

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده شهر اصفهان

پریسا کمالی رونیزی^۱، پریناز سادات سجادیان^{۲*}

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه سازی درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی) در سالمندان افسرده شهر اصفهان انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سالمند افسرده سرای سالمندان صادقیه شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های استاندارد افسردگی (بک، ۱۹۷۴) و فاجعه سازی درد (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵) بود. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر شفقت را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند، در حالی که گروه گواه، درمانی را دریافت نکردند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-27 به روش آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ابعاد فاجعه سازی (بزرگنمایی و درماندگی) درد در سالمندان افسرده شهر اصفهان تأثیر معناداری دارد و این اثر در طول زمان نیز ماندگار بوده است ($p \leq 0/05$)؛ در حالی که بر روی نشخوار ذهنی تأثیر معناداری ندارد. طبق نتایج حاصل از این مطالعه، درمان مبتنی بر شفقت می تواند مداخله ای مؤثر در کاهش فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده باشد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، فاجعه سازی درد، سالمندان افسرده.

مقدمه

سالمندی^۱ مرحله ای از زندگی انسان است که به طور طبیعی منجر به کاهش توانایی های جسمانی و روانی می گردد (داون و همکاران^۲، ۲۰۱۴). از طرفی هرم جمعیتی کشور ایران در حال تغییر است به طوری که پیش بینی می شود در سال ۱۴۳۰ حدود ۲۵ درصد جمعیت کشور را سالخوردگان تشکیل دهند (کاردونا آرانگو و سگورا کاردونا^۳، ۲۰۱۱). در نتیجه با افزایش سن و کاهش تدریجی عملکرد سیستم های مختلف بدن احتمال وقوع تغییراتی که طی سالمندی رخ می دهد نیز

¹ old age

² Dawane

³ Cardona Arango & Segura Cardona

بیشتر می‌شود (کالدول و همکاران^۱، ۲۰۰۹) که این موضوع بار فراوانی از نظر بیماری‌ها را در پی خواهد داشت (کاردونا و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجایی که بیماری‌های روانی در این دوران شیوع بیشتری دارد، سالمندان جز گروه‌های آسیب‌پذیر موجود در جامعه می‌باشند (صدیق و همکاران، ۲۰۲۰). شایع‌ترین اختلال روانی در این گروه، افسردگی^۲ است که حدود ۷ درصد از افراد سالمند را تحت تأثیر قرار می‌دهد (رنگاسوامی^۳، ۲۰۰۱). سازمان جهانی بهداشت^۴ (۲۰۲۰) تخمین زده است که شیوع کلی اختلالات افسردگی در سالمندان بسته به شرایط فرهنگی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر است. در ایران، شیوع افسردگی به صورت متغیر بیان شده است. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۸ نشان داد که شیوع افسردگی در سالمندان در بازه زمانی ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۵ حدود ۴۳ درصد بوده است (ساروخانی و همکاران، ۲۰۱۸). بر همین اساس افسردگی در دوره سالمندی با عوارض متعددی برای افراد همراه است که می‌تواند به گونه‌ای منفی سلامت جسم و روان را متأثر سازد (آرتور و همکاران^۵، ۲۰۲۰). از جمله عوارض افسردگی بر سالمندان، اثر گذاشتن بر فاجعه سازی درد^۶ در سالمندان است. فاجعه‌آمیز کردن درد یکی از مکانیسم‌های اصلی برای ایجاد پاسخ‌های همراه با نگرانی و پاسخ‌های حمایتی در دیگران است. فاجعه سازی، مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی و هیجانی و سازه‌ای چندبعدی است که در زمینه تجربه ادراکی درد شناسایی شده است. این متغیر به عنوان یک متغیر منفی فاجعه انگیز شده، از طریق نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی (اغراق‌آمیز کردن) و درماندگی نسبت به فرآیندهای دردناک، باعث ناتوانی در کنترل درد در افراد می‌شود (گوش‌چیان و همکاران، ۲۰۱۸). به بیانی دیگر فاجعه سازی درد به مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند (ویتنی و همکاران^۷، ۲۰۱۹). فاجعه سازی تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی شدت درد، درماندگی روان‌شناختی و پیامدهای منفی ناشی از آن است (بارنز و کسیدی^۸، ۲۰۱۸) بروز فاجعه سازی به تمرکز بیشتر روی جنبه‌های منفی موقعیت، تفسیر برانگیختگی‌های جسمی به نشانه‌های درد، ترس از درد و در نهایت رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود (ولاین و لایتون^۹، ۲۰۰۰). حال، با توجه به مشکلات گوناگونی که به سبب ابتلا به اختلال افسردگی و فاجعه سازی درد برای سالمندان ایجاد می‌شود، ضروری است تا با بهره‌گیری از انواع مداخلات روان‌شناختی به بهبود توانمندی‌های شناختی-رفتاری این گروه از افراد پرداخته شود. یکی از این رویکردهای جدید که برای کمک به سالمندان کاربرد فراوانی دارد، درمان مبتنی بر شفقت است (عبدی و همکاران، ۲۰۲۲) که با هدف کاهش درد، رنج، اضطراب و افسردگی، ایجاد شده است (علی قنوازی و همکاران، ۲۰۱۸) و پاسخ‌های سازگاران به نسبت به پیری را در سالمندان پیش‌بینی می‌کند و به سالمند کمک می‌کند تا با تغییرات مرتبط با سن خود را وفق دهد (ورائی و همکاران، ۲۰۱۷). گیلبرت با استفاده از سازه شفقت در فضای جلسات درمان، آموزش ذهن مشفقانه را طراحی کرد و در نهایت نظریه درمان متمرکز بر شفقت^{۱۰} را ارائه داد (گیلبرت، ۲۰۱۴). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت این است که بر توجه، استدلال، رفتارها، هیجان‌ها، انگیزه‌ها، نشخوار فکری و

