



The effect of Compassion Therapy on Psychological Toughness and Suicidal Thoughts of Depressed Elderly

Haniyeh Al-Sadat Mahdavi ¹, Anahita Agha Abbasi ², Fataneh Zangi Darestani³,

Reza Manzari Tavakoli ^{4*}

1- M.A of Family Counseling, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

2- MSc of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Zarand, Iran.

3- MSc of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sirjan Branch, Sirjan Iran.

4- MSc of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Zarand, Iran.

Corresponding author: Reza Manzari Tavakoli, MSc of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Zarand, Iran.

Email: rezatavakoli2022@gmail.com

Received: 30 Oct 2023

Accepted: 19 Nov 2023

Abstract

Introduction: Reducing stubbornness in the face of mental problems and the possibility of suicide are among the common problems at the end of life. This research was conducted with the aim of determining the effect of compassion therapy on psychological toughness and suicidal thoughts of depressed elderly people in Kerman.

Methods: The research method was experimental and pre-test, post-test with a control group. The statistical population included all the elderly people of Kerman city in 2022, 30 elderly people (15 people of the experimental group and 15 people of the control group) were selected by the purposive sampling method. Data collection tools were Psychological Hardness (AHS) and Beck Suicidal Thoughts (BSSI) questionnaires. The intervention of compassion therapy techniques from Gilbert (2007) was performed on the experimental group and the control group did not receive any intervention. Data analysis was done with covariance analysis using SPSS version 25 software. The level of P less than 0.05 was considered significant.

Results: The results of covariance analysis also showed that compassion therapy had an effect on psychological toughness and suicidal thoughts of depressed elderly ($P < 0.01$). The amount of this effect, based on the squared value of eta, was 48 percent on increasing psychological toughness and 39 percent on reducing suicidal thoughts.

Conclusions: Based on the research findings, compassion therapy can be used to reduce the psychological problems of depressed elderly.

Keywords: Compassion therapy, Psychological toughness, Suicidal thoughts, Depressed elderly.



تأثیر شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده

حانیه السادات مهدوی^۱، آناهیتا آقا عباسی^۲، فتانه زنگی دارستانی^۳، رضا منظری توکلی^۴*

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنند، زنند، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، سیرجان، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنند، زنند، ایران.

نویسنده مسئول: رضا منظری توکلی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنند، زنند، ایران.
rezatavakoli2022@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۸/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۹

چکیده

مقدمه: کاهش سرسختی در مقابل مشکلات روانی و احتمال بروز خودکشی از مشکلات شایع در سنین پایانی عمر می باشد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده انجام شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع تجربی و پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بودند که ۳۰ سالمند افسرده (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های سرسختی روانشناختی (۱۹۸۲) و افکار خودکشی بک (BSSI) بود. مداخله تکنیک‌های شفقت‌درمانی گیلبرت (۲۰۰۷) بر روی گروه آزمایش انجام شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده تأثیر داشت ($P < 0/01$). میزان این تأثیر بر اساس مقدار مجذور اتا بر افزایش سرسختی روانشناختی ۴۸ درصد و بر کاهش افکار خودکشی ۳۹ درصد بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، از شفقت‌درمانی برای کاهش مشکلات روانی سالمندان افسرده می‌توان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: شفقت‌درمانی، سرسختی روانشناختی، افکار خودکشی، سالمندان افسرده.

مقدمه

جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۲۵ به ۱۱/۳ درصد کل جمعیت کشور برسد (۱). این رشد روزافزون جمعیت سالمندی در ایران توجه به بهیاشی و کیفیت زندگی را که از عوامل اثرگذار بر سلامت است، ضروری می‌داند. فرایند پیر شدن با تغییرات زیستی، شناختی و اجتماعی همراه است، ظرفیت ذخیره اندامها کاهش یافته و فرد نمی‌تواند در برابر مشکلات به قدر کافی مقاومت کند (۲). تغییرات روانی

