J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/08/30 *Accepted:2024/10/27*

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Perception of Aging, Self-Care Behaviors, and Pain Catastrophizing in Depressed Elderly

Parisa Kamali Ronizi (M.Sc.s)[1], Parinaz Sajjadian (Ph.D.)[2]

1.M.Sc. student Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2.Corresponding Author: Assistant Professor Department of Psychology, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: p.sajjadian@phu.laun.ac.ir Tel:09132106240

Abstract

Introduction: Depression is a common mental disorder in the elderly and causes many complications to them. Therefore, this research was conducted with the aim of determining the effectiveness of compassion-focused therapy on the perception of aging, self-care behaviors, and pain catastrophizing in depressed elderly.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-one-month follow-up design with a control group. The statistical population included all elderly women suffering from depression in Sadeghieh Nursing Home, Isfahan city, and 30 of them were selected by census sampling and randomly replaced in the test and control groups. Data collection tools included standard Beck depression questionnaires, perception of aging, elderly self-care and pain catastrophizing. The test group received compassion-focused therapy in eight 90-minute sessions. The data were analyzed by variance analysis with repeated measurements using SPSS-27 software.

Results: In the post-test phase, the mean scores of aging perception and self-care in the test group increased more and pain catastrophizing decreased more than the control group. Therefore, compassion-focused therapy has a significant effect on the perception of aging, self-care behaviors, and pain catastrophizing in depressed elderly of Isfahan city ($p \leq 0/05$). However, this effect was not permanent in the follow-up stage of aging perception ($p \geq 0/05$).

Conclusion: According to the results of this study, compassion-focused therapy can be an effective intervention in improving the perception of aging, self-care behaviors and reducing pain catastrophizing in depressed elderly.

Keywords: Perception of Aging, Compassion Therapy, Self-Care, Pain Catastrophizing, Elderly

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

This Paper Should be Cited as:
Author: Parisa Kamali Ronizi, Parinaz Sajjadian. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Perception of Aging, Self-Care Behaviors, and Pain Catastrophizing .....Tolooebehdasht Journal. 2024;23(5)1-17.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وسوم
شماره پنجم
آذر ودی
شماره مسلسل: ۱۰۷

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۶/۰۹
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۸/۰۶

اثربخشی درمان مبتنی برشفقت برادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده

نویسندگان: پریسا کمالی رونیزی[۱]، پریناز سجادیان[۲]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

شماره تماس:۰۹۱۳۲۱۰۶۲۴۰ Email: p.sajjadian@phu.laun.ac.ir

چکیده

مقدمه: افسردگی یک اختلال روانی شایع در افراد سالمند است و عوارض متعددی را برای آنان به همراه دارد؛ بنابراین این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون- پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سالمند درگیر با اختلال افسردگی سرای سالمندان صادقیه شهر اصفهان بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری سرشماری انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمودنی و گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک، ادراک پیری، خودمراقبتی سالمندان و فاجعه سازی درد بود. گروه آزمودنی، درمان مبتنی بر شفقت را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات ادراک پیری و خودمراقبتی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش بیشتر و فاجعه سازی درد کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است. بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده شهر اصفهان تأثیر معناداری دارد ($p\leq ۰/۰۵$)؛ ولی این تاثیر در مرحله پیگیری ادراک پیری ماندگار نبوده است ($p\geq ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج حاصل از این مطالعه، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند مداخله‌ای مؤثر در بهبود ادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و کاهش فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده باشد.

واژه های کلیدی: ادراک پیری، شفقت درمانی، خودمراقبتی، فاجعه سازی درد، سالمندان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