¹ Caldwell

² depression

³ Rangaswamy

⁴ World Health Organization (WHO)

⁵ Arthur

⁶ pain catastrophizing

⁷ Whitney

⁸ Barnes & Cassidy

⁹ Vlaeyen & Linton

¹⁰ treatment based on compassion

تصویرسازی تمرکز می‌کند (اثباتی و فیاضی، ۲۰۱۸) و معتقد است افکار، عوامل و رفتارهای تسکین‌دهنده بیرونی باید درونی شوند. در این حالت، ذهن انسان همان‌طور که به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در رویارویی با این عوامل درونی به آرامش می‌رسد (پولمر و همکاران^۱، ۲۰۱۹). همچنین در این درمان، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد^۲، ۲۰۱۷). از جمله تکنیک‌هایی که در این درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد، می‌توان به رابطه درمانی، گفتگوی سقراطی، فرمول‌بندی ساختارمند، مواجهه، کار با صندلی خالی، توجه آگاهی، نامه‌نگاری، یادگیری تاب‌آوری هیجانی اشاره کرد (اثباتی و فیاضی، ۲۰۱۸). هدف درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک کند با مهربانی و شفقت، به خودانتقادی پاسخ دهند (گیلبرت^۳، ۲۰۱۴). یک بخش کلیدی در فرآیند درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک شود تا متوجه شوند که بسیاری از تحریف‌های شناختی، فرآیندهای زیستی و ذاتی هستند که توسط ژنتیک و محیط ساخته شده‌اند. همچنین افراد را تشویق می‌کند که انگیزه شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند تا بتوانند به سیستم‌های التیام بخشی دسترسی پیدا کنند (لواس و همکاران^۴، ۲۰۱۵)، از اهداف دیگر این درمان کمک به افراد برای یادگیری مهارت‌های مورد نیاز جهت توسعه‌ی جنبه‌ها و ویژگی‌های شفقت، بهزیستی روان‌شناختی، حساسیت، تحمل آشفتگی، همدلی و غیر قضاوتی بودن می‌باشد. این مهارت‌های خاص شامل استدلال برای شفقت، رفتار مهربان، تصاویر مشفقانه، ظاهر و احساسات مشفقانه می‌باشد (دروهمی و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین از آنجایی که این درمان می‌تواند با تأکید بر این مهارت‌ها به بهبود سلامت روان در اقشار مختلف به ویژه سالمندان کمک کند، مطالعاتی در این زمینه انجام شده است از جمله کالینز و همکاران^۵ (۲۰۱۷) که در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش اضطراب، افسردگی و حس تنهایی در سالمندان مؤثر است، پریز بلاسکو و همکاران^۶ (۲۰۱۶) که در پژوهشی دیگر نشان دادند که درمان ذهن آگاهی و شفقت به خود برای بهبود تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای و کاهش سطح اضطراب و استرس در سالمندان مفید است، برین و همکاران^۷ (۲۰۱۰) که در مطالعه‌ای نشان دادند گروه آزمایش پس از برگزاری دوره شفقت ورزی نگرش بهتری به سالمندی داشتند. با توجه به مطالعات انجام شده و بررسی‌های محقق می‌توان بیان کرد که تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان شفقت بر فاجعه سازی درد پرداخته باشد، مشاهده نشد؛ بنابراین با توجه به خلأ پژوهشی در این زمینه و همچنین با توجه به اینکه سالمندان قشر آسیب‌پذیری هستند و فاجعه سازی درد در آن‌ها می‌تواند بر روی سلامت روان و جسم، رفتارهای خودمراقبتی و مراجعه به دکتر در آن‌ها تأثیرگذار باشد، پژوهش حاضر درصدد بررسی هدف پژوهشی مبنی بر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده شهر اصفهان می‌باشد.