در سالهای اخیر، مطالعه درباره سالمندان به طور چشم‌گیری افزایش یافته است. در اکثر کشورهای جهان با توجه به بهبود استانداردهای سلامت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نسبت جمعیت سالمند در حال افزایش است. در حال حاضر حدود ۷/۸ درصد از جمعیت کشور را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود

برنامه‌ریزی برای خودکشی، تلاش برای خودکشی و عمل کردن برای پایان دادن به زندگی است؛ بنابراین، افکار خودکشی اولین گام برای پایان دادن به زندگی و یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های عمل به خودکشی است. افکار خودکشی، گونه‌ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه‌ی عملی به خود نگرفته است (۸).

انواع مختلفی از مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی برای کاهش علائم روانی منفی و بهبود سلامت عمومی سالمندان توسعه یافته است. از جمله این برنامه‌ها، درمان مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماری‌های خاص جلب کرده است. افرادی که رتبه‌ی بالاتری از نظر شفقت خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند (۹). درمان متمرکز بر شفقت بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل‌یافته‌ی مرتبط دانست که زیربنای رفتارهای دل‌بستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند (۱۰). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت پرورش ذهن شفقت‌ورز است. در حقیقت، درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، این کار را انجام می‌دهد؛ بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعات با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (۱۱).

اثربخشی این درمان در برخی از آزمایش‌های تصادفی و کنترل شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه و عزت نفس (۱۲، ۱۳) بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب، کاهش نشانه‌ها و علائم متداول اضطراب، استرس و افسردگی (۱۵) و (۱۴) بررسی شده است اما این تحقیقات کمتر در جامعه سالمندان انجام شده. از سوی دیگر، نداشتن سرسختی روان‌شناختی نقش مهمی در بروز و تشدید افسردگی و عوارض آن همچون کاهش انگیزه، کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی و افزایش رفتارهای پرخطر مانند خودکشی دارد (۴). با عنایت به این نکته که شفقت‌درمانی گامی نو در مداخلات روان‌شناختی می‌باشد می‌تواند در بهبود وضعیت سالمندان از آن استفاده کرد. بنابراین با توجه به آنچه که بیان شد و هم‌چنین کمبود پژوهشی در این خصوص، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر

یکی از مهمترین عوامل در دوره سالمندی است، افراد با رسیدن به سالمندی احساس طردشدگی دارند و خُلق‌شان در جهت افسردگی تغییر می‌یابد. این احساس وقتی افزایش می‌یابد که سالمند از محیط خانواده دور شده و در سرای سالمندان زندگی کند. سکونت در سرای سالمندان منجر به عدم برخورداری از فعالیت‌های اجتماعی شده، فکرمی‌کنند که زندگی‌شان خاتمه یافته و باید به انتظار مرگ بنشینند که در این صورت سطح فعالیت خود را کاهش داده، کمتر تعامل می‌کنند و بیشتر سرگرم دنیای درونی خود می‌شوند. ناتوانی‌ها و تغییر الگوی زندگی در سالمند و در پی آن ادراک منفی از خود، تجربه‌های توأم با احساس درماندگی شدید و شکست در تطابق خود واقعی با خود مطلوب، از دست رفتن شادابی و توانایی‌های جوانی باعث آسیب به تمایلات خود شیفتگی شده هسته اصلی افسردگی سالمندی را تشکیل می‌دهد (۳).

افسردگی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد سالمند را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از این جوانب سرسختی روان‌شناختی می‌باشد که توسط کوباسا در سال ۱۹۷۹ مطرح شد. سرسختی روان‌شناختی، مجموعه‌ای متشکل از ویژگیهای شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی، به عنوان منبعی از مقاومت و به عنوان سپری محافظ عمل می‌کند. سرسختی روان‌شناختی یک جهت‌گیری کلی نسبت به خود و دنیای پیرامون است و شامل سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی است (۴). فردی که سرسختی روان‌شناختی زیادی دارد، از سه مشخصه عمومی برخوردار است: قادر به کنترل یا تأثیرگذاری بر حوادث است و فشارزاهای روانی را قابل تغییر می‌داند، توانایی احساس عمیق درآمیختگی یا تعهد نسبت به فعالیت‌هایی دارد که انجام می‌دهد، به این امر اعتقاد دارد که تغییر یک مبارزه‌هیجان انگیز برای شدت بیشتر است و آن را جنبه‌ای از زندگی می‌داند (۵).

