



The Effectiveness of Compassion-based Therapy on the Quality of Life and Psychological Well-being of Elderly with Depression

Mohammad Minoui¹, Fatemeh Fardian², Negar Aboutalebi^{3*}

1. Master of Curriculum Planning, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Master of Public Psychology, Shams Institute of Higher Education (Non-Profit), Gonbad Kavous, Iran.

3. Master of General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran. Branch, Rafsanjan, Iran.

Corresponding author: Negar Aboutalebi: Master of General Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran.

Email: negaraboutalebi@yahoo.com

Received: 14 May 2024

Accepted: 17 Jun 2024

Abstract

Introduction: With approaching the final years of life, psychological problems in the elderly increase, and interventions are needed to solve these problems. This research aimed to determine the effectiveness of compassion-based therapy on the quality of life and psychological well-being of the elderly with depression.

Methods: The research method was semi-experimental with experimental and control groups. The statistical population included all the elderly people of Sanandaj city in 2023. Sampling was available and 30 elderly people who got the highest score on the Beck Depression Questionnaire (1961) were selected as a sample and randomly assigned 15 people to the experimental group and 15 people to the control group by lottery. were allocated. Data collection tools were quality of life scale (1989) and the psychological well-being scale (1989). Gilbert's (2007) compassionate treatment techniques intervention was applied to the experimental group in 8 2-hour sessions, and the control group did not receive any intervention during this period. The analysis of data was done with covariance analysis using SPSS version 25 software. P level less than 0.05 was considered significant.

Results: The results of covariance analysis showed that compassion-based treatment affected the quality of life and psychological well-being of the elderly with depression ($P < 0.01$). The amount of this effect, based on the squared value of Eta, was 51 percent on the increase in quality of life and 42 percent on the increase in psychological well-being.

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

Keywords: Compassion-based treatment, Quality of life, Psychological well-being, Elderly, depression.



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی

محمد مینویی^۱، فاطمه فردیان^۲، نگار ابوطالبی^{۳*}

۱. کارشناسی ارشد برنامه ریزی درسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی (غیر انتفاعی) شمس، گنبد کاووس، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: نگار ابوطالبی: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: negaraboutalebi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲۵

چکیده

مقدمه: با نزدیکی به سال های پایانی زندگی مشکلات روانشناختی در سالمندان به ویژه سالمندان افسرده بیشتر می شوند که برای رفع این مشکلات به مداخلاتی نیاز می باشد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان شهر سنندج در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه گیری به صورت در دسترس و ۳۰ نفر از سالمندانی که بیشترین نمره را در پرسشنامه افسردگی Beck (۱۹۶۱) کسب کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند و با گمارش تصادفی، ۱۵ نفر به گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به گروه کنترل با روش قرعه کشی تخصیص داده شدند. ابزار گردآوری داده ها مقیاس کیفیت زندگی (۱۹۸۹) و مقیاس بهزیستی روانشناختی (۱۹۸۹) بودند. مداخله تکنیک های درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۷) بر روی گروه آزمایش در ۸ جلسه ۲ ساعته اعمال شد و گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده ها 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.

یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی تاثیر داشت ($P < 0/01$). میزان این تاثیر بر اساس مقدار مجذور اتا بر افزایش کیفیت زندگی ۵۱ درصد و بر افزایش بهزیستی روانشناختی ۴۲ درصد بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، از درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش مشکلات روانی سالمندان مبتلا به افسردگی می توان استفاده کرد.

کلید واژه ها: درمان مبتنی بر شفقت، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی، سالمندان، افسردگی.

مقدمه

مهم در هر جامعه ای است که تمامی ابعاد اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را درگیر خود ساخته است. در دو دهه آینده افزایش تعداد سالمندان بسیار چشمگیر خواهد بود. بهبود شرایط زندگی، مراقبت های بهداشتی و درمانی، افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده سالمندی را

سالمندی فرآیندی همگانی و اجتناب ناپذیر است که از نقطه لقاح آغاز می شود و در تمام عمر ادامه می یابد، به طوری که همه موجودات زنده سالمندی را تجربه می کنند. امروزه افزایش جمعیت سالمندان معضلی

تواند مولفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز در بر گیرد (۶). بهزیستی روانشناختی به کنترل بیماری‌ها و واکنش‌پذیری افراد در مقابل مشکلات، کمک می‌کنند. بنابراین سالمندانی که بهزیستی روان‌شناختی شان افزایش یابد، جو سالمی برای رشد و پرورش خود تأمین می‌کنند تا در آن جو به رشد و استقلال برسند (۷).