¹ Pullmer² Irons & Lad³ Gilbert⁴ Loas⁵ Collins⁶ Perez-Blasco⁷ Birnie

روش تحقیق

این پژوهش به لحاظ هدف تحقیق، کاربردی است و به لحاظ روش تحقیق، مطالعه‌ای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه می‌باشد که به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده شهر اصفهان استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان سالمند افسرده سرای سالمندان صادقیه شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بودند. ابتدا برای انتخاب زنان سالمند افسرده، با مراجعه به یکی از خانه‌های سالمندان شهر اصفهان با همکاری سالمندان، از آن‌ها پرسشنامه افسردگی بک گرفته شد. پس از آن که تشخیص افسردگی (نمره بالاتر از ۱۶) گرفتند، ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی و برابر در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از آن، با استفاده از پرسشنامه فاجعه سازی درد از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (یک‌بار در هفته و طی دو ماه)، درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند؛ اما اعضای گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان جلسات نیز از اعضای هر دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از آزمون‌های مذکور، پس‌آزمون گرفته شد و بعد از یک ماه پیگیری صورت گرفت. ابزارهای گردآوری اطلاعات عبارتند از:

پرسشنامه استاندارد افسردگی

در پژوهش حاضر، جهت ارزیابی افسردگی از پرسشنامه استاندارد افسردگی بک^۱ استفاده شد. این پرسشنامه توسط بک در سال ۱۹۶۱ تدوین شد و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و ۲۱ سؤال دارد. از آنجا که بررسی‌های گسترده‌ای در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی و کاربرد مناسب پرسشنامه انجام گرفته است، از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری برای افسردگی است. روانشناس باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده، یعنی فقط یک پاسخ از هر مورد با یکدیگر جمع کند چنانچه آزمودنی بیش از یک مورد را در یک سؤال مشخص کرده باشد آن سؤالی انتخاب می‌شود که بالاترین نمره را داراست از آنجا که در هر مقوله بالاترین نمره ۳ است بنابراین حداکثر نمره مقیاس ۶۳ است (یعقوبی و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش رزم زن (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه بر اساس روش تصنیف ۰/۸۹ محاسبه شد. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه استاندارد فاجعه سازی درد

در پژوهش حاضر، جهت ارزیابی فاجعه سازی درد از پرسشنامه فاجعه سازی درد استفاده شد. این پرسشنامه توسط سالیوان، بیشاپ و پیویک^۲ در سال ۱۹۹۵ ایجاد و دارای ۱۳ گویه و خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی را شامل می‌شود. سؤالات این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای تنظیم و نمرات کل بین ۱۳ تا ۶۵ قرار دارند. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه‌گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. در تحقیق سالیوان، بیشاپ و پیویک، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگنمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود (محمدی و همکاران، ۲۰۱۳). مظفری (۱۳۸۹) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ محاسبه کرده است که ۰/۹۰ می‌باشد و روایی این آزمون به وسیله ضریب همبستگی با آزمون افسردگی بک مورد بررسی قرار

¹ Beck² Sullivan, Bishop & Pivik

گرفت که همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان داد. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

در این پژوهش از درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) استفاده شد و خلاصه محتوای جلسات در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت ۲۰۱۴)

شماره جلسه	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	جلسه توجیهی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره صمیمیت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون.	ثبت مورد آزار عاطفی و خود انتقادی در فعالیت‌ها و مشکلات روزانه	شناسایی و آگاهی از خودانتقادی
دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت خود	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجان‌ها و احساس تنهایی و عوارض ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت	ثبت مؤلفه خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب گرایانه.	ثبت مؤلفه خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خودشفقتی
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری).	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد	بهبود و توسعه خودشفقتی

ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش‌ها در تردید روزمره برای دوستان، آشنایان	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه	حساس ارزشمندی و خودشفقتی
هفتم	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان	بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی
هشتم	ارزیابی و کاربرد	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤال‌ها، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در تردیدهای روزمره، اجرای پس‌آزمون	ثبت و یادداشت خود شفقتی در مسائل روزانه	پرورش و رشد خودشفقتی

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی شاخص‌های مرکزی (میانگین و انحراف معیار) و در آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که، در گروه آزمایش، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دوم ابتدایی، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) تحصیلات سوم ابتدایی، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) تحصیلات پنجم ابتدایی، ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) تحصیلات ششم ابتدایی، ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) تحصیلات اول راهنمایی و ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) تحصیلات دوم ابتدایی بوده‌اند. در گروه کنترل ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دوم ابتدایی، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) تحصیلات سوم ابتدایی، ۶ نفر (معادل ۴۰ درصد) تحصیلات پنجم ابتدایی، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) تحصیلات ششم ابتدایی بوده‌اند. در گروه آزمایش، ۲ نفر (معادل ۱۳/۳۷ درصد) متاهل، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) مجرد و ۹ نفر (معادل ۶۰ درصد) همسرانشان فوت کرده بودند، در گروه کنترل ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) متاهل، ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (معادل ۷۳/۳ درصد) همسرانشان فوت کرده بودند. همچنین در گروه آزمایش میانگین سن شرکت کنندگان ۷۱/۲۷ و انحراف استاندارد آن ۸/۳۱ و در گروه کنترل میانگین سن شرکت کنندگان ۷۰/۲۰ و انحراف استاندارد آن ۶/۰۹ می‌باشد. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در ویژگی‌های جمعیت شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد.

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر فاجعه سازی درد و مؤلفه‌های آن در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

خرده مقیاس‌ها	مراحل	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار ذهنی	پیش‌آزمون	۲۰/۸	۴/۰۲	۲۱/۵۳	۴/۰۵
	پس‌آزمون	۱۷/۸	۲/۳۶	۲۰/۴	۳/۹
	پیگیری	۱۷/۹۳	۲/۳۷	۲۰/۴۲	۳/۸
بزرگ‌نمایی	پیش‌آزمون	۹/۴	۲/۱۳	۱۱/۳۳	۲/۹۴
	پس‌آزمون	۸/۴	۲/۳۸	۱۰/۸	۳/۱۸
	پیگیری	۹/۴۷	۱/۵۵	۱۱/۱۳	۲/۸۲
درماندگی	پیش‌آزمون	۱۱/۸۷	۲/۳۲	۱۲/۵۳	۲/۲
	پس‌آزمون	۸/۸	۲/۳۶	۱۱/۳۳	۲/۳۱
	پیگیری	۹/۴	۲/۰۲	۱۱/۴۷	۲/۲

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد میانگین نمرات نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی، درماندگی و فاجعه سازی درد در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل دارای کاهش چشمگیرتر بوده است. اساس پیش‌فرض نرمال بودن بر آن است که فرض می‌شود توزیع نمره‌ها در جامعه نرمال بوده است. پس فرض نرمال بودن در صورتی رد می‌شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروه‌های نمونه و توزیع نرمال بودن نمره‌ها در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد. برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیروویلک استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. نرمال بودن از آزمون شاپیرو ویلک نمرات ابعاد فاجعه سازی درد در سالمندان

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		آماره	سطح معنی‌داری	آماره	سطح معنی‌داری	آماره	سطح معنی‌داری
نشخوار ذهنی	کنترل	۰/۹۷۹	۰/۹۳۶	۰/۹۷۰	۰/۸۵۶	۰/۹۷۱	۰/۸۵۴
	آزمایش	۰/۹۳۷	۰/۳۴۹	۰/۹۰۹	۰/۱۳۳	۰/۹۰۳	۰/۱۰۷
بزرگ‌نمایی	کنترل	۰/۹۵۵	۰/۶۰۶	۰/۹۱۱	۰/۱۴۱	۰/۹۱۷	۰/۱۴۳
	آزمایش	۰/۹۳۰	۰/۲۶۹	۰/۹۵۶	۰/۶۱۷	۰/۹۱۵	۰/۱۵۹
درماندگی	کنترل	۰/۹۷۴	۰/۹۰۸	۰/۹۴۵	۰/۴۴۳	۰/۹۰۶	۰/۱۱۶
	آزمایش	۰/۸۷۳	۰/۱۳۷	۰/۹۶۲	۰/۷۵۵	۰/۹۶۹	۰/۱۵۹