نگرانی‌های مربوط به روابط، مشکلات خانوادگی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب و نگرانی‌های مالی می‌تواند زمینه‌ساز خودکشی در افراد باشد. گزارش‌ها حاکی از آن است که سالمندان در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند (۶). امروزه در بسیاری از کشورها خودکشی افراد سالمند (۶۵ سال و بالاتر) به عنوان یک مسأله مهم بهداشت عمومی مطرح است (۷). خودکشی یک فرآیند چندمرحله‌ای شامل افکار خودکشی،

سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده شهر کرمان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مبتلا به افسردگی شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بودند که ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) با کمک اجرای پرسشنامه افسردگی بک و به روش نمونه گیری هدفمند از مرکز نگهداری سالمندان بهارستان انتخاب شدند. لازم به ذکر است علت انتخاب این حجم نمونه بدین دلیل بود که در مطالعات تجربی تعداد نمونه بین ۱۰ تا ۳۰ نفر مناسب است (۱۶). به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱، برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد و ریزش آزمودنی ها وجود نداشت. پرسشنامه های سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی بعنوان پیش آزمون اجرا شد. سپس شفقت درمانی به صورت گروهی، روی گروه آزمایش اجرا گردید و در طی این مدت اعضای گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. در نهایت پس از پایان جلسات درمانی، از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. معیار ورود به پژوهش شامل سالمند و افسرده بودن، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری شدید، کسب نمره پایین در پرسشنامه سرسختی روانشناختی و کسب نمره بالا در پرسشنامه افکار خودکشی و شرکت نکردن همزمان در برنامه های تمرینی دیگر، و معیارهای خروج شامل دریافت همزمان نوع دیگری از روان درمانی و غیبت بیش از سه جلسه بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت کنندگان در پژوهش با تمایل خود شرکت کردند. ب) اطلاعات پرسشنامه ای به صورت محرمانه و بدون ذکر نام و نام خانوادگی ثبت گردید.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی (AHS): آزمون سرسختی توسط کوباسا و همکاران (۱۹۸۲) برای اندازه گیری سرسختی تهیه شده است. نمره گذاری این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه ای است به این صورت که به پاسخ هرگز نمره صفر، به ندرت نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ تعلق می گیرد. این آزمون دارای دارای ۳ خرده مقیاس: تعهد، کنترل و مبارزه جویی است. زیرمقیاس

تعهد ۹ سؤال: ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹. زیرمقیاس کنترل ۷ سؤال: ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶. زیرمقیاس مبارزه جویی ۴ سؤال: ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰. نمرات خرده مقیاس ها به یکدیگر وابسته هستند و مقیاس دارای نمره کل می باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می شود. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۶۰ است. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده سرسختی بیشتر و بالاتر است. در میچلسن و همکاران (۲۰۰۳) اعتبار خرده مقیاس تعهد را با آلفای کرونباخ ۰/۷۲، اعتبار خرده مقیاس کنترل ۰/۵۸، اعتبار خرده مقیاس مبارزه جویی ۰/۶۸ و نمره کل سرسختی ۰/۸۰ گزارش کردند. کوباسا و مدی (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ کل آزمون را ۰/۸۱ بیان کردند (۱۷). کوباسا و مدی (۱۹۹۲) این آزمون را دارای روایی سازه مناسب می دانند (۱۸).

پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI): مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) یک ابزار خود سنجی ۱۹ سؤالی می باشد. مقیاس افکار خودکشی بر اساس ۳ درجه نقطه ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. در آزمون افکار خودکشی بک ۵ سؤال غربالگری وجود دارد. اگر پاسخ ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس آزمودنی بایستی ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد، مدت زمان تکمیل پرسشنامه به طور متوسط ۱۰ دقیقه می باشد. در مقیاس بک برای شناسایی میزان افکار خودکشی فرم خاصی تهیه نشده است ولیکن از نظر محتوای سؤالات می توان خطر خودکشی را به شرح زیر تعیین کرد. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده ی بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است. ضرایب همبستگی دامنه اش از ۰/۹۰ برای بیماران بستری و ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین این مقیاس با سؤال خودکشی افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ همبستگی داشت. به علاوه با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی داشت. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ بدست آمده است (۱۹). سؤالات افکار خودکشی می تواند گزینه معتبری برای اندازه گیری افکار خودکشی در قالب خود سنجی باشد.

حانیه السادات مهدوی و همکاران

مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد. مداخله شفقت‌درمانی توسط پژوهشگر که دارای تخصص در زمینه مداخله بود، در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر کرمان انجام شد. پرسشنامه‌ها در همان مکان توسط آزمودنی‌ها تکمیل و بازگردانده شد.

مداخله شفقت‌درمانی به صورت گروهی در ۸ جلسه اجرا و در پایان هر جلسه تکلیف مرتبط با آن جلسه به آزمودنی‌ها داده و در آغاز جلسه بعد ضمن و به آنها بازخورد سازنده داده شد. شفقت‌درمانی توسط گیلبرت (۱۱) طراحی و توسط کاظمی، احدی و نجات مورد استفاده و تایید قرار گرفت (۲۰) محتوی روش درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. ولی در

جدول ۱. خلاصه جلسات شفقت‌درمانی

جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی و آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین دوره، تعریف آسیب‌پذیری روانی و اثرات آن و آشنایی با شفقت‌درمانی
جلسه دوم	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
جلسه سوم	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل و مشکلات زندگی برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
جلسه چهارم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
جلسه پنجم	پذیرش تغییرات پیشرو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
جلسه ششم	ایجاد و ارتقای احساسات ارزشمند و متعالی برای برخورد مناسب، موثر و کارآمد با چالش‌ها و رویدادهای استرس‌زای زندگی
جلسه هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری به عنوان یکی از مولفه‌های درمان مبتنی بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر
جلسه هشتم	آموزش استفاده از راهبردهای مقابله مختلف در شرایط متغیر زندگی و خلاصه و جمع‌بندی جلسات

آزمون، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ($P < 0/05$) و همسانی واریانس‌ها بر اساس آزمون لون ($P < 0/05$) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که این مفروضه‌ها رعایت شده است. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر پژوهش در (جدول ۲) نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. میزان P کمتر از $0/05$ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها به منظور اثربخشی شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده انجام شد. در این مطالعه ۳۰ نفر از سالمندان در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) با میانگین سنی $65/35$ و انحراف معیار $5/86$ شرکت داشتند. قبل از انجام

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	زمان گروه	پیش‌آزمون Mean \pm SD	پس‌آزمون Mean \pm SD
سرسختی روانشناختی	کنترل	26/91 \pm 5/28	27/11 \pm 4/31
	آزمایش	5/69 \pm 26/47	41/71 \pm 6/15
افکار خودکشی	کنترل	10/34 \pm 3/60	10/91 \pm 3/28
	آزمایش	10/87 \pm 3/04	6/15 \pm 2/24

روانشناختی و کاهش افکار خودکشی سالمندان افسرده تأثیر گذاشته است ($P < 0/05$). میزان این تأثیر بر اساس مقدار مجذور اتا بر افزایش سرسختی روانشناختی ۴۸ درصد و بر کاهش افکار خودکشی ۳۹ درصد بود.