با در نظر گرفتن آن چه ذکر شد؛ ضرورت اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای سطح زندگی و بهزیستی روانشناختی و بدنبال آن بهبود وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی واضح و روشن است. یکی از روش‌های نوینی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی است در سال‌های اخیر پژوهش‌درباره اثرات سودمند پرورش شفقت، پیشرفت‌های فوق‌العاده‌ای کرده و پرورش شفقت درونی به هدف و کانون تمرکز درمانی مهمی تبدیل شده است. این مداخله‌افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز می‌تواند آرام شود (۸). شفقت به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی می‌باشد. ترکیب این سه مؤلفه‌ی مرتبط، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (۹).

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 (۱۰).

اثربخشی این درمان در برخی از آزمایش‌های تصادفی و کنترل شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر افزایش ظرفیت انطباق با موقعیت‌های استرس‌زا کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه (۱۱،۱۲) بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب، کاهش نشانه‌ها و علائم متداول اضطراب، استرس و افسردگی (۱۳،۱۴) بررسی شده است اما این تحقیقات کمتر در جامعه سالمندان انجام شده. از سوی دیگر، نداشتن بهزیستی روانشناختی نقش مهمی در بروز و تشدید افسردگی و عوارض آن همچون کاهش انگیزه،

در جوامع به دنبال داشته است (۱). یکی از مشکلات افراد در دوران سالمندی، ابتلا به افسردگی است. افسردگی یک بیماری رایج در سراسر جهان است که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر از مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی با تغییرات رفتاری معمول و پاسخ‌های عاطفی کوتاه‌مدت به چالش‌ها در زندگی روزمره متفاوت است (۲). سازمان بهداشت جهانی، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادثترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است. امکان ابتلا به افسردگی در طول عمر در حدود ۱۷ درصد است و تقریباً ۱۰ درصد از انسان‌ها در سراسر دنیا نیازمند درمان جدی آن هستند. افسردگی در بین همه‌ی بیماری‌های جسمی و روانی در بین زنان ۴۵-۱۵ سال شایع‌ترین بیماری شناخته شده است (۳).

افسردگی می‌تواند کیفیت زندگی فرد سالمند را تحت تأثیر قرار دهد. کیفیت زندگی یک مفهوم انتزاعی و چند بعدی هست که به عنوان یک پیامد مفید در پژوهش‌های سلامت و مراقبت اجتماعی مشخص شده است. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را بدین گونه تعریف نموده است. ادراک شخص از موفقیت خود در زندگی در شرایط فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و با اهداف، انتظارات، نگرانی‌ها و استانداردها در ارتباط است. با تغییرات زندگی کیفیت زندگی نیز دچار نوساناتی می‌شود. یک زندگی با کیفیت مطلوب معمولاً به صورت خشنودی، رضایت و توانایی فائق آمدن بر مشکلات نشان داده می‌شود (۴). سالمندان به علت داشتن شرایط خاص مثل سن بالاتر و کسب تجارب و مهارت‌های خاص نسبت به گروه‌های سنی دیگر دارای کیفیت زندگی منحصر به فردی هستند. پیر شدن موفقیت‌آمیز از نظر روانی، در توانایی فرد برای سازگاری شدن با فقدان‌های جسمی، روانی و اجتماعی دستیابی به خرسندی و وقار و آرامش و رضایت از زندگی انعکاس می‌یابد که در این صورت کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد. سالمندان برای مواجهه با تغییرات به مهارت‌مدارا و انعطاف‌پذیری نیاز دارند و داشتن استقلال به بهبود کیفیت زندگی سالمند کمک می‌کند (۵).

