



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Meaning of Life, Social Functioning and Attitudes of Elderly People with Empty Nest Syndrome

Sara Fakharian Moghaddam¹, Mina Mojtabaei^{2*}, Qasem Ahi³

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2. Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

3. Department of Psychology, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

Corresponding author: Mina Mojtabaei, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
Email: Mojtabaei_in@yahoo.com

Received: 2025/07/15

Accepted: 2025/07/28

Abstract

Introduction: The elderly face a wide range of negative emotions and there is a growing concern about their physical and mental health. The aim of the present study was to determine the compassion-based therapy effectiveness on the meaning of life, social functioning and attitudes of the elderly who are suffering from empty nest syndrome.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test post-test with a control group, and its statistical population was all the elderly in Mashhad Park Mellat sports group from November to February 2025, from which 32 people (16 in control group and 16 in experimental group) were selected by convenient sampling method and randomly assigned in to two groups. Participants responded to Steager meaning of life Self-report questionnaire, Liu et al social functioning questionnaire, and Gao et al attitude questionnaire. Compassion-based therapy was administered in 8 sessions each lasted for 90 minutes, once a week.

Results: The findings of the study showed that by controlling for the pre-test effect, there was a significant difference between the post-test life meaning, social functioning, and attitudes toward aging (psychosocial deficit and psychosocial growth components) ($p < 0.05$), but no difference was observed in the positive physical changes component between the experimental and control groups ($p < 0.05$).

Conclusions: Compassion-based therapy can be used as an effective therapy method in order to improve the meaning in life, social functioning, and attitudes toward aging. Therefore, it is suggested that the results extracted from this study be considered in assessments and intervention design and that this method be used to improve the mental health of the elderly.

Keywords: Aged, Compassion-Focused Therapy, Meaning of Life, Social Functioning.



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی

سارا فخاریان مقدم^۱، مینا مجتبابی^{۲*}، قاسم آهی^۳

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران.

نویسنده مسئول: مینا مجتبابی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

ایمیل: Mojtabaie_in@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۲۴

چکیده

مقدمه: سالمندان با طیف وسیعی از هیجانات منفی مواجه هستند و نگرانی فزاینده‌ای در مورد سلامت جسمی و روانی آن‌ها وجود دارد. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی بود.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری آن تمامی سالمندان گروه ورزشی پارک ملت مشهد در آبان ماه تا بهمن‌ماه ۱۴۰۳ بودند که از بین آن‌ها ۳۲ نفر (۱۶ نفر در گروه گواه و ۱۶ نفر در گروه آزمایش) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های خودگزارش دهی معنای زندگی، استیگر، کارکرد اجتماعی لیو و همکاران و نگرش گائو و همکاران پاسخ دادند. درمان مبتنی بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین‌های پس‌آزمون معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش به سالمندی (مؤلفه فقدان روانی-اجتماعی و رشد روانی-اجتماعی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$) اما در مؤلفه تغییرات جسمانی مثبت بین گروه آزمایش و گواه تفاوتی مشاهده نشد ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌عنوان روش درمانی مؤثر در جهت بهبود معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش به سالمندی مورد استفاده قرار گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود در ارزیابی‌ها و طراحی مداخلات به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش توجه کرده و این روش را در ارتقای سلامت روان سالمندان بکار برند.

کلیدواژه‌ها: سالمند، درمان مبتنی بر شفقت، معنای زندگی، کارکرد اجتماعی.

مقدمه

پیری جمعیت و سالمندی یک پدیده جهانی است و پیر شدن بخشی از چرخه زندگی انسان است. این روند بخشی از یک گذار طولانی مدت و گسترده جمعیتی است که در قرن هجدهم اول به دلیل کاهش مرگومیر و بعداً به دلیل کاهش باروری آغاز شد (۱). پیش‌بینی می‌شود

تا سال ۲۰۵۰ بیش از ۲۲ درصد جمعیت دنیا را سالمندان تشکیل دهند (۲). سالمندی ناشی از عوامل فیزیولوژیکی، زیستی و اجتماعی است و چالش‌هایی را به دنبال دارد. یکی از عمیق‌ترین چالش‌های اجتماعی این دوران، خروج فرزندان از خانواده (آشیانه) است (۳). اصطلاح سندرم آشیانه خالی به افراد ۶۰ سال و بالاتر اشاره داد که یا بچه ندارند یا بچه‌هایی دارند که برای مدت طولانی در کنار والدین