نتایج مربوط به اثربخشی شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده در (جدول ۳) نشان داد که بعد از برداشته شدن اثر پیش‌آزمون، اثربخشی شفقت‌درمانی به طور معناداری بر افزایش سرسختی

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	زمان	Ss	Df	Ms	F	Sig	مجذور اتا
سرسختی روانشناختی	گروه	۲۰۸/۹۷	۱	۲۰۸/۹۷			
	خطا	۳۳۸/۱۶	۲۸	۱۱/۷۳	۱۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
افکار خودکشی	گروه	۱۷۸/۵۸	۱	۱۷۸/۵۸			
	خطا	۴۶۲/۱۲	۲۸	۱۶/۵۰	۱۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان افسرده انجام شد. نتایج نشان داد که شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی سالمندان افسرده تاثیر داشت. نتایج این یافته با سایر یافته‌ها همسو بود (۱۴، ۱۵). نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که سرسختی روان شناختی یک ویژگی شخصیتی است که فرد می‌تواند از آن در رویارویی با حوادث فشار زای زندگی به عنوان یک منبع مقامت و سپر محافظتی استفاده کند و اینکه افراد سرسخت از اضطراب کمتر و به تبع آن از سلامت روانی و جسمانی بالاتری برخوردارند. کوباسا و پوکتی باور دارند که ویژگی‌های سرسختی شامل: حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی دار، ابراز وجود، پر انرژی بودن و اینکه تغییر در زندگی امری طبیعی است. این ویژگی می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای اضطراب آور زندگی، کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان شناختی سودمند باشد (۴). افراد با سرسختی بالا در مقایسه با افرادی با سرسختی پایین، رویداد‌های استرس‌زا را مثبت‌تر و قابل کنترل‌تر ارزیابی می‌کنند و همین امر باعث می‌شود تا برانگیختگی‌های فیزیولوژیکی که در ارزیابی منفی رویدادها ایجاد می‌شود و به بروز بیماری‌های جسمی و روحی منجر می‌گردد را کاهش دهد (۱۸). از طرفی شفقت به خود دارای سه مولفه خودمهربانی در برابر خودقضاوتی، حس مشترک انسانی در برابر انزوا و خودآگاهی متعادل از هیجان‌های شخصی در برابر همسان‌سازی افراطی است. این مولفه‌ها با هم ارتباط متقابل دارند و ترکیب آنها خودشفقتی را در ذهن شکل می‌دهند (۱۱). این افراد واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند.

خودشفقتی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانهای منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تامل پاسخ دهد، با تفکر و تامل پاسخ دهد. براساس درمان شفقت‌ورز مبتنی بر تکنیک‌هایی از قبیل مهربانی با خود به وسیله پژوهشگر آموزش داده شد که تمایل خود به حمله کردن به خودشان به خاطر چیزهایی که انتخاب و طراحی خودشان نبوده است را کم‌رها کنند و کم‌تاثیر تجربه‌ها و رفتارهای خود را در زندگی‌شان لمس کنند بنابراین صحنه‌ای برای آنها ایجاد می‌شود که به صورت مشفقانه مسئول زندگی‌شان شوند و بهترین زندگی را برای خودشان بسازند و تعهد به زندگی‌شان داشته باشند. دیگر یافته این پژوهش نشان داد که شفقت‌درمانی بر افکار خودکشی سالمندان افسرده تاثیر داشت. نتایج این یافته با سایر یافته‌ها همسو بود (۱۳، ۱۲). نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در محیط مشابه اجتماعی، بعضی از سالمندان توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌برانگیز را خیلی زود از دست می‌دهند در حالی که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف کرده یا آن را پشتت سر بگذارند. برخی از آنها ممکن است در صورت وجود رویدادهای منفی زندگی سبک‌های ناکارآمدی همچون سبک هیجان‌مدار را بکار ببرند و راهکارهای مخرب را به کار گیرند. یکی از راهکارهای مخرب وجود افکار خودکشی است. افکار خودکشی عبارتی است که بر وقوع هر گونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می‌گیرد. نشانه‌هایی مانند ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، کناره‌گیری، اضطراب، خستگی، تحریک‌پذیری، بی‌زاری از خود، آسیب زدن به خود