از طرفی یکی از مفاهیم اصلی مرتبط با افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های مشخص، تعامل کارآمد و موثر، پیوند و رابطه مطلوب با اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان است. این حالت می‌

کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی و افزایش رفتارهای پرخطر مانند خودکشی دارد (۴). با عنایت به این نکته که درمان مبتنی بر شفقت گامی نو در مداخلات روان شناختی می باشد می توانند در بهبود وضعیت سالمندان از آن استفاده کرد. بنابراین با توجه به آن چه بیان شد و هم چنین کمبود پژوهشی در این خصوص، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی شهر سنندج 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 سنندج در سال ۱۴۰۲ 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 (۱). 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 کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی بعنوان پیش آزمون اجرا شد. سپس درمان مبتنی بر شفقت 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 مبتلا به افسردگی بودن، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری مزمن و شرکت نکردن همزمان در برنامه های درمانی 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 افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک و همکارانش معرفی شد و در سال ۱۹۷۱

مورد تجدید نظر قرار گرفت. معلوم شده است که این آزمون در تشخیص افسردگی به اندازه مصاحبه های با ساختار و پرهزینه کارآیی دارد. شامل ۲۱ سؤال بر اساس علائم اصلی افسردگی است. در این نسخه، هر ماده دارای ۴ گزینه است که آزمودنی باید یکی از آن ها را انتخاب نماید. همچنین بر اساس نمرات به دست آمده، هر فرد را می توان در یکی از طبقات افسردگی قرار داد. هر پرسش دارای ۰ تا ۳ امتیاز بوده و نمره ی بیشتر، نشان دهنده شدت افسردگی است. کل امتیازات پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ است. ارزیابی افسردگی بر اساس امتیاز کل انجام می شود روایی و پایایی آن در تحقیق خسروی و همکاران، به ترتیب ۰/۷۶٪ و ۰/۷۹٪ به دست آمده است. برای این پرسشنامه پایایی ۰/۷۸ و اعتبار ۰/۸۴ و همچنین ثبات درونی ۰/۸۳ در یک نمونه بزرگسال و همچنین ضریب پایایی ۰/۸۰ برای نمونه ای از نوجوانان ایرانی گزارش شده است (۱۶).

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است. این زیرمقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمی (سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، سلامت روان (سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱، ۲۲)، سلامت محیط اطراف (سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵) و نمره کلی (۱ و ۲) و سوالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره گذاری می شوند. هر سؤال در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای (بسیار بد، بد، نه بد نه خوب، خوب، بسیار خوب) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۲۰ نمره است و نمره ی بالای طیف به معنای کیفیت بالای زندگی و نمره پایین نشان دهنده ی کیفیت زندگی پایین است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس در ۱۵ مرکز بین المللی سازمان، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران پایایی آزمون باز آزمون برای زیرمقیاس های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد، با استفاده از روش روایی همزمان، رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس های آن را با نمره کل و خرده مقیاس های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجیده شد و مطلوب گزارش شده است (۱۷).

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی (RSPWB): مقیاس

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. درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت (۸) طراحی و توسط کاظمی، احدی و نجات مورد استفاده و تایید قرار گرفت (۲) محتوی روش درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. ولی در مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد. مداخله درمان مبتنی بر شفقت توسط پژوهشگر که دارای تخصص در زمینه مداخله بود، در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر سمنان انجام شد. پرسشنامه‌ها در همان مکان توسط آزمودنی‌ها تکمیل و بازگردانده شد.

بهبودی روانشناختی در سال ۱۹۸۹ توسط Ryff طراحی شد. در این پژوهش از فرم ۱۸ ماده‌ای استفاده شد که دارای ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌باشد. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است. آزمون در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» پاسخ داده می‌شود. ۱۰ سؤال به‌طور مستقیم و ۸ سؤال (۱۷، ۱۳، ۱۰، ۹، ۴، ۳، ۱) به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی مقیاس توسط سازندگان ۰/۸۶ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۸). مداخله درمان مبتنی بر شفقت به صورت گروهی در

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی و آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین دوره، تعریف آسیب‌پذیری روانی و اثرات آن و آشنایی با درمان مبتنی بر شفقت
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 به‌عنوان 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 خالصه و جمع‌بندی جلسات

انجام 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 ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها به منظور اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان مبتلا به افسردگی انجام شد. در این مطالعه ۳۰ نفر از سالمندان در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) با میانگین سنی ۶۵/۳۵ و انحراف معیار ۵/۸۶ شرکت داشتند. قبل از