اجتماعی-روانی است. نگرش به سالمندی منعکس کننده ارزیابی شخصی از فرآیند پیری است (۱۲) و می تواند بر کیفیت زندگی و عملکرد شناختی فرد تأثیر بگذارد (۲). به عنوان مثال، سن گرایی که با کلیشه های منفی و تبعیض مشخص می شود، اثرات نامطلوبی بر سلامت روانی دارد، برعکس، تقویت نگرش های خوش بینانه و مثبت نسبت به سالمندی می تواند عملکرد شناختی و رفتار مطلوب را تقویت کنند (۱۱-۱۲). با توجه به پیامدهای سالمندی، لزوم توجه به درمان های روان شناختی که مستلزم پرداخت هزینه های کمتری است، احساس می شود و پژوهش ها نشان داده اند که مداخلات مبتنی بر شفقت در کاهش آسیب شناسی روانی در جمعیت های مختلف مؤثر است. شفقت به خود از سه مؤلفه مهربانی با خود (در مقابل خود قضاوتی)، انسانیت مشترک (در مقابل انزوا) و ذهن آگاهی (در مقابل همانندسازی افراطی) تشکیل شده است. مهربانی با خود نشان دهنده تمایل به مهربانی و تسکین خود در مواجهه با ناملایمات زندگی است. انسانیت مشترک شامل تلقی شکست ها و مشکلات به عنوان بخش های طبیعی زندگی انسان و ارتباط با دیگران و ذهن آگاهی به توانایی مشاهده عینی و پذیرش تجربیات دردناک به جای اجتناب، سرکوب یا اغراق در مورد هیجانات اشاره دارد (۱۳). در سال های اخیر، شفقت به خود به عنوان یک مفهوم سازی جایگزین برای عزت نفس و نگرش و رابطه سالم با خود معرفی شده است (۱۴). مداخله مبتنی بر شفقت یکی از رویکردهای شناختی و رفتاری موج سوم است که هدف اصلی آن ارتقای حس شفقت در ارتباط با خود و دیگران است و به عنوان برنامه ای تعریف می شود که بر پرورش شفقت و مراقبت نسبت به خود تمرکز دارد. شمار فزاینده ای از شواهد اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت را بر علائم روان شناختی در گروه های مختلف نشان داده اند و ثابت شده است که مداخله مبتنی بر شفقت نقش مثبتی در بهبود سلامت روان افراد دارد (۱۵-۱۷). به علاوه شواهد پایدار نشان می دهد که شفقت به خود شدیداً با عوامل روان شناختی مثبت (بهزیستی روان شناختی، انگیزه، رضایت از زندگی، خوش بینی و شادی) مرتبط است (۱۳). مشابه یافته های گروه های سنی جوان تر، شفقت به خود با سازه های روان شناختی مثبت در سالمندان مرتبط است و به نظر می رسد که به عنوان یک عامل محافظتی در رابطه با علائم آسیب شناسی روانی از جمله علائم افسردگی، وضعیت سلامت جسمانی، علائم اختلال خواب و محافظت

خود نیستند (۴). این فرایند باعث می شود تا سالمندان طیف وسیعی از هیجانات منفی از جمله تنهایی و غمگینی را تجربه کنند (۳) و نگرانی فزاینده ای در مورد سلامت جسمی و روانی آن ها وجود داشته باشد (۵)؛ بنابراین، شناسایی عوامل تعدیل کننده و تقویت کننده برای گذار از چالش های این دوران مهم است. اعتقاد بر این است که اجرای فعالیت های مورد علاقه و ارتباط با دیگران می تواند باعث رسیدن فرد به معنای زندگی و دستیابی به فلسفه وجودی وی شود (۶). اگر سالمندان منابع دیگری از معنا و محیط اجتماعی را در خود پرورش دهند، سندرم آشیانه خالی می تواند به طور بالقوه به عاملی برای رشد و تحقق اهداف شخصی تبدیل شود (۳).

با معرفی مفهوم سالمندی موفق، مفهوم معنا در زندگی به عنوان عاملی حیاتی در زندگی سالمندان مورد توجه قرار گرفته است. معنای زندگی یک سازه چندبعدی است و جستجوی معنا در زندگی به عنوان یک عامل انگیزشی عمل می کند (۷). معنا در زندگی به توانایی فرد برای درک زندگی، خود و دنیای بیرونی تعریف شده است (۵). وجود معنا و جستجوی آن عاملی برای تسهیل شرکت در فعالیت های روزمره زندگی است، درحالی که فقدان معنا می تواند منجر به خلأ وجودی و پیامدهای روانی نامطلوب مانند اضطراب، افسردگی، سلامت جسمانی پایین و ناسازگاری هیجانی شود (۷). عواملی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا، روابط و کارکرد اجتماعی مطلوب و فعالیت های روزمره با درک بهتر معنا در زندگی مرتبط است (۸).

کارکرد اجتماعی منبع روان شناختی و اجتماعی است که به توانایی فرد در تعامل با دیگران اشاره دارد و شامل طیف گسترده ای از ویژگی های اجتماعی مربوط به نقش های اجتماعی است (۹). کارکرد اجتماعی به عنوان شیوه عملکرد یک فرد در محیط اجتماعی تعریف می شود و شامل مشارکت در فعالیت ها، روابط اجتماعی و همکاری با سایر افراد جامعه می شود. ناکامی در اجتماعی شدن می تواند منجر به کاهش کارکرد اجتماعی و پیامدهای نامطلوب از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، نقص در عملکرد شناختی شود (۱۰). درمجموع کارکرد اجتماعی و نگرش به این دوران، دو مقوله مهم هستند که تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی سالمندان دارند.

نگرش به سالمندی یک دیدگاه شخصی جامع از تجربه سالمندی در طول زندگی است که می تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند سطح سلامت، خودکفایی و عوامل

در برابر بیماری‌های جسمانی (۱۳، ۱۷-۲۳) عمل می‌کند. بالین حال برخی از پژوهش‌های انجام‌شده اثربخشی این درمان بر عملکرد سالمندان را اندکی گزارش کرده‌اند و این لزوم پژوهش‌های بیشتر را در این زمینه برجسته می‌کند. برای مثال در یک مطالعه اثربخشی این درمان را بر علائم افسردگی و اضطراب اندک گزارش کردند (۱۸). این موضوع انجام پژوهش‌های بیشتری در این زمینه را می‌طلبد. به‌علاوه برخی مقاله‌های مروری و متاآنالیزها در مورد مداخلات مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی در این گروه سنی، در مورد فقدان دقت روش‌شناختی و خطر بالای سوگیری موجود در بسیاری از مطالعات، احتیاط می‌کنند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش سالمندان مبتلا به سندرم آشپانه خالی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی سالمندان گروه ورزشی پارک ملت مشهد در آبان ماه تا بهمن ماه ۱۴۰۳ تشکیل داد. برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد و مشخص شد جهت دستیابی به اندازه اثر برابر ۰/۸۰، سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۹۵، ۴ متغیر وابسته و روش تحلیل داده‌ها (تحلیل کواریانس) نیاز به نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) است (۲۵). در ابتدا مقیاس سندرم آشپانه خالی پیرزاده و همکاران (۲۶) روی ۶۰ نفر از سالمندانی که توانایی همکاری با پژوهشگر را داشتند اجرا شد و با توجه به احتمال ریزش شرکت‌کنندگان ۴۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر) که نمرات بالاتری را در این پرسشنامه کسب کردند، به روش هدفمند انتخاب شدند و با گمارش تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تمایل به همکاری، سن بالاتر از ۶۰ سال، نداشتن اختلال شناختی و اختلالات روانی دیگر (به‌استثنای افسردگی) بر اساس مصاحبه بالینی و حداقل یک سال سکونت در جامعه موردنظر پیش از آغاز مطالعه بود. ملاک‌های خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه در طول دوره درمان، همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها و شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر بود. بر این اساس، چهار نفر از اعضای گروه آزمایش به سبب غیبت بیش از ۲ جلسه کنار

