	۷/۷۲۵	۱/۶۴۱	۰/۰۰۱
یکپارچه معنوی - کنترل	۳/۶۷۵	۱/۶۴۱	۰/۰۰۱

درمانی در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی روش موثرتری برای افزایش راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن است. این یافته با نتایج پژوهش (۱۸ و ۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین یافته می‌توان گفت بهره‌گیری از معنویت و آموزه‌های معنوی می‌تواند در جهت کاهش گرایش و اقدام به راهکارهای مقابله با درد در میان، سالمندان با درد مزمن مؤثر و مفید واقع شود؛ به عبارتی دیگر معنویت درمانی با تکیه اعتقاد و وابستگی به خداوند و در نتیجه حمایت اجتماعی و روانی در فرد، سبب افزایش آرامش و کاهش بروز رفتارهای مخاطره آمیز می‌شود. معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد و به انسان معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد. بدیهی است چنین فردی اغلب مواقع خود را از تعلقات دنیوی رها می‌کند و همین عامل سبب می‌شود تا دردهایی که در درون سالمند احساس می‌شود به دلیل کهنوت سن کمتر احساس کنند. علاوه بر این

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد ($p = 0.027$) معنادار است. به طوری که درمان شفقت درمانی در مقایسه با یکپارچه معنوی راهکارهای مقابله با درد را بیشتر افزایش داده است. بر این اساس در آزمون فرضیه پنجم چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی شفقت درمانی و یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن تفاوت وجود دارد و درمان شفقت درمانی در مقایسه با یکپارچه معنوی روش موثرتری برای افزایش راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی شفقت درمانی و یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله با درد در سالمندان با درد مزمن تفاوت وجود دارد و درمان شفقت

است به تعیین علت اصلی درد کمک کند و به تشخیص دقیق کمک کند. اغلب نیاز به استفاده از داروهای سنگین را کاهش می دهد و در نتیجه بیمار را از عوارض جانبی ناخواسته مرتبط با دوزهای بزرگتر دارو در امان می دارد.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که آموزش شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر افزایش راهکارهای مقابله ای با درد در سالمندان با درد مزمن مؤثر می باشد و شفقت درمانی به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر راهکارهای مقابله ای با درد در سالمندان با درد مزمن مؤثرتر می باشد. در نتیجه گیری نهایی نتایج باید به محدودیت های این پژوهش توجه داشت: محدود بودن دامنه تحقیق به سالمندان با درد مزمن مرکز سالمندان نورا و در این پژوهش متغیرهای اثرگذار بر راهکارهای مقابله ای با درد 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 افزایش راهکارهای مقابله با درد سالمندان با درد مزمن نقش داشته است به طور مداوم بهره گرفته شود.

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.

سپاسگزاری

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.

بسیاری از پژوهش ها حکایت از اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود دارند. این یافته پژوهش مبین آن است که آموزش به شفقت خود سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق - انداختن احساسات ناخوشایند توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان ها می شود و با تعدیل هیجان های منفی و افزایش هیجان های خوشایند، سبب تعدیل تنظیم هیجان های سالمندان می شود (۲۰). زمانی که خدمات شفقت درمانی در طول یک بیماری ارائه می شود، ممکن است این یک تغییر پایدار در ارائه خدمات برای 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 ای برای «تلاش» برای شرکت در فعالیت های انفجاری برای بازیابی 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. در واقع افرادی که شفقت به خود بالایی دارند در عین حال که با خود مهربان، هستند در برابر مشکلاتشان مسئولیت پذیرتر هستند و وقایع پیش آمده را راحت تر می پذیرند. همچنین شفقت با ایجاد حس حساسیت به رنج خود و دیگران آغاز می شود و با گسترش همدلی با این رنج و ایجاد میلی متعادل در جهت کاهش رنج خود و دیگران با افزایش مهربانی نسبت به خود و دیگران، افزایش پیدا می کند؛ در نتیجه افرادی که شفقت به خود بالایی دارند کمتر در مسیر زندگی خود دچار مشکلات جسمی و درد خواهند شد. به طور کل می توان گفت روش های مداخله ای درد ممکن