سالمندی مرحله‌ای از زندگی بشر است که به طور طبیعی به کاهش عملکردهای بدنی، محدودیت‌های حرکتی، بروز مشکلات بهداشتی و وابستگی فرد به دیگران منجر می‌شود(۱،۲). بر اساس تخمین سازمان ملل متحد، جمعیت سالمندان جهان از ۳۵۰ میلیون نفر در سال ۱۹۷۵ به یک میلیارد و یک‌صد میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید(۳). در همین راستا جمعیت قابل‌توجه فعلی سالمندان و افزایش رشد این طبقه در ایران نیز لزوم حفظ شأن و جایگاه سالمند در خانواده، جامعه و تأمین نیازهای اساسی آن‌ها را ضروری می‌کند(۴). با توجه به این‌که افراد سالمند توانایی تجدیدقوای محدودی دارند و پیش از دیگر بزرگ‌سالان در معرض بیماری و کسالت قرار می‌گیرند(۵) و پیشرفت‌های علمی گویای رابطه قوی میان عوامل شناختی، هیجانی و روانی با وضعیت فیزیولوژیک، ایمنی و سلامت به خصوص در دوره سالمندی هستند(۶)، افسردگی، اختلال روانی شایع و عامل آسیب‌زایی در این افراد می‌تواند باشد(۷). افسردگی که شامل احساس غمگینی، از دست دادن علاقه، کاهش عملکرد فردی و اجتماعی، تغییر در الگوی خواب، تغذیه و سطح انرژی است و موجب تغییر در خلق، تفکر و عملکرد جسمی و جنسی فرد می‌شود(۸،۹) در دوره سالمندی می‌تواند با عوارض متعددی برای آنان همراه است که به گونه‌ای منفی بهداشت جسم و روانی‌شان را متأثر سازد(۱۰). یکی از عوارض آن این است که روی ادراک پیری اثر می‌گذارد. مطالعات نشان می‌دهد یکی از عوامل دستیابی به سالمندی موفق، درک واقعی از پیری است(۱۱). درک از پیری به درک هر شخص از فرایند پیری خودش در زمینه فرهنگی- اجتماعی که قرار دارد اطلاق می‌شود. بدین سبب می‌توان گفت توجه به تمام جنبه‌های آگاهی، درک، تجربه، ارزیابی، تفسیر و شناخت مراحل پیر شدن خود نیز در این مفهوم جای می‌گیرد. با پیر شدن، درک و تجارب افراد از پیری‌شان افزایش می‌یابد؛ بنابراین اگر فرد سالمندی از پیری خود رضایت داشته باشد و نگرش مثبتی به این مرحله از زندگی‌اش داشته باشد از وضعیت روانی بهتری نسبت به کسانی که نسبت به این مرحله از زندگی خود دید منفی دارند، برخوردار است(۱۲) و رفتارهای سالم‌تر و خودمراقبتی بیشتر از خود نشان می‌دهد(۱۳). خودمراقبتی عبارت است از اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته‌شده و هدف‌داری که توسط فرد به منظور حفظ حیات و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌شود(۱۴). خودمراقبتی از دو مؤلفه کلیدی جسمانی و روانی- اجتماعی تشکیل شده است. مؤلفه جسمانی شامل مؤلفه‌های فیزیکی و فنون مراقبت است و مؤلفه‌های روانی- اجتماعی، ارضای نیازهای عاطفی و روانی فرد را دربر می‌گیرد(۱۵). از سویی دیگر کاهش رفتارهای خود مراقبتی می‌تواند منجر به سوءتغذیه، کاهش فعالیت فیزیکی و عدم نظارت بر وضعیت سلامتی در سالمندان شود(۱۶،۱۷).

یکی از عوارض دیگر افسردگی که در سالمندان شایع است فاجعه سازی درد است. 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(۱۸). فاجعه سازی، تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی شدت درد، درماندگی روان‌شناختی و پیامدهای منفی ناشی از آن است(۱۹). حال با توجه به مشکلات گوناگونی که به سبب ابتلا به فاجعه سازی درد و اختلال افسردگی برای سالمندان ایجاد می‌شود ضروری است تا با بهره‌گیری از انواع مداخلات روان‌شناختی به بهبود بهداشت روانی و جسمانی این گروه آسیب‌پذیر پرداخته شود.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

تاکنون روش‌های درمانی گوناگونی برای حل این مشکل به کارگرفته شده است که از میان آن می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی(۲۰)، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی(۲۱) و درمان توان‌بخشی شناختی(۲۲) اشاره کرد. با این وجود مطالعات انجام شده به بررسی اثرات بلندمدت این درمان‌ها نپرداخته‌اند و در طول زمان رویکردهای درمانی دیگری نیز معرفی شده‌اند که در ایران کمتر به بررسی اثرات آن‌ها بر مشکلات سالمندان مبتلا به افسردگی پرداخته شده است. یکی از این رویکردهای جدید که برای کمک به سالمندان کاربرد فراوانی دارد درمان مبتنی بر شفقت است(۲۳). این درمان که توجه روان‌درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب کرده است(۲۴) در ابتدا توسط گیلبرت و با هدف کاهش درد، رنج، اضطراب و افسردگی، ایجاد شده است(۲۵). افزون بر آن در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند و آن‌ها را بپذیرند، افراد طی این درمان قادر خواهند بود که در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند(۲۶). در اصل خود شفقت ورزی پاسخ‌های سازگارانه نسبت به پیری را در سالمندان پیش‌بینی می‌کند و به سالمند کمک می‌کند تا با تغییرات مرتبط با سن خود را وفق دهد(۲۷). تاکنون پژوهش‌های گوناگونی در راستای اثربخشی این درمان بر گروه‌های مختلف افراد به ویژه سالمندان انجام شده است. به طور نمونه فرضی پور(۲۸) در پژوهش خود نشان داد آموزش شفقت به خود در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی سالمندان سرای سالمندان مؤثراست. عبدی و همکاران(۲۳) در پژوهش خود نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر شادکامی سالمندان افسرده تأثیر دارد. آباد و هارون رشیدی(۲۹) در پژوهش نشان خود داد درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش نشخوار فکری و اضطراب وجودی در سالمندان شد، کاظمی و همکاران(۳۰) در پژوهش خود نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر احساس انزوا و تنهایی و امید به زندگی سالمندان تأثیر مثبت دارد. گائو و همکاران(۳۱) در پژوهش خود نشان دادند که درمان خودشفقتی با افزایش میزان شفقت فرد نسبت به خود می‌تواند اضطراب، افسردگی و حس تنهایی را در سالمندان کاهش دهد. تاواررس و همکاران(۳۲) در پژوهش خود تأثیر معنادار درمان خودشفقتی برافزایش سازگاری روانشناختی با موقعیت‌های استرس‌زا در سالمندان را نشان داده‌اند. لی و همکاران(۳۳) در پژوهش خود نشان دادند آموزش شفقت ورزی بر نگرش به سالمندی و رفاه جسمی-روانشناختی سالمندان تأثیر مثبت دارد. با توجه به مطالعات انجام شده می‌توان بیان کرد که علی‌رغم اینکه مطالعاتی در این زمینه انجام شده است؛ اما پژوهشی که به طور مبسوط به بررسی اثربخشی این درمان بر ادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در زنان سالمند افسرده پرداخته باشد مشاهده نشد. حال با توجه به مشکلات گوناگونی که به سبب ابتلا به اختلال افسردگی برای سالمندان ایجاد می‌شود ضروری است تا با بهره‌گیری از انواع مداخلات روان‌شناختی به بهبود بهداشت روان این گروه از افراد پرداخته شود؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی برشفقت برادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده شهر اصفهان انجام شد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان سالمند درگیر با اختلال افسردگی سرای سالمندان