گذاشته شدند و برای دستیابی به نتایج همگن تر داده‌های مربوط به ۴ نفر از اعضای گروه گواه نیز به طور تصادفی از تحلیل‌ها حذف شد. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با مسئولان پارک ملت، پژوهشگر به مسئولان گروه‌های ورزش مراجعه کرده و هدف از انجام پژوهش را برای آنان و اعضای شرکت‌کننده توضیح داد و از آن‌ها خواست تا در پژوهش شرکت کنند. سپس با افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و نمره موردنظر را در این مقیاس کسب کرده بودند مصاحبه بالینی انجام شد. در ادامه شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند و پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه‌های پژوهش (پیش‌آزمون) پاسخ دادند. گروه آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی با توالی هر هفته یک جلسه دریافت کردند؛ اما شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ملاحظات اخلاقی عبارت بودند از: ۱-پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲-پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی شرکت‌کنندگان محافظت کند، ۳-پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل شرکت‌کنندگان برای آن‌ها تفسیر کند، ۴-در صورت مشاهده هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم ارائه شد، ۵- مشارکت در پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کننده و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیره که توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه معنای زندگی (MLQ): این پرسشنامه که توسط استیگر و همکاران (۲۷) ساخته شد ۱۰ گویه دارد و دو خرده مقیاس وجود معنا و جستجوی معنا را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌ها بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) درجه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده معنا و هدفمندی بیشتر در زندگی است. استگر و همکاران (۲۷) روایی هم‌گرا و واگرایی این پرسشنامه را از طریق همبستگی با آزمون‌های رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، افسردگی و عاطفه منفی معنی‌دار گزارش کردند. اعتبار

تغییرات جسمانی و رشد روانی-اجتماعی دارد. گویه‌های پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه‌بندی می‌شود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی را استخراج کرد که در مجموع ۳۵ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کرد. اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ مطلوب و به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۱ و ۰/۷۴ گزارش شد. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی (RMSEA=۰/۰۵۶ و $X^2=۴۹۵۹/۹$ ، $df=۲۴۸$ ، CFI=۰/۸۴) حاکی از روایی سازه پرسشنامه بود (۲۹). در پژوهش حاضر برای تعیین روایی پرسشنامه روایی صوری و محتوایی استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا پرسشنامه اصلی به زبان فارسی ترجمه و سپس این ترجمه مجدداً به زبان اصلی برگردانده شده و با پرسشنامه اولیه مقایسه شد. سپس توسط سه نفر از متخصصان روان‌سنجی، دکترای سلامت و دکترای علوم اجتماعی ویرایش شد. اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شد.

درمان متمرکز بر شفقت مبتنی: برنامه درمانی بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۳۰) اجرا شد. این برنامه درمانی در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته متوالی اجرا شد. درمان توسط دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت با هدایت و راهنمایی متخصص روان‌سنجی با مدرک دکترای روانشناسی تربیتی در مرکز مشاوره اعلی در شهر مشهد انجام شد. مداخله مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت و با طرح این سؤال که چرا بسیاری از مردم، به‌ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایتگر دشواری‌هایی را تجربه می‌کنند، تدوین شد. این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخیچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده متمرکز است درمان متمرکز بر شفقت بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است (۳۱). بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی با نظام‌های مغزی تکامل‌یافته‌ای مرتبط داست که زیربنای رفتارهای دل‌بستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت ایجاد رفتارهای مهرجویانه و فراهم کردن موقعیت‌هایی برای امنیت و تسکین بخشی است.

پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ نیز برای خرده مقیاس وجود معنا ۰/۸۷ و برای جستجوی معنا ۰/۸۶ گزارش شد (۲۷). در مطالعه مصر آبادی و همکاران (۲۸) شاخص‌های برازش (CFI=۰/۹۳، NFI=۰/۹۱، AIC=۱۷۸/۲۷، GFI=۰/۹۲، RMSEA=۰/۰۹۰) نشان‌دهنده روایی سازه پرسشنامه بود. در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل و دو خرده مقیاس مذکور به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ گزارش شد.

پرسشنامه کارکرد اجتماعی (SFQ): این پرسشنامه که توسط لیو و همکاران (۹) با هدف اندازه‌گیری کارکرد اجتماعی سالمندان تدوین و طراحی شد ۱۲ گویه و سه خرده مقیاس حمایت اجتماعی، سازگاری اجتماعی و مشارکت (درگیری) اجتماعی دارد. گویه‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کارکرد اجتماعی بهتر است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی را استخراج کرد که در مجموع ۵۰/۴۰ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کرد. روایی از طریق همبستگی با مقیاس بهزیستی (۰/۳۹)، فعالیت‌های زندگی روزانه (۰/۳۲) و مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک (۰/۴۱-) معنی‌دار گزارش شد. اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ مطلوب و برای نمره کلی و نمره خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ گزارش شد. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی (CFI=۰/۹۴، NNFI=۰/۹۶، GFI=۹۸، $X^2/df=۳/۴۷$ ، RMSEA=۰/۰۶۰) حاکی از روایی سازه پرسشنامه بود (۹). در پژوهش حاضر برای تعیین روایی پرسشنامه روایی صوری و محتوایی استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا پرسشنامه اصلی به زبان فارسی ترجمه و سپس این ترجمه مجدداً به زبان اصلی برگردانده شده و با پرسشنامه اولیه مقایسه شد. سپس توسط سه نفر از متخصصان روان‌سنجی، دکترای سلامت و دکترای علوم اجتماعی بررسی و ویرایش شد. اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی و خرده مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۶ گزارش شد.