همان‌طور که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد مقدار سطح معناداری در تمامی متغیرهای نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی بالاتر از ۰/۰۵ بوده است و بنابراین فرضیه صفر در این متغیرها در سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تأیید قرار می‌گیرد و توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($p \geq 0.05$). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر جهت بررسی

اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه سازی درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی) در سالمندان افسرده شهر اصفهان در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	مجذور ضریب اتا	توان آزمون
نشخوار ذهنی	زمان	۸۲/۷۵۶	۲	۴۱/۳۷۸	۳۷/۸۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	۱
	تعامل زمان×گروه	۱۶/۲۶۷	۲	۸/۱۳۳	۷/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰۷	۰/۹۴
	خطا	۶۲/۳۱۱	۵۶	۱/۱۱۳				
	گروه	۸۴/۰۱۱	۱	۸۴/۰۱۱	۲/۴۰۷	۰/۱۳۲	۰/۰۷۹	۰/۳۲۲
	خطا	۵/۳۱۱	۲۸	۳۵/۱۵۴				
بزرگنمایی	زمان	۱۰/۸۲۲	۲	۵/۴۱۱	۵/۳۰۶	۰/۰۰۹	۰/۱۵۹	۰/۹۱
	تعامل زمان×گروه	۲/۰۶۷	۲	۱/۰۳۳	۱/۰۱۳	۰/۳۷	۰/۰۳۵	۰/۳۱۸
	خطا	۵۷/۱۱۱	۵۶	۱/۰۲۰				
	گروه	۹۰/۰۰۰	۱	۹۰/۰۰۰	۵/۰۸۸	۰/۰۳۲	۰/۱۵۴	۰/۸۸۵
	خطا	۴۹۵/۲۸۹	۲۸	۱۷/۹۸۹				
درماندگی	زمان	۷۸/۰۶۷	۲	۳۹/۰۳۳	۳۲/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	تعامل زمان×گروه	۱۴/۱۵۶	۲	۷/۰۷۸	۵/۹۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۷۴	۰/۸۹
	خطا	۶۷/۱۱۱	۵۶	۱/۱۹۸				
	گروه	۶۹/۳۴۴	۱	۶۹/۳۴۴	۵/۴۶۳	۰/۰۲۷	۰/۱۹۸	۰/۹۱
	خطا	۳۵۵/۴۲۲	۲۸	۱۲/۶۹۴				

چنان‌که در جدول (۴) مشاهده می‌شود:

در متغیر نشخوار ذهنی، عامل زمان ($F=41/378$, $df=2$ و $p<0/01$) و عامل تعامل زمان و گروه ($F=8/133$, $df=2$ و $p<0/01$) معنادار هستند. به این معنی که حداقل بین یکی از گروه‌ها در نشخوار ذهنی در مراحل زمانی سه‌گانه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با $0/570$ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان و گروه برابر با $0/207$ و $0/94$ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده، به ترتیب ۵۷ درصد تفاوت در عامل زمان و $20/7$ درصد تفاوت در تعامل زمان و گروه را به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۴ درصد توان تأیید نموده است؛ اما در مقایسه بین دو گروه، عامل گروه ($F=2/407$, $df=1$ و $p>0/05$) معنادار نبود.

در متغیر بزرگنمایی، عامل زمان ($F=5/306$, $df=2$ و $p<0/01$) معنادار بود ولی در عامل تعامل زمان و گروه معنادار نیست. در بین مراحل زمانی سه‌گانه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با $0/159$ و توان آزمون برابر با $0/91$ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده، ۱۵/۹ درصد تفاوت در عامل با ۹۱ درصد توان تأیید نموده است. همچنین در مقایسه بین دو گروه، عامل گروه ($F=5/088$, $df=1$ و $p<0/05$) معنادار است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت در بزرگنمایی اثربخش بوده است. مجذور سهمی اتا برای گروه برابر با $0/154$ و توان آزمون برابر با $0/885$ است. به این معنی که تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، حداقل ۱۵/۴ درصد تفاوت را بین دو گروه را با $88/5$ درصد توان آماری تأیید نموده است.