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

صادقیه شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. از بین آن‌ها به شیوه نمونه‌گیری سرشماری ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمودنی و کنترل جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن حداقل ۶۰ سال و حداکثر ۹۰ سال، کسب حداقل نمره ۱۶ در پرسشنامه افسردگی بک، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهشی، عدم دریافت داروهای تثبیت‌کننده خلق در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش، نداشتن تشخیص اختلال شدید روانی نظیر هم‌زمان و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل بیش از دو جلسه غیبت در طول مداخله، عدم تمایل فرد به ادامه جلسات درمان، مبتلا شدن به بیماری جسمانی و روانی در طول مداخله بود.

برای انجام پژوهش پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و هماهنگی با سازمان بهزیستی استان اصفهان و سرای سالمندان صادقیه، ابتدا برای افراد جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند.

برای انتخاب سالمندان افسرده از آن‌ها پرسشنامه افسردگی بک گرفته شد. سپس از بین سالمندانی که نمره بالاتری در پرسشنامه کسب کردند و تشخیص افسردگی را دریافت نمودند ۳۰ نفر به صورت روش نمونه گیری سرشماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی و برابر در یک گروه آزمودنی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. پس از آن با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد ادراک پیری، خودمراقبتی سالمندان و فاجعه سازی درد از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد.

سپس گروه آزمودنی به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (یک‌بار در هفته و طی دو ماه) درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) را دریافت کردند؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند.

در پایان جلسات نیز از اعضای هر دو گروه با استفاده از آزمون‌های مذکور پس‌آزمون گرفته شد و بعد از یک ماه پیگیری صورت گرفت. پس از پایان پژوهش جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. ابزار سنجش شامل پرسشنامه افسردگی (Beck Depression Inventory): این پرسشنامه توسط بک (۱۹۶۱) تدوین و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت که ۲۱ سؤال دارد و روش نمره‌گذاری ۰ تا ۳ می‌باشد؛ بنابراین حداکثر نمره مقیاس ۶۳ است(۳۴).

در پژوهش رزم زن (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه بر اساس روش تصنیف ۰/۸۹ محاسبه شد. در بررسی‌های گوناگون ضریب همبستگی نمرات هر ماده با کل نمرات پرسشنامه را بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ گزارش نمود. این آزمون از ثبات درونی بالایی در بیماران روان‌پزشکی و غیرروان‌پزشکی برخوردار است و نتیجه پایایی باز آزمایی آن بیش از ۰/۶۰ گزارش شده است(۳۵).

پرسشنامه ادراک پیری (Aging Perception Questionnaire): این پرسشنامه توسط بارکر و همکاران (۲۰۰۷) به منظور سنجش ادراک پیری طراحی و تدوین‌شده است(۳۶). در ایران نیز توسط حقی عسگرآبادی و همکاران اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۹ سؤال است که بخش نخست یعنی دیدگاه‌های مربوط به بالا رفتن سن ۳۲ سؤال (هفت عامل خط زمانی حاد- مزمن، خط زمانی چرخشی، نمایش احساسات، کنترل مثبت، کنترل منفی، نتایج مثبت و نتایج منفی) و بخش دوم یعنی تجربیات مربوط به تغییرات

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

سلامتی ۱۷ سؤال را شامل می‌شود و با سوا لاتی مانند (من همیشه به روند بالا رفتن سن خود توجه دارم.) به سنجش ادراک پیری می‌پردازد.

دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۳۲ تا ۱۶۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر ادراک پیری خواهد بود و بالعکس. در بخش دوم دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۷ است و هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر تغییرات مربوط به سلامتی خواهد بود و بالعکس. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش عسگرآبادی و همکاران(۳۷) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد و همچنین روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی سالمندان (Questionnaire of self-care behaviors of the elderly): این پرسشنامه توسط یونسی بروجنی و همکاران(۳۸) به منظور سنجش خود مراقبتی سالمندان طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال و ۴ مؤلفه (خود مراقبتی معنوی، خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمی و خود مراقبتی در حین بیماری) با طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از ۱ تا ۶ می‌باشد. گویه های شماره ۲، ۳، ۷، ۲۲، ۲۶، ۲۸ و ۲۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ خواهد بود و هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر خود مراقبتی سالمندان خواهد بود و بالعکس. در پژوهش یونسی بروجنی و همکاران(۳۸) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن بالای ۰/۷ برآورد شد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. پرسشنامه فاجعه سازی درد (Pain catastrophizing questionnaire): این پرسشنامه توسط سالیوان و همکاران(۱۹۹۵) تهیه و دارای ۱۳ گویه و خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی را شامل می‌شود. سؤالات این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای ۰ تا ۵ قرار می‌گیرند و دامنه نمرات بین ۱۳ تا ۶۵ است.