پرسشنامه نگرش به سالمندی (AAQ): این پرسشنامه که توسط گائو و همکاران (۲۹) با هدف اندازه‌گیری نگرش سالمندان نسبت به روند پیری تدوین و طراحی شد ۲۴ گویه و سه خرده مقیاس از دست دادن (فقدان) روانی-اجتماعی،

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود بر اساس راهنمای نظری گیلبرت (۲۰۰۹)

جلسه	عنوان و هدف هر جلسه	محتوا و فعالیت‌های جلسات
جلسه اول	آشنایی و طرح کلیات	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اعضا، بیان قوانین کارگاه، پرسش در مورد اهداف اعضا برای شرکت در جلسات، تشریح منطق جلسات درمان، تعریف، بررسی انتظارات درمانی
جلسه دوم	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان	معرفی سه سیستم تنظیم هیجان مغز و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. اینکه شفقت چیست
جلسه سوم	آشنایی با تکنیک‌های توجه آگاهی	آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، آشنایی با تکنیک وارسی بدنی و توجه لحظه به لحظه، خوردن توجه
جلسه چهارم	آشنایی با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق	توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بُعد اشتیاق)، شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی، تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی)
جلسه پنجم	استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	آموزش نحوه تصویرسازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق
جلسه ششم	آموزش تکنیک‌هایی در جهت پرورش ذهن مشفق	بازسازی خاطرات هیجانی سخت با تأکید بر اتخاذ هویت مشفقانه و پرورش بیشتر سیستم تسکین و ایجاد رابطه درونی مشفقانه
جلسه هفتم	احساس مشفقانه و تمرکز روی شفقت ورزی به دیگران	تمرین شفقت به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایدئال و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت
جلسه هشتم	جمع‌بندی، درک پذیرش خود و رفتار مشفقانه	توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌های مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه و جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

نتایج آزمون خی ۲ مربوط به وضعیت زندگی نشان داد که بین دو گروه از لحاظ وضعیت زندگی با همسر تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$, $df=2$, $X^2=0.19$). همچنین نتایج آزمون خی ۲ نیز نشان داد که بین دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$, $df=2$, $X^2=1.04$).

تعداد اعضای نمونه در پژوهش ۳۲ نفر بودند که ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی و انحراف استاندارد گروه آزمایش 69.81 ± 3.44 و گروه کنترل 70.81 ± 2.68 بود و تفاوت معناداری بین میانگین سنی دو گروه وجود نداشت ($P > 0.05$, $df=30$, $t=-0.92$).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش به سالمندی

متغیرها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			نرمال بودن	
	Mean	SD	t	P	Mean	SD	t	P
معنای زندگی	۲۳/۵۶	۵/۶۲	-۰/۸۹	۰/۳۷	۲۸/۶۲	۴/۴۵	۴/۰۵	۰/۰۰۱
	۲۱/۸۷	۵/۰۳			۲۲/۳۱	۴/۳۴		۰/۶۱
کارکرد اجتماعی	۲۴/۵۵	۳/۸۱	-۱/۱۳	۰/۲۷	۲۸/۰۰	۴/۷۴	۲/۰۷	۰/۰۴
	۲۶/۰۶	۳/۶۷			۲۴/۸۷	۳/۷۰		۰/۲۳
فقدان روانی-اجتماعی	۱۳/۸۱	۲/۲۵	-۰/۶۲	۰/۵۴	۹/۹۳	۱/۹۴	۴/۵۱	۰/۰۰۱
	۱۴/۲۵	۱/۶۹			۱۲/۹۳	۱/۸۰	-	۰/۸۹
نگرش به سالمندی	۸/۸۷	۱/۳۶	-۱/۶۸	۰/۱۰	۱۱/۱۸	۲/۶۶	۱/۵۰	۰/۱۴
	۹/۶۲	۱/۱۵			۱۰/۰۶	۱/۳۴		۰/۹۲
رشد روانی-اجتماعی	۸/۹۳	۱/۷۶	-۰/۳۰	۰/۷۶	۱۱/۸۷	۲/۶۰	۲/۷۵	۰/۰۱
	۹/۱۲	۱/۷۸			۹/۷۵	۱/۶۵		۰/۹۶

گروه کنترل و آزمایش در دو مرحله سنجش نشان داده‌شده است. در گروه کنترل میانگین متغیرها در پس‌آزمون

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش به سالمندی برای دو

سارا افخاریان مقدم و همکاران

برای ارزش‌های متفاوت نمرات پیش‌آزمون قبل از آموزش تغییر نمی‌کند و بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس توجیه می‌شود. نتایج آزمون باکس ($p > 0.05$ و $df = 0.97$) و $Box's M = 17/82$) با توجه به مقدار F و سطح معنی‌داری که بزرگ‌تر از 0.05 است نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس بود. همچنین نتایج آزمون کرویت موخلی ($p < 0.02$ و $X^2 = 26/76$ $df = 14$) و سطح معنی‌داری نشان‌دهنده همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود. بنابراین از آزمون‌های اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هلتینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی جهت اعتبار تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است.