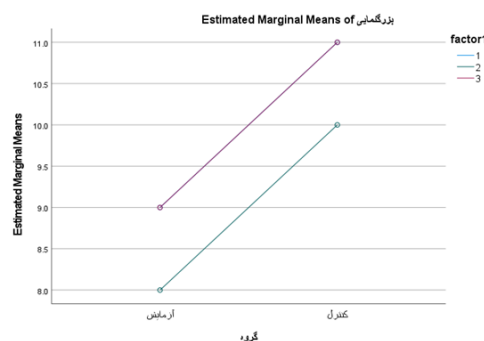
در متغیر درماندگی، عامل زمان ($F=32/571$ ، $df=2$ و $p<0/01$) و عامل تعامل زمان و گروه ($F=5/906$ ، $df=2$ و $p<0/01$) معنادار هستند. به این معنی که حداقل بین یکی از گروه‌ها در درماندگی در مراحل زمانی سه‌گانه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با $0/53$ و توان آزمون برابر با 1 و برای عامل تعامل زمان و گروه برابر با $0/174$ و $0/89$ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده، به ترتیب 53 درصد تفاوت در عامل زمان و $17/4$ درصد تفاوت در تعامل زمان و گروه را به ترتیب با 100 و 89 درصد توان تأیید نموده است. همچنین عامل گروه ($F=5/463$ ، $df=1$ و $p<0/05$) نیز معنادار است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت در بزرگنمایی اثربخش بوده است. مجذور سهمی اتا برای گروه برابر با $0/198$ و توان آزمون برابر با $0/91$ است. به این معنی که تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، حداقل $19/8$ درصد تفاوت را بین دو گروه را با 91 درصد توان آماری تأیید نموده است.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش (درمان مبتنی بر شفقت و کنترل) در متغیرهای بزرگنمایی و درماندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول (۵) آمده است.

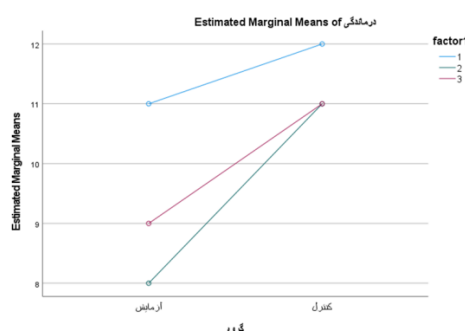
جدول ۵. آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین نمرات ابعاد فاجعه‌سازی درد در گروه‌های پژوهش در مرحله پس‌آزمون

معنی‌داری	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	متغیر		
0/01	0/267	0/767	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	بزرگنمایی
0/01	0/283	0/667	پیگیری		
1	0/23	-0/067	پیگیری		
0/001	0/275	2/133	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	درماندگی
0/001	0/325	1/767	پیگیری		
0/424	0/242	-0/367	پیگیری		

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین بزرگنمایی و درماندگی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است ($p<0/01$)؛ اما تفاوت در بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این گروه‌ها معنی‌دار به دست نیامده است ($p>0/05$)؛ بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جداول (۴-۲۳) تا (۴-۲۷) فرضیه فرعی سوم پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه‌سازی درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی) در سالمندان افسرده شهر اصفهان اثرگذار است، می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت بر بزرگنمایی و درماندگی در سالمندان افسرده اثربخش است. نمودار مربوط به مقایسه میانگین بزرگنمایی و درماندگی در سالمندان افسرده شهر اصفهان در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در شکل (۱) و (۲) ارائه شده است.



شکل ۱. مقایسه میانگین بزرگنمایی در سالمندان



شکل ۲. مقایسه میانگین درماندگی در سالمندان

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه سازی درد (بزرگنمایی و درماندگی و نشخوار ذهنی) در سالمندان افسرده شهر اصفهان بود. طبق نتایج ارائه شده، درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فاجعه سازی درد (بزرگنمایی و درماندگی) در سالمندان افسرده اثربخش است. به بیانی دیگر درمان روی بزرگنمایی و درماندگی تأثیر معنادار داشته؛ اما روی نشخوار ذهنی تأثیر معنادار نداشته است. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش با یافته‌های پژوهش کلاتیان، صالح زاده و بخشایش (۲۰۲۳)، ناصری نیا و همکاران (۲۰۲۲)، همسو است. بزرگنمایی درد یک مشکل شایع در سالمندان است که می‌تواند تأثیرات منفی زیادی بر کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد. این پدیده به خود درک و تعبیر از درد وابسته است و می‌تواند به شکل منفی بر سلامت روان و فیزیکی افراد مسن تأثیر بگذارد. در حقیقت، تجربه درد در سالمندان معمولاً با احساسات منفی مانند ناامیدی، اضطراب و احساس درماندگی همراه است که به نوبه خود این رفتار مجدداً باعث تشدید افکار منفی و بدتر شدن وضعیت شخص می‌شود. تکنیک‌های کلیدی این رویکرد، تقویت همدلی و ذهن آگاهی به افراد اجازه می‌دهد تا به خود و تجربیات خود با مهربانی و درک بیشتری نزدیک شوند. احساسات منفی خود را مدیریت کنند و به جای تمرکز بر درد، رویکردی متعادل‌تر اتخاذ کنند. در واقع تنش به عنوان بخشی از سیستم تهدید و حفاظت دیده می‌شود، تنش که ایجاد شده تا از ما محافظت کرده و ما را برای اقدام آماده کند. پس دستورالعمل این تمرینات، این است که تنش را به عنوان چیزی که مفید است به حال خود رها کنیم، در واقع تنش را به عنوان چیزی بد که باید از دست آن خلاص شد نبینیم، چون