در تحقیق سالیوان و همکاران 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(۳۹).

مظفری(۴۰) 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 گرفت که همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان داد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

در جدول ۱ شرح محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت ارائه شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی شاخص‌های مرکزی (میانگین، درصد، فراوانی) و شاخص‌های پراکندگی (انحراف استاندارد، واریانس) مشخص گردید. سپس در آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت (۴۱)

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	آموزش‌وپرورش خودشفقتی اعضا	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس‌گرمی 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	احساس 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 به‌کارگیری این روش درمانی در تردیدهای روزمره، اجرای پس‌آزمون	ثبت و یادداشت خود شفقتی در مسائل روزانه	پرورش و رشد خودشفقتی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

CC BY-NC 4.0

یافته ها

در ابتدا ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی کل آزمودنی ها ۵/۷۳±۷۰/۷۳ بود. به طور کلی ۱۱ نفر (۳۶/۶۷ درصد) افراد شرکت کننده دارای تحصیلات اول تا سوم ابتدایی، ۱۹ نفر (۶۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات پنجم و ششم ابتدایی بودند. همچنین در گروه آزمودنی ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) متأهل، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) همسرشان فوت‌شده و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ درصد) متأهل، ۱ نفر (۶/۷ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) همسرشان فوت‌شده بود.

نتایج آزمون خی دو و تحلیل واریانس یک راهه در بررسی همسانی داده های کیفی نشان داد که بین دو گروه آزمودنی و کنترل از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، تحصیلات و وضعیت تأهل) تفاوت معناداری وجود ندارد($p>0/05$). این بدین معناست که بین ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه شرایط یکسانی وجود دارد.

شاخص‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در زنان سالمند درگیر با اختلال افسردگی در دو گروه آزمودنی و کنترل نشان داده می‌شود. نتایج حاکی از این است که میانگین نمرات متغیر فاجعه سازی درد در گروه آزمودنی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد. در متغیرهای ادراک پیری و رفتارهای خودمراقبتی در گروه آزمودنی نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد ($p\leq0/05$). همچنین در این جدول و جهت بررسی وضعیت نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک (Shapiro-Wilk test) استفاده شد. نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها می‌باشد($p>0/05$) (جدول ۲). به‌منظور بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته از آزمون همگنی واریانس، آزمون لوین، آزمون برابری ماتریس‌های کوواریانس و آزمون ام باکس در متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی مفروضه‌ها حاکی از عدم معناداری مقدار F در متغیرهای آزمون بوده است ($p>0/05$)؛ بنابراین استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته بلامانع است.

بررسی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته نشان می‌دهد بین میانگین نمرات هر سه متغیر ادراک پیری ($F=5/834$، $p<0/001$)، رفتارهای خودمراقبتی ($F=81/277$، $p<0/001$) و فاجعه سازی درد ($F=11/498$، $p<0/001$) در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در متغیر ادراک پیری ($F=5/459$، $p<0/001$)، رفتارهای خودمراقبتی ($F=27/116$، $p<0/001$) معنی‌دار است که نشان می‌دهد تغییرات مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر یک از گروه‌ها معنی‌دار بوده است(جدول ۳).

جهت بررسی دقیق از تفاوت‌ها در هر مرحله سه‌گانه آموزشی و گروه آزمودنی از آزمون مقایسه بنفرنی استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات ادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون معنی‌دار است ($p<0/001$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این سه معنی‌دار به دست نیامده

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

است (p>۰/۰۵). این در حالی است که در متغیر ادراک پیری بین میانگین نمرات پیش آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد که این امر نشان دهنده این است که اثربخشی شفقت درمانی در طول زمان بر روی ادراک پیری ماندگار نبوده است(جدول ۴).

جدول۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	نوع آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
ادراک پیری	پیش‌آزمون	آزمودنی	۱۱۳/۸۶	۱۳/۵۹	۰/۹۶۱	۰/۷۱۳
		کنترل	۱۱۷/۲۶	۱۰/۵۷	۰/۹۶۱	۰/۷۱۶
	پس‌آزمون	آزمودنی	۱۲۲/۷۳	۸/۱۴	۰/۹۴۳	۰/۴۲۰
		کنترل	۱۱۷/۶۰	۸/۷۸	۰/۹۵۷	۰/۶۴۹
	پیگیری	آزمودنی	۱۲۲/۴۰	۷/۴۰	۰/۹۰۶	۰/۱۱۸
		کنترل	۱۱۸/۹۳	۹/۰۷	۰/۹۳۹	۰/۳۶۶
فاجعه سازی درد	پیش آزمون	آزمودنی	۴۲/۰۷	۶/۹۱	۰/۹۳۶	۰/۳۳۹
		کنترل	۴۵/۴۷	۵/۴۷	۰/۹۷۴	۰/۹۱۰
	پس آزمون	آزمودنی	۳۵	۵/۴۹	۰/۸۷۵	۰/۰۳۹
		کنترل	۴۲/۵۳	۵/۳۷	۰/۹۲۲	۰/۲۰۹
	پیگیری	آزمودنی	۳۵/۶	۵/۰۹	۰/۹۶۴	۰/۲۷
		کنترل	۴۳	۵/۲۹	۰/۹۶۰	۰/۶۸۷
رفتارهای خودمراقبتی	پیش آزمون	آزمودنی	۷۸	۷/۱۱	۰/۹۶۹	۰/۸۴۷
		کنترل	۸۱/۲۷	۴/۵۷	۰/۹۰۵	۰/۱۱۲
	پس آزمون	آزمودنی	۱۰۴/۲۰	۸/۸۴	۰/۹۵۲	۰/۵۶۱
		کنترل	۸۷/۳۳	۷/۴۶	۰/۹۷۶	۰/۹۳۴
	پیگیری	آزمودنی	۱۰۵/۲۰	۸/۲۳	۰/۸۸۱	۰/۰۵۳
		کنترل	۸۸/۲۷	۷/۸۸	۰/۹۴۴	۰/۴۳۴