نسبت به پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشت. ولی میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش قابل توجه داشت. مقدار آماره شاپیرو ویلک حاکی از نرمال بودن متغیرهای پژوهش بود ($P > 0.05$). همچنین، نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون و پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان بود ($P > 0.05$). افزون بر این اثر تعاملی متغیر پراش و عضویت گروهی (همگونی رگرسیون داخل گروه‌ها یعنی عدم تعامل کاربندی و ضریب زاویه) در سطح آلفای 0.01 معنی‌دار نشد. لذا اثر شرکت در برنامه‌ها با حضور تعامل درآمیخته نمی‌شود، یعنی زمانی که تعامل معنادار نیست، تفاوت بین شرکت و عدم شرکت در برنامه‌ها،

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش

اثر	ارزش	F	مربع اتای جزئی	توان آزمون
اثر پیلائی	۰/۶۲	۶/۹۸	۰/۶۲	۰/۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۳۷	۶/۹۸	۰/۶۲	۰/۹۹
اثر هلتینگ	۱/۶۶	۶/۹۸	۰/۶۲	۰/۹۹
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۶	۶/۹۸	۰/۶۲	۰/۹۹

و وابسته بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن هست که حداقل در یکی از متغیرهای

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی

منبع	SS	df	MS	F	p	ضریب اتا
معنای زندگی	۲۲۱/۳۸	۱	۲۲۱/۳۸	۱۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱
کارکرد اجتماعی	۱۳۲/۴۷	۱	۱۳۲/۴۷	۱۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸
فقدان روانی-اجتماعی	۴۵/۸۶	۱	۴۵/۸۶	۱۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶
تغییرات جسمانی مثبت	۱۲/۳۸	۱	۱۲/۳۸	۳/۰۹	۰/۰۹	۰/۱۱
رشد روانی-اجتماعی	۳۱/۵۷	۱	۳۱/۵۷	۶/۷۵	۰/۰۲	۰/۲۱
معنای زندگی	۳۲۰/۰۳	۲۵	۱۲/۸۰			
کارکرد اجتماعی	۲۲۱/۱۹	۲۵	۸/۸۴			
فقدان روانی-اجتماعی	۸۰/۲۳	۲۵	۳/۲۱			
تغییرات جسمانی مثبت	۱۰۰/۲۵	۲۵	۴/۰۱			
رشد روانی-اجتماعی	۱۱۷/۰۰	۲۵	۴/۶۸			
معنای زندگی	۲۱۶۵۷/۰۰	۳۲				
کارکرد اجتماعی	۲۲۹۸۸/۰۰	۳۲				
فقدان روانی-اجتماعی	۴۳۶۴/۰۰	۳۲				
تغییرات جسمانی مثبت	۳۷۵۶/۰۰	۳۲				
رشد روانی-اجتماعی	۳۹۲۰/۰۰	۳۲				

با توجه به برقرار بودن مفروضه‌های مذکور از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر نمره پیش‌آزمون متغیرها در نمرات پس‌آزمون سه‌م معناداری دارد و بعد از حذف اثر همپراش (نمرات پیش‌آزمون) نتایج نشان می‌دهد بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در تمامی متغیرها شامل معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش به سالمندی (مؤلفه فقدان روانی-اجتماعی و رشد روانی-اجتماعی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد، اما در مؤلفه تغییرات جسمانی مثبت بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت به خود پس از تعدیل اثر پیش‌بین به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۳۶، ۰/۱۱ و ۰/۳۱ پراش نمرات پس‌آزمون معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی را تبیین می‌کند و بیشترین اثر مربوط به معنای زندگی و کمترین اثر مربوط به تغییرات جسمانی مثبت است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش به سالمندی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش سالمندان اثربخش است. این درمان قادر است به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۳۶، ۰/۱۱ و ۰/۳۱ واریانس نمرات پس‌آزمون معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش سالمندان را تبیین کند و موجب افزایش آن می‌شود.

یافته‌های مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی با یافته‌های (۷، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۳۱) همسو است. برای مثال کیم و همکاران (۱۳) گزارش کردند که درمان مبتنی بر شفقت به بهبود سلامت روان، کاهش اختلالات خواب و افزایش کیفیت و رضایت از زندگی کمک می‌کند. همچنین پژوهش جعفری و همکاران (۳۱) مشخص شد که درمان متمرکز بر شفقت اثر مطلوبی بر افزایش امید به زندگی سالمندان دارد.

در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت تمرکز آشکاری بر پرورش احساس گرم بودن، امنیت و فعال‌سازی سیستم آرامش‌بخش دارد. این جنبه‌های خودآرام‌بخش به کنار آمدن سالمندان با تجربیات زندگی

که به‌تازگی با آن مواجه شده‌اند کمک می‌کنند. در این درمان به‌جای سرزنش، محکوم کردن یا انتقاد از خود، از طریق ایجاد یا تقویت رابطه دلسوزانه درونی مراجع با خود، به مراجع کمک می‌شود. این آموزش شامل درک، همدلی، قضاوت و سرزنش نکردن دیگران و تحمل آشفتگی و رنج از طریق توجه، تفکر، احساس و شفقت است (۱۹). شفقت به خود دربرگیرنده ذهنیتی است که در آن فرد می‌تواند مشکلات و شکست‌های خود را با احساس مهربانی نسبت به خود، ارتباط و تعادل بپذیرد. سالمندان دلسوز به خود تمایل بیشتری نسبت به مشکلات پیری دارند و این طرز فکر ممکن است از آن‌ها در برابر اختلال‌های روان‌شناختی محافظت کند (۱۳)؛ بنابراین، هنگام مقایسه خود با دیگران، افرادی که سطح بالایی از شفقت به خود دارند ممکن است فکر کنند که می‌توانند غم و اندوه و نارسایی‌های مشابهی داشته باشند. چنین افرادی موقعیت‌های منفی را شخصی نمی‌کند و درک می‌کنند که در مواجهه با مشکلات تنها نیستند و افراد دیگر نیز مشکلات مشابهی دارند (۲۴). در مقابل در بزرگ‌سالانی که تروماهای مختلف از جمله احساس رهاشدگی را تجربه کرده‌اند، دنیا را تهدیدآمیز و ناامن‌تر ببینند و به‌احتمال‌زیاد از تجربیات خود می‌ترسند. چنین افراد تمایل دارند به‌جای اتخاذ نگرش‌های مهربانانه نسبت به خود، احساس شرم کنند و زمانی که مرتکب اشتباه می‌شوند، خود را به‌شدت قضاوت کنند (۱۳).