این گرایش منجر به ایجاد یک وضعیت ذهنی نامفید می‌شود (اثباتی و فیاضی، ۲۰۱۸)؛ ولی شفقت به خود بالا، شخص را از چنین استراتژی‌های منفی کنار آمدن با درد حفظ می‌کند و باعث می‌شود شخص تعامل اجتماعی مثبت با دیگران داشته باشد که همین موجب دوری از افکار منفی می‌شود (صالحی و سجادیان، ۲۰۱۷). در تبیین تأثیر بر کاهش درماندگی می‌توان گفت، تکنیک‌هایی مانند تمرین‌های ذهن آگاهی و فعالیت‌های گروهی که در آن سالمندان می‌توانند تجربیات خود را به اشتراک بگذارند، می‌تواند احساس تعلق و حمایت را تقویت کند و از احساس درماندگی پیشگیری کند. ایجاد یک محیط حمایتی و تقویت احساس همدلی می‌تواند به سالمندان کمک کند تا نه تنها درد و رنج را بهتر مدیریت کنند. آن‌ها می‌توانند تجربیات خود را با دیگران به اشتراک بگذارند و از تجارب مثبت یکدیگر بهره‌مند شوند. اجرا و آشنا کردن سالمندان با تصویرسازی مکان امن به دنبال این است که می‌خواهد فرد رها از رنج باشد و بتواند با مشکلات خود به خوبی سرکرده و به شکوفایی برسد. به طور خلاصه می‌توان گفت شفقت به خود و تمام این آگاهی‌ها و تکنیک‌ها باعث می‌شود که شخص با دیدی متفاوت به تجربه درد خود نگاه کند و آن را رویدادی قابل پذیرش، نه غیرقابل تحمل و وحشتناک ارزیابی نماید و افکار فاجعه‌آمیز خود را در مورد دردی که تجربه می‌کند، کاهش دهد (سلیمانی، ۲۰۱۹).

منابع

- Abdi, M., Rahnama, F., & Tavakoli, G. (2022). Investigating the effectiveness of compassion-based therapy on the happiness of the elderly with depression, the 12th International Conference on Health, Treatment and Health Promotion in Georgia. (Persian)
- Alighanavati, S., Bahrami, F., Goudarzi, K., & Rrouzbahani, M. (2018). Effectiveness of compassion-based therapy on Quality of Life and Happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. *Journal of Nursing Education*, 7(2): 53-61.
- Arthur, A., Savva, G. M., Barnes, L. E., Borjian-Boroojeny, A., Dening, T., Jagger, C., ... & Brayne, C. (2020). Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 216(1), 49-54.
- Baharondi, B., Kazemian Moghadam, K., & Harun Rashidi, H. (2020). The effectiveness of compassion-based therapy on the ability to tolerate ambiguity and Elderly death anxiety, *Journal of Geriatric Psychology*, 6(1):13-26. (Persian)
- Barnes, M. S., & Cassidy, T. (2018). Diet, exercise and motivation in weight reduction: The role of psychological capital and stress: Diet, exercise and motivation in weight reduction. *JOJ Nurse Health Care*, 9(5): 1-6.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic Books/Hachette Book Group.
- Birnie, K., Specia, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26(5): 359-371.
- Caldwell, K., Harrison, M., Adams, M., & Triplett, N. T. (2009). Effect of Pilates and taiji quan training on self-efficacy, sleep quality, mood, and physical performance of college students. *Journal of bodywork and movement therapies*, 13(2): 155-163.