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیر های پژوهش

	متغیر و منبع اثر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	ضریب F	مجذور سهمی اتا	توان آزمون	سطح معناداری
ادراک پیری	درون آزمودنی	زمان	۳۹۲/۱۵۶	۱/۶۳۲	۵/۸۳۴	۰/۱۷۲	۰/۸۵۴	۰/۰۰۹
		تعامل زمان×گروه	۳۶۶/۹۵۶	۱/۶۳۲	۵/۴۵۹	۰/۱۶۳	۰/۷۶۸	۰/۰۱
		خطا	۱۸۸۲/۲۲۲	۴۵/۶۹۱	–	–	–	–
	بین آزمودنی	گروه	۱۲۰/۱۷۸	۱	۰/۴۹۵	۰/۱۷۱	۰/۷۰۴	۰/۰۴
		خطا	۶۷۹۸/۹۷۸	۲۸	–	–	–	–
رفتارهای خودمراقبتی	درون آزمودنی	زمان	۴۶۸۴/۲۰۰	۱/۵۲۴	۸۱/۲۲۷	۰/۷۴۴	۱	۰/۰۰۱
		تعامل زمان×گروه	۱۵۶۳/۷۵۶	۱/۵۲۴	۲۷/۱۱۶	۰/۴۹۲	۱	۰/۰۰۱

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

		خطا	۱۶۱۴/۷۱۱	۴۲/۶۸۶	–	–	–
	بین آزمودنی	گروه	۱۵۹۶/۰۱۱	۱	۱۶/۸۹۰	۰/۳۷۶	۰/۹۷۸	۰/۰۰۱
		خطا	۸۲۲۲۶۴۵	۲۸	–	–	–	–
فاجعه سازی	درون	زمان	۲۶۵/۰۸۹	۱/۰۱۳	۱۱/۴۹۸	۰/۲۹۱	۰/۹۰۸	۰/۰۰۲
درد	ازمودنی	تعامل زمان×گروه	۱۸/۰۲۲	۱/۰۱۳	۰/۷۸۲	۰/۰۲۷	۰/۲۳۷	۰/۳
		خطا	۶۴۵/۵۵۶	۲۸/۳۵۷	–	–	–	–
	بین	گروه	۴۸۵/۳۴۴	۱	۴/۳۲۲	۰/۱۳۴	۰/۸۱۹	۰/۰۴
	آزمودنی	خطا	۳۱۴۴/۳۱۱	۲۸	–	–	–	–

جدول ۴: آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهاپیژوهش در گروه های پژوهش در مراحل پژوهش

متغیر			تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	معنی داری
ادراک پیری	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۶۰۰	۱/۶۵۴	۰/۰۲۹
		پیگیری	-۴/۲۳۳	۱/۶۷۶	۰/۰۵۳
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۶۷	۱/۰۸۵	۱
رفتارهای خودمراقبتی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۵/۵۰۰	۱/۱۸۳	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۵/۱۰۰	۱/۷۳۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۱/۱۷۱	۱
فاجعه سازی درد	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۷۶۷	۱/۰۵۹	۰/۰۰۹
		پیگیری	۳/۵۰۰	۱/۰۵	۰/۰۰۴
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۱۰۲	۰/۰۵۲

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در زنان سالمند درگیر با اختلال افسردگی شهر اصفهان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر رفتارهای ادراک پیری، خودمراقبتی و فاجعه سازی درد تأثیر مثبت معناداری دارد؛ اما این تأثیر در مرحله پیگیری ادراک پیری ماندگار نبوده است ($p\geq ۰/۰۵$). این یافته با نتایج پژوهش‌های سیفی و هارون رشیدی(۴۲)، حاجی قدیرزاده و همکاران(۴۳)، کلاتیان و همکاران(۴۴)، گائو و همکاران(۳۱) و تاوارس و همکاران(۳۲) همسو می‌باشد.