در ارتباط با اثربخشی درمان شفقت بر کارکرد اجتماعی سالمندان اگرچه یافته‌های گزارش‌شده‌ای پیدا نشد اما این یافته‌ها یافته‌های (۱۰، ۲۰) همسو است. نظریه تکامل در گستره عمر و نظریه‌های روانشناسی مثبت ادعا می‌کنند که پیامدهای سلامت در میان سالمندان می‌تواند از طریق مداخلات روانی-اجتماعی تحت تأثیر قرار گیرد و بهبود یابد. کای و همکاران (۱۰) معتقدند که خودپنداره سالمندان از پیری می‌تواند بر رفتارهای اجتماعی آن‌ها، از جمله انگیزه برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، تأثیر بگذارد. افرادی که پیری را به‌عنوان کاهش جذابیت خود درک می‌کنند، ممکن است از تعاملات اجتماعی کناره‌گیری کنند که این منجر به قطع ارتباط اجتماعی آن‌ها می‌شود، در مقابل درک مثبت سالمندان از پیری می‌تواند روابط اجتماعی نزدیک آن‌ها را گسترش دهد. در تبیین چنین نتایجی مکانیسم‌های مختلفی در فرآیند تغییر در مداخله مبتنی بر شفقت و ایجاد سلامت روان مطرح‌شده است. مداخله مبتنی بر شفقت بر

جمله دل‌بستگی نایمن است. شفقت ورزیدن به خود به سالمند کمک می‌کند تا امنیت هیجانی بیشتری را تجربه کند و بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را بپذیرد و به سالمند فرصت می‌دهد تا با دقت الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند. این نگرش حمایتگر نسبت به خود، با خود-ارزیابی منفی کمتر و نگرش مثبت‌تر نسبت به خود در ارتباط است. مبتنی بر سیستم سه‌گانه تنظیم هیجان گیلبرت (۳۰) هدف مداخله مبتنی بر شفقت فعال کردن این سیستم برای تسهیل افزایش شفقت به خود و بهبود سلامت روان است. اعتقاد بر این است که درمان متمرکز بر شفقت، عوامل ایجاد و حفظ‌کننده درماندگی نظیر شرم و ترس را کاهش و در مقابل سلامت روان را افزایش می‌دهد (۱۵). درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به بهبود کارکرد سالمندان کمک کند زیرا باعث می‌شود تا سالمندان با مهربانی نسبت به خود رنج خود را کاهش دهند، رنج خود را به روشی بدون قضاوت درک کنند و آن را به‌عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرند درحالی‌که درگیر رفتارهای متمرکز بر علائم و اجتناب شناختی و رفتاری نیستند. فردی که شفقت به خود بالاتری دارد، ممکن است به‌جای اجتناب از موقعیت‌ها، فعالیت‌هایی را برنامه‌ریزی کند و رفتارهای هدفمند انجام دهد و در نتیجه علائم روان‌شناختی منفی کمتری را تجربه کند (۳۳).

باین‌حال این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. در این پژوهش جهت‌گیری‌های سنی و جنسی مدنظر قرار نگرفت و جمع‌آوری داده‌ها مبتنی بر ابزارهای خود گزارش دهی بود، این تفاوت می‌تواند منبعی برای سوگیری در یافته‌ها باشد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن و نژاد در بروز رفتارهای ناسازگارانه مؤثر بر سلامت نقش دارند؛ در پژوهش‌های آتی نمونه‌های متنوع‌تری از جمله تعداد نسبتاً برابر زن‌ها و مردها، انتخاب شوند و تحلیل‌های مجزایی برای مردان و زنان انجام شود. به‌علاوه در جمع‌آوری داده‌ها از رویکردهای ترکیبی (چند روشی) از جمله مشاهدات رفتاری یا مصاحبه‌های تشخیصی استفاده شود. این نتایج برای محققان و پژوهش‌گران حوزه سلامت روان و سالمندی تلویحات پژوهشی و کاربردی دارد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در ارزیابی‌ها و طراحی مداخلات به روش‌ها و نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش توجه کرده و مداخلات جدید را در مقایسه با روش‌های مذکور به کار ببرند و نتایج آن را