- Cardona Arango, D., & Segura Cardona, AM. (2011). Public health policies as regards the elderly in Colombia. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 46(2): 96-99.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2018). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical gerontologist*, 41(5): 474-486.
- Dawane, J., Pandit, V., & Rajopadhye, B. (2014). Functional assessment of elderly in Pune, India: Preliminary study. *Journal of Gerontol Geriatric Research*, 3(3): 155-156.
- Drohai, F., Zoghi Padayar, M., Yarmohammadi, M., & Imani, B. (2018). The effect of self-compassion training based on awareness on quality of life dimensions of nurses' professions. *Clinical Psychology Studies Quarterly*, 98: 34-89. (Persian)
- Esbati, M., & Fayzei, A. (2018). compassion- focused therapy (from the collection of books on different effects of cognitive behavioral therapy). Seond edition. Tehran: Ibn sina publications. (Persian)
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1): 6-41.
- Ghooshchian, S., Dehghani, M., Khorsandi, M., & Farzad, V. (2011). The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. *J Arak Univ Med Sci J*, 14(56): 45. (Persian)
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1): 1743.
- Kalatian, M., Salehzadeh, M., & Bakhshayesh, A. (2022). Effectiveness of mindfulness-based compassion therapy on despair and rumination in older adults. *Elderly Health Journal*, 8(1): 43-48.
- Loas, G., Baelde, O., & Verrier, A. (2015). Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry research*, 225(3): 484-488.
- Mohammadi, S., Dehghani, M., Heydari, M., Sadaqat, M., & Khatibi, A. (2013). Investigating psychological similarities related to pain in patients with chronic musculoskeletal pain and their spouses. *Journal of Behavioral Sciences*, 7(1): 166-57. (Persian)
- Mozafari, E. (2010). Investigating the relationship between catastrophizing pain, psychosis, social support and coping strategies with functional disability in rheumatic patients in Ahvaz. Master Thesis. Ahvaz: Shahid Chamran University. (Persian)
- Naseri Nia, H., & Asmkhani Akbarinejad, H. (2022). The effectiveness of compassion-focused therapy on the symptoms of depression and pain catastrophizing in men with multiple sclerosis. *Anesthesia and Pain Scientific Research Quarterly*, 13(2). (persian)
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical gerontologist*, 39(2): 90-103.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 74: 210-220.
- Rangaswamy, SM. (2001). The World Health Organization. World Health Report: Mental Health: New understanding New Hope. Geneva, Switzerland.
- Razmzen, Z. (2013). The effectiveness of the cognitive bias adjustment program-the interpretation and attention component on the symptoms of social anxiety and fear of

- negative evaluation and the chain effect of these components in people with social anxiety disorder, master's thesis in clinical psychology, Shiraz University. (Persian)
- Salehi, S., & Sajadian, E. (2017). The relationship of self-compassion with pain intensity, catastrophizing, pain self-efficacy and emotions in women with musculoskeletal pain, *Anesthesia and Pain Scientific Research Quarterly*, 8(2). (Persian)
- Sarokhani, D., Parvareh, M., Dehkordi, A. H., Sayehmiri, K., & Moghimbeigi, A. (2018). Prevalence of depression among iranian elderly: systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of psychiatry*, 13(1): 55.
- Seddigh, M., Hazrati, M., Jokar, M., Mansouri, A., Bazrafshan, M. R., Rasti, M., & Kavi, E. (2020). A comparative study of perceived social support and depression among elderly members of senior day centers, elderly residents in nursing homes, and elderly living at home. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25(2): 160-165.
- Soleimani, P. (2019). Comparison of the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and group therapy schema on perceived stress, pain perception, pain catastrophizing, depression and severity of symptoms of women with fibromyalgia (Persian)
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Varaee, P., Momeni, K., & Moradi, A. (2017). The Prediction of psychological well-being based on religiosity and self-compassion in the elderly. *Aging Psychology*, 3(1), 45-54.
- Whitney, C. A., Dorfman, C. S., Shelby, R. A., Keefe, F. J., Gandhi, V., & Somers, T. J. (2019). Reminders of cancer risk and pain catastrophizing: relationships with cancer worry and perceived risk in women with a first-degree relative with breast cancer. *Familial cancer*, 18, 9-18.
- WHO. Mental health of older adults 2017 cited 2020 April. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthof-older-adults>.
- Yaqoubi Nasrabadi, M., Atef Vahid, M., & Ahmadzadeh, Gh. (2003). The effect of cognitive-behavioral group therapy on reducing depression and anxiety in patients with mood disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 9 (2): 56-63. (Persian)