بود. نمونه های مورد مطالعه در این تحقیق سالمندان شهر کرمان بودند. عدم وجود دوره پیگیری جهت بررسی اثربخشی بیشتر شفقت درمانی از دیگر محدودیت های این پژوهش بود. برای این که بتوانیم در این حوزه به نتایج پایاتر و کاربردی تر برسیم، باید بتوانیم محدودیت های مبتنی بر تعمیم پذیری را به حداقل برسانیم. لذا برای رسیدن به این امر باید پژوهش های انجام گرفته در این حیطه در حوزه های گسترده تر و با نمونه هایی از جامعه های مختلف و بزرگ تر انجام پذیرد تا نتایج، قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد. بنابراین بهتر است جهت انجام پژوهش خصوصا در حیطه های علوم انسانی، فرهنگ ها و مناطق مختلف را لحاظ کنیم. در پژوهش های آینده، متغیرهای این پژوهش بر روی نمونه زنان و مردان سالمند افسرده به صورت جداگانه انجام شود و نتایج آن نیز با یافته های این پژوهش مقایسه شود. در پژوهش های آتی دوره پیگیری وجود داشته باشد. برگزاری دوره های آموزشی در مراکز مشاوره و همچنین مراکز نگهداری سالمندان جهت افزایش سرسختی روانشناختی و کاهش افکار خودکشی توصیه می شود.

نتیجه گیری

مشاوران و روانشناسان می توانند از یافته های حاصل از این پژوهش یعنی شفقت درمانی جهت رفع مشکلات روانشناختی سالمندان افسرده استفاده کنند. ضرورت مراجعه به مراکز مشاوره در سنین میانسالی و در میان گذاشتن مشکلات روانشناختی جهت جلوگیری از افسردگی که میتواند عامل مشکلات بیشتری در سنین پیری باشد، پیشنهاد می گردد.

سپاسگزاری

این مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.REC.1401.007 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان است. بدین وسیله از کلیه سالمندان مشارکت کننده در پژوهش قدردانی می گردد

با دیگران از تغییرات عاطفی و رفتاری هستند (۲۱). تأثیر گسترده ی منفی پیری بر روابط اجتماعی و خانوادگی و اشتغال ذهنی با این حجم مسائل، سالمند را افسرده کرده و گرایش به خودکشی را در آنان توجیه مینماید. هرچه خودپنداری منفی بالاتر باشد، افسردگی و افکار خودکشی بیشتر می شود (۲۲). با تمرین هایی که درمان مبتنی بر شفقت مانند تصویرسازی مکان امن، انجام ذهن آگاهی که باعث افزایش سیستم تسکین بخشی میشود و در نتیجه زمینه را برای تحول و تغییر سالمندان فراهم و آستانه ی تحملشان را افزایش می دهد. افزایش شفقت باعث میشود که فرد ضعف، شکست و مشکلات گذشته و حالش را بپذیرد، تلاشش را برای تغییر و جبران ضعف هایش بالا ببرد که خود منجر به کاهش افسردگی افراد می شود (۱۲). افرادی که از میزان مهربانی به خود و شفقت ورزی بالایی برخوردار باشند کمتر تحت تاثیر نظر دیگران و فشار های محیط قرار می گیرند افزایش شفقت ورزی به خود می تواند افکار خودکشی را کاهش دهد. افراد با این تکنیک ها در کنار مهربانی با خود یاد می گیرند که از تجربیات درونی لحظه به لحظه خود آگاه باشند. نگرش های ناکارآمد آنها کاهش پیدا میکند که این نگرش های ناکارآمد خود بخش مهم و اساسی برای ترغیب به افکار ناکارآمد و افکار خودکشی در آن ها می باشد که پذیرش و شفقت و مهربانی با خود می تواند یکی از عوامل اساسی برای پذیرش شرایط و واقعیت ها و سختی های محیطی و در نتیجه مهربانی با خود، پذیرش شرایط خود و کاهش افکار خودکشی شود (۱۲).