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک پیری می‌توان گفت با ورود به مرحله سالمندی ممکن است رفتار فرد با دیگران و رفتار دیگران با او تغییر کند؛ زیرا درک پیری و پذیرش آن بر تعاملات و رفتارها تأثیر می‌گذارد. یک فرد سالمند باید بداند کهولت سن به معنای ضعف و پستی نیست و تلاش کند این نگرش‌های منفی را از خود دور کند تا بتواند با آرامش و سلامت روانی روند پیری خود را طی کند؛ بنابراین با تمرکز بر تمرینات شفقت و خودپذیری، این افراد یاد می‌گیرند تا از طریق تغییر نگرش به پیری، نسبت به خود احساس ارزشمندی بیشتری داشته باشند(۴۵). این رویکرد به آن‌ها این امکان را می‌دهد تا تغییرات جسمی را نه به عنوان یک بار بلکه

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

به عنوان بخشی طبیعی از چرخه زندگی بپذیرند و به جای نگرانی از زوال، بر روی تجربیات مثبت و روابط اجتماعی تمرکز کنند.

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر رفتارهای خودمراقبتی می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت از دیدگاه گیلبرت به تمامی فرایندهای تجربی اشاره دارد که مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات بوده و افزایش مهربانی و مهرورزی با خود و دیگران را در برمی‌گیرد و به سالمندان این امکان را می‌دهد که در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات زندگی، خود را مورد قضاوت قرار ندهند و به جای انتقاد از خود با دلسوزی و محبت به خود رفتار کنند(۴۱). تکنیک‌های همدلی نسبت به خود شامل تجلی مهربانی و همدردی نسبت به خود در مواجهه با دردها و چالش‌های فردی است. این تکنیک به سالمندان کمک می‌کند که در زمان‌های سخت خود را قضاوت نکنند و به جای آن به خود محبت و توجه کنند. با استحکام بخشیدن به احساس همدلی با خود، افراد تمایل بیشتری به مراقبت از سلامتی و نیازهای خود پیدا می‌کنند و می‌تواند به ایجاد انگیزه‌های مثبت برای پیگیری رفتارهای مراقبت از خود منجر شود(۴۵). وقتی سالمندان بتوانند به خود مهربانی کنند مجبور نیستند با احساسات منفی به شکل آسیب‌زا کنار بیایند و این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا رفتارهای خودمراقبتی را بیشتر در زندگی روزمره خود بگنجانند. همچنین بخشش و تصمیم برای رهایی از احساس رنجش و انتقام نسبت به دیگران، یکی از تکنیک‌های کلیدی در درمان مبتنی بر شفقت است. این عمل به فرد اجازه می‌دهد که بار احساسات منفی و رنجش‌های گذشته را کنار بگذارد و به پیشرفت در زندگی خود ادامه دهد. وقتی افراد می‌آموزند که دیگران را ببخشند، احساس سبکی و راحتی بیشتری پیدا می‌کنند که این احساس می‌تواند به بهبود خودمراقبتی اجتماعی، سلامت روان و جسمی در سالمندان منجر شود. تأثیرات مثبت بخشش بر رفتارهای خودمراقبتی نشان می‌دهد افرادی که می‌توانند دیگران را ببخشند اهتمام بیشتری به نگهداری از خود و سلامتی بدن دارند. این همدلی و بخشش به عنوان تکنیک درمانی، نه تنها می‌تواند باعث کاهش استرس و اضطراب شود، بلکه می‌تواند به ارتقاء یک زندگی سالم و معتدل‌تر کمک کند(۴۶).

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش فاجعه سازی درد می‌توان گفت، تکنیک‌های عملی در درمان مبتنی بر شفقت مانند تمرین گفتگوی شفقت‌آمیز با خود و تصویرسازی مکان امن می‌تواند به سالمندان کمک کند تا در مواجهه با دردها و رنج‌های جسمی و عاطفی خود، نگرش مثبتی را اتخاذ نمایند. با آموزش سالمندان به جای تمرکز بر روی درد و احساسات منفی، آن‌ها می‌توانند راحت‌تر با درد خود مواجه شوند(۴۷) و در نتیجه خطر فاجعه سازی را کاهش دهند. تصویرسازی مکان امن تکنیکی است که به فرد کمک می‌کند تا به یک فضای امن، آرام و دلپذیر در ذهن خود سفر کند. این فرآیند به فرد این امکان را می‌دهد که از احساسات منفی و تنش‌های ناشی از درد فاصله بگیرد و به فضایی بگریزد که در آن احساس راحتی، آرامش و امنیت می‌کند. با تمرین این تکنیک فرد می‌تواند در مواقعی که درد را تجربه می‌کند، به یاد آوردن آن مکان امن و بازگشت به آن به شدت احساس اضطراب و فاجعه‌سازی خود را کاهش دهد. در نتیجه سالمند کمتر تحت تأثیر استرس و اضطراب ناشی از درد قرار می‌گیرد و می‌تواند با درد خود به شیوه‌ای سازنده‌تر و با احساس شفقت بیشتری مواجه شود.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