مدل «سه سیستم» تنظیم هیجان شامل سیستم تهدید/محافظت از خود، سیستم سائق/پاداش و سیستم پیوندجویی/آرامش بخشی مبتنی (۳۰) و برگرفته از مدل تنظیم عاطفه گیلبرت، تئوری تکامل، نظریه دل‌بستگی و علوم اعصاب است. سیستم تهدید/محافظت افراد را نسبت به تهدیدات درک شده آگاه می‌کند و استراتژی‌های دفاعی را فعال می‌کند. سیستم سائق/پاداش افراد را نسبت به فرصت‌هایی برای پیگیری اهداف و منابع آگاه می‌کند و با تجربه‌های لذت در هنگام دستیابی به اهداف مرتبط است. سیستم پیوندجویی/آرامش بخشی اطلاعاتی در مورد امنیت ارائه می‌دهد و با احساس آرامش، صلح‌آمیز بودن و رضایت ارتباط برقرار می‌کند (۱۱). نظریه آسیب‌شناسی روانی درمان مبتنی بر شفقت معتقد است گاهی این سیستم‌ها نامتعادل می‌شوند و کنترل رفتاری فرد، تحت کنترل سیستم‌های تهدید و سائق قرار می‌گیرد و به افزایش انتقاد از خود، شرم و متعاقباً رنج منجر می‌شود؛ در مقابل در این زمان ممکن است سیستم آرامش بخشی یا توسعه‌نیافته یا به اندازه کافی فعال نمی‌شود و چالش‌هایی را برای فرد به دنبال دارد. این نظریه معتقد است که یادگیری تقویت سیستم آرامش دهنده‌گی از طریق ذهن آگاهی و سایر استراتژی‌های مبتنی بر شفقت ورزی می‌تواند شفقت را پرورش دهد و به تعادل سه سیستم برای عملکرد کمک کند. مداخله مبتنی بر شفقت بیان می‌کند که گسترش ذهن مشفق، فعال شدن سیستم‌های پردازش مراقبتی را در زمان استرس امکان‌پذیر می‌سازد و این می‌تواند تنظیم هیجانی فیزیولوژیکی سازگارانه (یعنی فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک) را تسهیل کند (۳۲).

در ارتباط با اثربخشی درمان شفقت بر نگرش به سالمندی اگرچه یافته‌های گزارش‌شده‌ای پیدا نشد اما این یافته‌ها با یافته‌های (۱۱، ۱۴، ۲۲-۲۳، ۳۳) تا حد زیادی همسو است. برای مثال استوک و کرایج (۱۱) گزارش کردند که مداخله مبتنی بر شفقت یک درمان مؤثر برای درمان نیازهای عاطفی پیچیده در سالمندان است. در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت که خود شفقت ورزی که مهارتی اکتسابی و قابل‌آموزش است می‌تواند بر نگرش نسبت به سالمندی تأثیرگذار بگذارد. تاواریس و همکاران (۱۸) معتقدند که شفقت به خود با سالمندی موفقیت‌آمیز مرتبط است و یک عامل محافظتی برای سلامت روانی سالمندان در مواجهه با رویدادهای منفی زندگی و عوامل دیگری از

گزارش کنند.

کنار بیایند.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

عدم دریافت هرگونه هزینه مالی، اخذ رضایت آگاهانه و همچنین جلب اعتماد شرکت‌کننده‌ها نسبت به محرمانه بودن اطلاعاتشان جزو ملاحظات اخلاقی بود. پژوهش حاضر با شناسه اخلاق به شماره IR.IAU.KASHMAR.REC.1404.002 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر در مورخه ۱۴۰۴/۳/۱ تایید شد.

سیاسکزاری

از تمامی سالمندان گروه ورزشی پارک ملت مشهد، مسئولان پارک و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر که گروه پژوهشی را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را دارم.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند باعث افزایش معنای زندگی، کارکرد اجتماعی و نگرش به سالمندی شود. این نتایج نشان می‌دهد که توجه به این رویکرد درمانی و به‌طور خاص مؤلفه‌های شفقت باید به‌منظور بهبود و افزایش مراقبت از خود و فعالیت‌های معمول در سالمندان مورد تأکید قرار گیرد. درواقع با کاهش طبیعی توانایی‌های جسمی و شرایط پیچیده سلامت افراد مسن، نمی‌توان از مشکلات اجتناب کرد. باین‌حال، اگر افراد مسن‌تر آموزش ببیند تا تشویق شوند که مؤلفه شفقت مثبت را بپذیرند، احتمال بیشتری دارد که مدیریت خود را با درگیر شدن در مراقبت از خود و فعالیت‌های معمول بهبود بخشند؛ به آن‌ها کمک می‌کند تا بدتر شدن وضعیت جسمانی خود را به حداقل برسانند و درنتیجه کارکرد روان‌شناختی خود را بهبود بخشند. این کمک می‌کند تا سالمندان مشفق به خود به‌طور مؤثرتری در مراقبت از خود و فعالیت‌های معمول شرکت کنند و بهتر با ناملایمات و پیامدهای منفی سلامت

References

1. Velaithan V, Tan MM, Yu TF, Liem A, Teh PL, Su TT. The association of self-perception of aging and quality of life in older adults: a systematic review, *The Gerontologist*, 2024;1(4):1-15. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>.
2. Jesintha C, Vijayalakshmi K, Merlin A. Attitude towards ageing among elderly population residing at selected old age home and home dwelling elderly population: Comparative approach, *International Journal of Research Publication and Reviews*, 2024; 5(5); 12995-13005. <https://doi.org/10.55248/gengpi.5.0524.1460>.
3. Bansal A, Pandey N. Navigating transitions: Correlations between empty nest syndrome, life meaning, and social support in women, *J Ment Health Aging*, 2024; 8(3):1-4. <https://doi.org/10.35841/aaajmha-8.3.202>.
4. Chang H, Zhou J, Wang Z. Multidimensional factors affecting successful aging among empty-nesters in China Based on social-ecological system theory, *Int J Environ Res Public Health*, 2019; 20; (19):2-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911885>.
5. Xu S, Yang X, Liu J, Chong MK, Cheng Y, Gong W, Zou G. Health and wellbeing among the empty nest and non-empty nest elderly in China—Results from a national cross-sectional study, *PLoS ONE*, 2023; 18(9): 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291231>.
6. Mohamadpour F, Aflakseir A, Mohamadi N, Hadianfard H. Analysis of components of meaning of life in elderly, *Positive Psychology Research*, 2021; 7(1):1-18. <https://ensani.ir/file/download/article/1640491920-10047-1400-1-1.pdf>.
7. Alonso V, Defanti FM, Neri AL, Cachioni M. Meaning and purpose in life in aging: A scoping review, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2023; 391-14. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39306.en>.
8. Zhang J, Xu F, Zhou Y, Wu J, Li Y, Qing W. Association between frailty and meaning in life of older adults in nursing home: the mediating effect of psychological resilience. *Front. Psychol*, 2024; 15:1365817. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1365817>.