این پژوهش با محدودیت هایی روبرو بوده است. میزان سنجش سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی، بر اساس خودگزارش دهی بود و این احتمال وجود دارد که این مقادیر بیش از حد گزارش شده باشند. امکان کنترل برخی متغیرهای مداخله گر در طی انجام تحقیق از جمله، بی حوصلگی و یا عدم تمرکز سالمندان در پاسخگویی به سوالات، یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر

References

1. Masoudnia E. Perceptions and beliefs to aging and their impact on elderly general health: An appraisal of selfregulation model. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(2):310-321. [Persian] <https://doi.org/10.21859/sija-1102310>
2. Berk, L. E. *Development Through the Lifespan*, Books a la Carte Edition (6th Edition), Pearson press; The New York Times. 2014.
3. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(6): 47-56. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
4. Saify Y, Taghavi MR. Relationship between Spiritual Well-being and Marital Satisfaction: The Mediation of Psychological Hardiness. *Contemporary Psychology*. 2019; 14(1): 31-41. <https://doi.org/10.29252/bjcp.14.1.31>
5. Hamilton F, Sherman S. Hardiness and college adjustment: Identifying students in need of services. *Journal of College Student Development*. 2015; 40(3): 305-309.
6. Kumar, P. S., Anish, P. K., & George, B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015; 57(3), 249. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.166614>
7. Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*. 2018; 13, 691. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
8. Andressen PL, Trio JA, Pree AW. Additive impact of childhood emotional physical and sexual abuse on suicide attempts among low-income African-American woman. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019 ; 32(2):131-8. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.131.24405>
9. Neff, K. D., & Vonk, R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*. 2015; 77(1), 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
10. Duarte C, Ferreira C. Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, 2015; Vol. 20(6) 754 -764. <https://doi.org/10.1177/1359105315573438>
11. Gilbert, P. *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Constable Robinson. 2009.
12. Lincoln, T.M., Hohenhaus, F., & Hartmann, M. Can Paranoid Thoughts be Reduced by Targeting Negative Emotions and Self-Esteem? An Experimental Investigation of a Brief Compassion-Focused Intervention. *Cognitive Therapy and Research*. 2013; 37(2), 390-402. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9470-7>
13. Imrie, S., & Troop, N.A. A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in Day Hospice patients. *Palliative & Supportive Care*. 2012; 10(2), 115- 122. <https://doi.org/10.1017/S1478951512000181>
14. Lucre, K. M., & Corten, N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2013; 86(4), 387-400. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x>
15. Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. An Exploration of Group Based Compassion Focused Therapy for a Heterogeneous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5 (4), 420-429. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.420>
16. Taherdoost H. Sampling methods in research methodology; how to choose a sampling technique for research. *How to choose a sampling technique for research* (April 10, 2016). 2016. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3205035>
17. Michielsen, J. H., Vries, D. J., & Van Heck, L. G. In search of personality and temperament predictors of chronic fatigue: a prospective study. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35. Pp 1073-1087. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00319-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00319-7)
18. Kobasa, S. C., & Maddi, S. R. Early experience in hardiness development. *Consulting Psychology journal and research*. 1992; 51(2). Pp 106-116. <https://doi.org/10.1037//1061-4087.51.2.106>
19. Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*. 1988; 44(4), 499-505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6)
20. Kazemi, Amirpasha; Ohadi, Hassan and Nejat, Hamid. The effectiveness of compassion-based therapy on feelings of loneliness, self-care behaviors and self-sugar in patients with diabetes. *Journal of rehabilitation research in nursing*. 2020; 6(3). 42-49.
21. Shams, Nilofer. Investigating the relationship between psychological toughness and quality of life with death anxiety in the elderly. *Journal of Psychology and Behavioral Sciences of Iran*. 2018 ; 17(1); 15-21 (Persian).
22. Storandt, ME, VandenBos, GR. *The adult years: Continuity and change*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1989, pp: 152-67. <https://doi.org/10.1037/10067-000>