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

متغیر	زمان گروه	پیش‌آزمون Mean ± SD	پس‌آزمون Mean ± SD
کیفیت زندگی	کنترل	۷۱/۵۳ ± ۷/۶۴	۸۶/۳۳ ± ۵/۲۴
	آزمایش	۷۱/۴۰ ± ۱۳/۸۳	۷۲/۸۰ ± ۸/۱۳
بهبودی روانشناختی	کنترل	۵۷/۱۳ ± ۸/۶۶	۷۱/۶۰ ± ۹/۵۷
	آزمایش	۵۰/۸۰ ± ۱۳/۲۶	۵۴/۶۷ ± ۷/۸۶

بر افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی تأثیر گذاشته است ($P < 0/05$). میزان این تأثیر بر اساس مقدار مجذور اتا بر افزایش کیفیت زندگی ۴۸ درصد و بهزیستی روانشناختی ۳۹ درصد بود.

نتایج مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی (جدول ۳) نشان داد که بعد از برداشته شدن اثر پیش آزمون، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به طور معناداری

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	زمان	Ss	Df	Ms	F	Sig	مجذور اتا
کیفیت زندگی	گروه	۲۰۸/۹۷	۱	۲۰۸/۹۷			
	خطا	۳۲۸/۱۶	۲۸	۱۱/۷۲	۱۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
بهزیستی روانشناختی	گروه	۱۷۸/۵۸	۱	۱۷۸/۵۸			
	خطا	۴۶۲/۱۲	۲۸	۱۶/۵۰	۱۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲

مسأله ای که سالمندان با آن درگیر هستند، عدم زندگی در زمان حال، حسرت گذشته را خوردن و نگران آینده بودن است که این مسأله بر اساس مؤلفه های درمان متمرکز بر شفقت قابل اصلاح است. به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرات مندتر شده و می تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند که همه این موارد می تواند به افزایش کیفیت زندگی سالمند کمک شایانی کند.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی تأثیر داشت. نتایج این یافته با سایر یافته ها همسو بود (۵، ۶). نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین افزایش بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش می توان گفت دریافت مراقبت، حمایت اجتماعی، ارزش و اعتبار، مهربانی و شفقت از سوی دیگران نقش اساسی در بهزیستی در دوران سالمندی ایفا می کند و ضربه گیری در برابر مشکلات محسوب می شود (۵). از طرفی دریافت حمایت مشفقانه و مهربانانه تأثیر مستقیمی بر استرس دارد، بنابراین توانایی به اشتراک گذاری هیجانات مثبت در روابط از جمله مهربانی و مراقبت برای بهزیستی و کیفیت روابط مهم است از طرف دیگر نشان داده شده است که دوست نداشتن خود و خود انتقادگری عوامل آسیب پذیری برای سلامت روانی فرد محسوب می شوند در حالی که پرورش احساسات و نگرش های مشفقانه و پذیرا نسبت به خود با بهزیستی

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی تأثیر داشت. نتایج این یافته با سایر یافته ها همسو بود (۳، ۴)؛ نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که فراد سالمند با بسیاری از اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات عصبی شناختی درگیر هستند، همین موارد می توانند به راحتی فرد سالمند را از لحاظ کیفیت زندگی در شرایط بد و ناگواری قرار دهند، از طرف دیگر انسانها به طور کلی موضوع شفقت ورزی و مهربانی نسبت به خود را نیاموخته اند که این موضوع نیز میتواند برای سالمند مزید بر علت شود. بنابراین افراد در این درمان ابتدا با استفاده از ذهن آگاهی (بهبوشیاری)، تجربه هیجانی خودشان را می شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می کنند (۱۹). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسان دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر میابد. در تمرین های شفقت بر آرمیدگی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تأکید میشود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (۱۲). در تبیین دیگر می توان به این موضوع اشاره کرد که مهمترین

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 مبتلا به افسردگی 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 کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی 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 مبتلا به افسردگی استفاده کنند. ضرورت مراجعه به مراکز مشاوره در سنین میانسالی و در میان گذاشتن مشکلات روانشناختی جهت جلوگیری از افسردگی که می تواند عامل مشکلات بیشتری در سنین پیری باشد، پیشنهاد می گردد.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی زیر نظر اداره بهزیستی شهر سنج و دارای تاییدیه اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سنج به شماره ۴۸۵/۵۴۷۸۲۱۳۰ و تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۳ است. بدین وسیله از کلیه مسئولان و کارکنان مراکز نگهداری سالمندان و سالمندان مشارکت کننده در این پژوهش قدردانی می گردد.