References

1. Qin S, Cheng Y, Zhang H, Ding Y. Home/Community-Based Medical and Elderly Care Services Utilization in China: A Cross-Sectional Study from the Middle-Aged and Elderly Population. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(17):2431. Published 2023 Aug 30. <https://doi.org/10.3390/healthcare11172431>
2. Zhang R, Zhang Z, Peng Y, Zhai S, Zhou J, Chen J. The multi-subject cooperation mechanism of home care for the disabled elderly in Beijing: a qualitative research. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):186. Published 2022 Jul 26. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01777-w>
3. Annor P, Kwak K, Kim H, Kim D. Effect of local somatosensory stimulus on postural sway during sit-to-stand movement in the elderly. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(Suppl 1):731. Published 2021 Nov 12. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04609-7>
4. Özdoğan Ö, Kayıkçıoğlu M, Kılıçkap M, et al. Clinical Presentation and Outcomes in Real-Life Management of Elderly Patients Aged ≥ 75 Years Presenting with Acute Myocardial Infarction. *Anatol J Cardiol*. 2022;26(4):286-297. <https://doi.org/10.5152/AnatolJCardiol.2021.1096>
5. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*. 2017;12:709-720. Published 2017 Apr 21. <https://doi.org/10.2147/CIA.S113576>
6. Nijs J, Malfliet A, Roose E, et al. Personalized Multimodal Lifestyle Intervention as the Best-Evidenced Treatment for Chronic Pain: State-of-the-Art Clinical Perspective. *J Clin Med*. 2024;13(3):644. Published 2024 Jan 23. <https://doi.org/10.3390/jcm13030644>
7. Li X, Zhu W, Li J, Huang C, Yang F. Prevalence and characteristics of chronic Pain in the Chinese community-dwelling elderly: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):534. Published 2021 Oct 7. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02432-2>
8. Dagnino APA, Campos MM. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front Hum Neurosci*. 2022;16:736688. Published 2022 Mar 3. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.736688>
9. Allen KD, Somers TJ, Campbell LC, et al. Pain coping skills training for African Americans with osteoarthritis: results of a randomized controlled trial. *Pain*. 2019;160(6):1297-1307. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001525>
10. Allen KD, Arbeeve L, Cené CW, et al. Pain coping skills training for African Americans with osteoarthritis study: baseline participant characteristics and comparison to prior studies. *BMC Musculoskelet Disord*. 2018;19(1):337. Published 2018 Sep 19. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2249-6>
11. Nabbijohn AN, Tomlinson RM, Lee S, Morrongiello BA, McMurtry CM. The Measurement and Conceptualization of Coping Responses in Pediatric Chronic Pain Populations: A Scoping Review. *Front Psychol*. 2021;12:680277. Published 2021 Oct 1. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.680277>
12. Yeşiloğlu C, Tamam L, Demirkol ME, Namli Z, Karaytuğ MO, Şenbayram Güzelbaba Ş. The relationship of coping skills with psychache in patients with depressive disorder. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(29):e34339. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034339>
13. Han A, Kim TH. Effects of Self-Compassion Interventions on Reducing Depressive Symptoms, Anxiety, and Stress: A Meta-Analysis. *Mindfulness (NY)*. Published online June 5, 2023. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02148-x>
14. Lathren CR, Rao SS, Park J, Bluth K. Self-Compassion and Current Close Interpersonal Relationships: A Scoping Literature Review. *Mindfulness (N Y)*. 2021;12(5):1078-1093. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01566-5>
15. Gijsberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Med Sci (Basel)*. 2019;7(2):25. Published 2019 Feb 7. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
16. Hu Y, Jiao M, Li F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):104. Published 2019 Nov 26. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0489-3>
17. Straßner C, Frick E, Stotz-Ingenlath G, et al. Holistic care program for elderly patients to integrate spiritual needs, social activity, and self-care into disease management in primary care (HoPES3): study protocol for a cluster-randomized trial. *Trials*. 2019;20(1):364. Published 2019 Jun 18.

<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3435-z>

18. Kulakçı-Altıntaş H, Ayaz-Alkaya S. Adaptation difficulty and religious coping styles for the elderly in Turkey. *Psychogeriatrics*. 2020 Nov;20(6):865-870. <https://doi.org/10.1111/psyg.12606>
19. O'Brien B, Shrestha S, Stanley MA, Pargament KI, Cummings J, Kunik ME, Fletcher TL, Cortes J, Ramsey D, Amspoker AB. Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Jan;34(1):54-59. <https://doi.org/10.1002/gps.4983>
20. Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, 144, 104470. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104470>