وارسی بدن و تنفس یکی دیگر از تکنیک‌هایی است که در درمان مبتنی بر شفقت به کار می‌رود که شامل توجه آگاهانه به قسمت‌های مختلف بدن، از سر تا پا است. این فرآیند به سالمند کمک می‌کند تا احساسات و تنش‌هایی که در بدن خود دارد را شناسایی و درک کند. با آگاهی از احساسات بدنی، فرد می‌تواند به تدریج احساس راحتی بیشتری در بدن خود پیدا کند و اثرات فاجعه‌سازی ناشی از درد را کاهش دهد. این روش باعث می‌شود که فرد سالمند بر روی احساسات بدنی خود تمرکز کند و از دوراندیشی منفی که معمولاً به درد مرتبط است، جدا شود(۴۸). همچنین تمرین تنفس عمیق و آگاهانه به کاهش پاسخ‌های فیزیولوژیکی بدن به درد و استرس کمک می‌کند و فرد با تمرکز بر تنفس می‌تواند مدتی به درد خود توجه نکند و دور از افکار ناکارآمد و فاجعه‌آمیز باشد. در نتیجه تأثیرات منفی فاجعه‌سازی بر روی تجربه درد را کاهش می‌دهد؛ بنابراین با توجه به آنچه بیان شد، پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی به عنوان یکی از روش‌های مداخله‌ای در سالمندان مورد استفاده قرار گیرد و همچنین نتایج این مطالعه برای برنامه ریزان و متخصصان سرای سالمندی و مشاوران کاربرد دارد.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. محدود بودن نمونه پژوهش به زنان سالمند درگیر با اختلال افسردگی شهر اصفهان بود که تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پژوهش حاضر روی سالمندان مقیم سرای سالمندان انجام شده است؛ بنابراین با توجه به محدودیت های مذکور پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در سایر بافت‌های فرهنگی و میان اقشار دیگر به ویژه مردان سالمند افسرده مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پژوهش‌های آتی بر روی سالمندان مقیم خانواده مورد بررسی قرار گیرد و به جای استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی از مصاحبه استفاده شود تا آنچه واقعاً از لحاظ روان‌شناختی در سالمندان رخ می‌دهد به صورت تجربه زیستی برون داد شود.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی می‌باشد. اصول اخلاقی این مقاله در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.001 به تصویب رسیده است. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه ضمن تأکید بر تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در خروج از پژوهش مختار بودند.

سهم نویسندگان

پریسا کمالی: نگارش و تجزیه و تحلیل داده ها. پریناز سجادیان: ایده پردازی، چارچوب بندی و تبیین. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی از طرف هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه زنان سالمند درگیر با اختلال افسردگی شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدرانی نمایند.

References

1-Forsman A, Jane-Llopis E, Schierenbeck I & et al. Psychosocial interventions for prevention of depression in older people. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018; 2018(10).

2-Saint-Maurice PF, Coughlan D, Kelly SP & et al. Association of Leisure-Time Physical Activity Across the Adult Life Course with All-Cause and Cause-Specific Mortality. JAMA Netw Open. 2019; 2(3): 1-12.

3-Zhu B, Shi C, Park C & et al. Sleep quality and gestational diabetes in pregnant women: A Systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine. 2020; 67 (1): 47-55.

4-Arab Sh, Mohammadi A. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on sleep disorder and the risk of death in the elderly. Psychology Aging. 2023; 9(1): 102-89.[Persian]

5-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.

6-Bone JK, Bu F, Fluharty ME & et al. Engagement in leisure activities and depression in older adults in theUnited States: Longitudinal evidence from the Health and Retirement Study. In Social Science & Medicine. 2022; 294: 114703.

7-Berk M, Woods RL, Nelson MR & et al. Effect of Aspirin .vs Placebo on the Prevention of Depression in Older People: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2020.

8-Sapmaz SY, Sen S, Ozkan Y & et al. Relationship between Toxoplasma gondii seropositivity and depression in children and adolescents. Psychiatry Research. 2019; 278: 263-267.

9-Levy T, Kronenberg S, Crosbie J & et al. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidality in children: The mediating role of depression, irritability and anxiety symptoms. Journal of Affective Disorders. 2020; 265: 200-6.

10-Arthur A, Savva GM, Barnes LE & et al. Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. The British Journal of Psychiatry. 2020; 216(1):49-54.

11-Sadegh Moghadam L, Foroughan M, Mohammadi F& etal. Aging Perception in Older Adults. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016; 10 (4): 202-209.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

 CC BY-NC 4.0

12-Worm S, Benyamini Y. Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perception of ageing on physical and mental health. Psychol Health. 2014, 29(7):832-48.

13-Goudarzian AH, Nesami MB, Zamani F & et al. Relationship between depression and self-care in Iranian patientswith cancer. Asian Pacific Journal of cancer prevention: APJCP. 2017; 18(1):101.[Persian]

14- Mu TY, Xu RX, Xu JY & et al. Association between self-care disability and depressive symptoms among middle-aged and elderly Chinese people. Plos one. 2022; 17(4): e0266950.

15-Mendoza-Núñez V. M, Sarmiento-Salmorán E, Marín-Cortés R, Martínez-Maldonado M. D. L. L, Ruiz-Ramos M. Influence of the self-perception of old age on the effect of a healthy aging program. Journal of clinical medicine. 2018; 7(5):106.

16-Kav S, Yilmaz AA, Bulut Y & et al. self-efficacy, depression and self-careactivities of people with type 2 diabetes in Turkey. Collegian. 2017; 24(1):27-3.

17-Novrouzi R, Ghaffari M, Sabouri M & et al. Investigating the Effect of Self-care on the Nutritional Status of the Elderly by Structural Equation Modeling Analysis. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2023; 18 (1) :46-59.[Persian]

18-Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA & et al. Reminders of Cancer Risk and PainCatastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-DegreeRelative with Breast Cancer. Fam Cancer. 2019; 18(1): 9-18.

19-Barnes MS, Cassidy T. Diet, exercise and motivation in weight reduction: The role of psychological capital and Stress. JOJ Nurse Health Care. 2018; 9(5): 555775.