References

1. Varlı Ü, Alankaya N. Effect of health anxiety on disease perception and treatment compliance in elderly patients during the COVID-19 pandemic in Turkey. Archives of Psychiatric Nursing. 2022;40:84-90. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.05.002>

و مقابله های بهتر در ارتباط است. شفقت به خود دارای سه مولفه خودمهربانی در برابر خودقضاوتی، حس مشترک انسانی در برابر انزوا و خودآگاهی متعادل از هیجان های شخصی در برابر همسان سازی افراطی است. این مولفه ها با هم ارتباط متقابل دارند و ترکیب آنها خودشفقتی را در ذهن شکل می دهند (۸). این افراد واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانها و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. خودشفقتی به ما یاری می دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانهای منفی ممکن است رخ دهد، اما آن ها جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را میدهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تامل پاسخ دهد، با تفکر و تامل پاسخ دهد. براساس درمان شفقت ورز مبتنی بر تکنیک هایی 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 کم کم رها کنند و کم کم تاثیر تجربه ها و رفتارهای خود را در زندگی شان لمس کنند بنابراین صحنه ای برای آنها ایجاد می شود که به صورت مشفقانه مسئول زندگی شان شوند و بهترین زندگی را برای خودشان بسازند و تعهد به زندگیشان داشته باشند (۱۴).

این پژوهش با محدودیت هایی روبرو بوده است. میزان سنجش کیفیت زندگی 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 بود. نمونه های مورد مطالعه در این تحقیق سالمندان شهر سنج 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

2. Melsom L, Ulvenes PG, Solbakken OA, Curran PJ, Wampold BE. Emotional clarity and tolerance of emotional distress as mechanisms of change in short-term psychodynamic psychotherapy for chronic depression. J Consul Clin Psychol 2022; 90 (4): 289-99. <https://doi.org/10.1037/ccp0000728>

3. Hajek A, Sabat I, Neumann-Böhme S, Schreyögg J, Barros PP, Stargardt T, König HH. Prevalence and determinants of probable depression and anxiety during the COVID-19 pandemic in seven countries: Longitudinal evidence from the European COvid Survey (ECOS). *J affect dis* 2022; 29 (9): 517-24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.029>
4. Hatami S, Shekarchizadeh H. Relationship between spiritual health, resilience, and happiness among a group of dental students: a cross-sectional study with structural equation modeling method. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03243-8>
5. Esmacili R, Esmacili M. Quality of life in the elderly: A meta-synthesis. *Journal of Research Religios Health*. 2018; 4(2): 105 - 116.
6. Karademas E C. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and individual differences*. 2017; 43(2): 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.031>
7. Motamedi, A., Barjali, A., and Sadeghpour, M. Predicting the psychological well-being of the elderly based on the ability to manage stress and social support. *Elderly*,2017; 13(1), 98-109.
8. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1): 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
9. Irons C, & Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017; 3(1): 17-43.
10. 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>
11. 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. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253>
12. Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. The evaluation of a compassion focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical gerontologist*, 2017; 11, 1-13.
13. Murfield, J., Moyle, W., & O'Donovan, A. (2019). Mindfulness- and compassion based interventions for family carers of older adults: a scoping review, *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103495>
14. Mahdavi H, Agha-abbasi A, Zangi Dareštani F, Manzari Tavakoli R. The effect of compassion therapy on psychological toughness and suicidal thoughts in the elderly with depression. *joge* 2024; 8 (4) :39-46.
15. 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>
16. Beck AT, Clayton PJ, Barrett JE. Treatment of depression: Old controversies and new approaches. *Cognitive therapy of depression: New perspectives*. 1983:265-90.
17. Fallahzadeh H, rabie faranobeh M, forat yazdi M, abedi kooshki S, eidy F. Quality of life and the related factors in patients with breast cancer in Yazd city in 2016. *Nurs Midwifery Journal*. 2019; 17 (8):667-673. [In Persian]
18. Ryff C D, Singer B H. know thyself and become what you are: A eudemonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2008; 9(1): 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
19. 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.