- [fpisyg.2024.1365817](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1365817).
9. Liu C, Wang Y, Li J, Xing X, Chen X, Liu J, & Wu X. The development of social function questionnaire for Chinese older adults, *Frontiers in Psychology*, 2022; 13(794990) 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.794990>
 10. Cai Y, Ren X, Wang J, Hou Y, Zhang M, Chen O. Associations between self-perceptions of aging and social functioning in older adults: An analysis based on health and retirement study data, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2024; 119, 105307. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105307>.
 11. Stock M, Craig C. Compassion focused therapy for an older adult with complex emotional needs: A case study and considerations for practice, *BM Integrative and Complementary Medicine*, 2024; 9(3):1-21. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.2403051>.
 12. Wan X. Internet use and attitude toward aging among Chinese older adults: the mediating role of health *Frontiers in Public Health*, 2025; 12:1442075; 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1442075>.
 13. Kim CH, Ko H. The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults, *Geriatric Nursing*, 2018; 39: 623-628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>.
 14. De Herrera JM, Turk CL. Impact of a brief self-compassion intervention on state emotion dysregulation in self-reported generalized anxiety disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2025; 87(102012): 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2024.102012>.
 15. McConnell F. Compassion focused therapy: exploring mechanisms of change and investigating the feasibility of a transdiagnostic group for older adults. D Clin Psy thesis. University of Glasgow. 2021; <http://theses.gla.ac.uk/82572/>.
 16. Talbot F, Talbot T, Fournier V, Westerhof GF, Bohlmeijer ES. Moving forward: A new internet-delivered program integrating life review therapy and self-compassion may lessen depression and anxiety in people facing life transitions, *Procedia Computer Science*, 2024; 248: 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2024.10.357>.
 17. Mištréttá EG, Davis MC. Meta-analysis of self-compassion interventions for pain and psychological symptoms among adults with chronic illness, *Mindfulness*, 2022; 13(2): 267–284. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01766-7>.
 18. Tavares L, Vagos P, Cunha M, Xavier A. Assessing selfcompassion in older adults: Factorial Structure of the selfcompassion scale and invariance across sex at birth, *Mindfulness*, 2024; 15:2683–2696. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02441-3>.
 19. Goudarzvand-Chegini M, Mirghaderi NS, Emadi F, Soleimani-Farsani S, Nooripour R, Hasani-Abharian P, Ghanbari N. The effectiveness of mindfulness-based compassion-therapy on sleep quality and satisfaction with life in elderly women, *Int J Behav Sci*, 2023;16(4): 261-267. <https://doi.org/10.30491/IJBS.2023.363030.1856>.
 20. Zarotti N, Poz R, Fisher P. Compassion-focused therapy for an older adult with motor functional neurological disorder: A case study, *Clin Geronto*, 2023; 46(3):457-466. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2130124>.
 21. Rezvani M, Moaveni H. effectiveness of compassion therapy on distress tolerance and social well-being of lonely elderly people, *Joge*, 2025;10(2): 33-40. <https://joge.ir/article-1-752-fa.html>.
 22. Madani S F, Farokhzad P. Investigating the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Elderly With Alzheimer Disease, *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2025; 20 (1):122-135. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2734-fa.html>
 23. Delkhah Z, Alivandi vafa M, moheb N. The relationship between self-compassion and fear of aging in the elderly: the mediating role of spiritual health, *Joge*, 2023; 8 (1):71-79 <http://joge.ir/article-1-637-fa.html>.
 24. Yildirim M, Sari T. Exploring the effects of self-compassion development program for adolescents on selfcompassion, fear of self-compassion and subjective well-being, *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2022;12(64):109-129. <https://doi.org/10.17066/tpdrd.1096012>.
 25. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences, *Behav Res Methods*, 2007;

- 39(2):175-91. <https://doi:10.3758/ BF03193146>
26. Pirzadeh N, Yarelahi M, Nazari M, Asadollahi A. The empty nest syndrome assessment instrument: development and psychometric properties of Persian version among Iranian older adults, Educational Gerontology, 2023; 15:1-6. <https://doi.org/10.1080/03601277. 2023.2209457>.
27. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. Journal of Counseling Psychology. 2006 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/ 0022-0167.53.1.80>.
28. Mesrabadi J, Jafariyan S, Oštovar N. Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students, Journal of Behavioral Sciences, 2013;7(1): 83-89. https://www.behavsci.ir/ article_ 67816.html.
29. Gao L, Laidlaw K, Wang D. A brief version of the attitudes to ageing questionnaire for older Chinese adults: development and psychometric evaluation, BMC Psychol, 2024; 12:181:1-11. <https://doi: 10.1186/s40359-024-01691-z>.
30. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy, Advances in Psychiatric Treatment, 2009; 15(3): 199–208. <https://doi:10. 1192/apt.bp>.
31. Seyyedjafari J, Jeddi M, Mousavi R, Hoseyni E, Shakibmehr M. The effectiveness of compassion-focused therapy on elderly life expectancy, Journal of Aging Psychology, 2019; 5(2):157-168. https://jap.razi.ac.ir/ article_1334.html.
32. Gilbert, P. Compassionate mind training. In Paul Gilbert, Gregoris Simos (eds.), Compassion focused therapy (pp. 273–312). New York: Routledge; 2022. <https://doi:10.4324/9781003035879-10>.
33. Han A, Kim TH. Effects of self-compassion interventions on reducing depressive symptoms, anxiety, and stress: A meta-analysis, Mindfulness, 2023; 5:1-29. <https://doi: 10.1007/s1267>