20-Golestani Far S, Dashtbozorgi Z. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and well-being therapy on life expectancy and psychological health in elderly non-hospitalized depressed patients. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2021; 20: 297-312.[Persian]

21-Abdi Sarkami F, Mirzaian B, Abbasi G. The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on the Level of Depression and Self-Care Ability of Non-Clinical Depressed Elderly. IJNR. 2021; 15 (6) :65-74.[Persian]

22-Shafai Sh, Mirzaian B, Hassanzadeh R. The effectiveness of cognitive rehabilitation on executive function and working memory function in the elderly with non-clinical depression: Applied Family Therapy Quarterly. 2021; 3(4): 1-17.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

 CC BY-NC 4.0

23-Abdi M, Rahnama F, Tavakoli Gh. 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. 2022.[Persian]

24-Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K & et al. Effectiveness of compassion-based therapy on quality of life andhappiness of women with breast cancer in Ahvaz city. Journal of Nursing Education. 2018; 7(2):53–61.[Perisan]

25-Gilbert P, Van Gordon W. Compassion as a skill: A comparison of contemplative and evolution-based approaches. Mindfulness. 2023; 14(10): 2395-2416.

26-Thrift O, Irons C. Developing a compassionate mind to strengthen the Healthy Adult. In Creative Methods in Schema Therapy:Routledge; 2020. 269-86.

27-Brown L, Huffman JC, Bryant C. Self-compassionate aging: A systematic review. The Gerontologist. 2019; 59(4): e311-e324.

28-Farzipour M. The effectiveness of self-compassion training on resilience and mental well-being of the elderly in Khorramabad nursing home. 2022, 4(2): 1-15.[Persian]

29-Abad Y, Harun Rashidi H. The effectiveness of compassion-based therapy Rumination and existential anxietythe elderly Psychology of Aging. 2022; 1(8):1-10.[Persian]

30-Kaemi N, Hejazi E, Rasolzadeh V. The effectiveness of therapy focused on self-compassion on feelings of loneliness and life expectancy in elderly women. Rooyesh. 2020; 8(12): 73-80. [Persian]

31-Gao P, Mosazadeh H, Nazari N. The buffering role of self-compassion in the Association between loneliness with depressive symptoms: A cross-sectional Survey Study among older adults living in Residential Care Homes during COVID-19. International Journal of Mental Health and Addiction. 2023; 1-21.

32-Tavares LR, Vagos P, Xavier A. The role of self-compassion in the psychological (mal) adjustment of older adults: a scoping review. International Psychogeriatrics. 2023; 35(4): 179-192.

33-Lee EE, Govind T, Ramsey M & et al. Compassion toward others and self-compassion predict mental and physical well-being: a 5-year longitudinal study of 1090 community-dwelling adults across the lifespan. Translational Psychiatry. 2021; 11(1): 397.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

 CC BY-NC 4.0

34-Beck AT, Emery G, Greenberg RC. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books. 1985.

35-Razmzen Z. 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. 2013.[Persian]

36-Barker M, O'Hanlon A, McGee HM & et al. Cross -sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptionsof aging. BioMed Central Geriatrics. 2007; 7(1): 9.

37-Haqi Asgar Abadi F, Kraskian Mavemari A, Jamhari F. Determining the psychometric characteristics of the aging perception questionnaire in Iranian elderly, Psychometric Scientific Research Quarterly. 2017; 3(22): 59-76.[Persian]

38-Yonesi Borojeni, J, Jadidi M, AhmadRad F. Construction and standardization of the self-care scale for the elderly in Tehran. Applied Research Quarterly. 2019; 11(1): 158-208.[Persian]

39-Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain catastrophizing scale development and validation. J Psychol Ass. 1995; 7: 524-32.

40-Mozafari E. Investigating the relationship between catastrophizing pain, psychosis, social support and coping strategies with functionaldisability in rheumatic patients in Ahvaz.Master Thesis. Ahvaz: Shahid Chamran University. 2010.[Persian]

41-Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British journal of clinical psychology. 2014; 53(1): 6-41.

42-Saifi Z, Harun Rashidi H. The effectiveness of compassion therapy on cognitive fusion and self-criticism of the elderly suffering from post-traumatic stress. Psychology of Aging. 2023; 9(4): 375-361.[Persian]

43-Haji Ghadirzadeh A, Taheri A, Babakhani N. Comparison of the effectiveness of cognitive rehabilitation and compassion therapy on self-care behaviors of the elderly with mild cognitive impairment. Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2023; 9 (4): 87-75.[Persian]

44-Kalatian M, Salehzadeh M, Bakshaish A. The effectiveness of mindfulness-based compassion therapy on despair and rumination in the elderly. The 4th National Conference on Management, Psychology and Behavioral Sciences. 2023.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

 CC BY-NC 4.0

45-Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program. Journal of Clinical Psychology. 2018; 74(3): 675-688.

46-Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological flexibility and self-compassion in clinical samples: A meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2019; 68: 4-18.

47-MacBeth A, Gumley A. The role of self-compassion in the management of chronic pain: A systematic review. Clinical Psychology Review. 2020; 78: 101834.

48-Beauchamp M. R, Sawada N. Compassion-focused therapy for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. 2021; 162(1): 61-72.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17663]

 CC BY-NC 4.0