



The Effectiveness of Compassion Therapy on Cognitive Fusion and Self-Criticism in Older Adults with Post-Traumatic Stress Disorder

Zahra Seify¹ , Homayoon Haroon Rashidi^{2*} 

¹ Dept. of Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran

² Dept. of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

Article Info

Article History

Received: 18.09.2023

Revised: 30.01.2024

Accepted: 04.02.2024

ePublished: 16.02.2024

Keywords

Compassion therapy, cognitive fusion, elderly, post-traumatic stress disorder (PTSD), self-criticism

How to cite this article

Seify, Z., & Haroon Rashidi, H. (2023). The Effectiveness of compassion therapy on cognitive fusion and self-criticism in older adults with post-traumatic stress disorder. *Aging Psychology*, 9(4), 361-375.

*Corresponding Author

Homayoon Haroon Rashidi

Email

haroon_rashidi2003@yahoo.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

With an aging population, an increase in the provision of services to individuals experiencing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is expected in care services for older adults. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the effectiveness of compassion therapy on cognitive fusion and self-criticism in older adults with PTSD in Tabriz, Iran. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the research included all older adults with PTSD living in Tabriz in 2022. The sample of the study included 30 older adults (65 to 75 years old) selected through convenience sampling method and according to the inclusion and exclusion criteria of the study, and were randomly assigned into experimental and control groups. The experimental group underwent Gilbert's compassion therapy package in eight 90-minute weekly sessions. The questionnaires used in this research consisted of Thompson and Zuroff's levels of self-criticism scale and Gillanders et al.'s cognitive fusion questionnaire. Data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS-22 software. The results revealed that in the post-test stage, there is a significant difference between the control and experimental groups in terms of cognitive fusion and self-criticism ($P < .001$). Based on the findings of this study, compassion therapy results in the decrease of cognitive fusion and self-criticism in older adults and can represent new horizons in clinical interventions and can be used as an effective intervention method to improve the mental health and quality of life in older adults.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Old age is one of the stages of human life evolution, and the population of older adults is increasing worldwide, with significant psychological attention being given to them. One of the disorders during this period appears to be post-traumatic stress disorder (PTSD). Studies have shown a significant association between self-criticism and PTSD among men and women who have experienced one or more traumatic events. Another variable associated with PTSD seems to be cognitive fusion. Various therapeutic methods have been employed to improve the psychological components of PTSD symptoms. One of the third-wave therapeutic approaches that seems to be effective in improving PTSD symptoms is compassion therapy. Reducing negative emotions and improving interpersonal relationships, compassion therapy can improve PTSD symptoms. Given the importance of the old age period and the position of older adults in society, the necessity of this research for psychologists and counselors to reduce cognitive fusion and self-criticism in older adults holds special significance. As there has been less focus on the effectiveness of compassion therapy on cognitive fusion and self-criticism in older adults in the research background, this study aimed to investigate the effectiveness of compassion therapy on cognitive fusion and self-criticism in individuals with PTSD.

Method

This was an experiment study with pretest-posttest design with a control

group. The statistical population included all older adults aged 65 to 75 suffering from PTSD in Tabriz, Iran, in 2022, among whom 30 individuals meeting inclusion criteria of the study were selected through convenience sampling among people referred to Fajr Psychiatric Hospital in Tabriz. They were then randomly assigned in equal proportions to either the experimental or control group. The inclusion criteria consisted of (1) scoring higher than the mean on the cognitive fusion and self-criticism questionnaires, (2) age over 65 years, (3) having at least a primary school education, and (4) willingness to participate in the study. Exclusion criteria included (1) withdrawal from cooperation, (2) refusal to complete questionnaires, and (3) acute cognitive disorders. After the pretest was conducted and participants were asked to complete Thompson and Zuroff's levels of self-criticism scale and Gillanders et al.'s cognitive fusion questionnaire, 30 eligible older adults willing to participate were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the experimental or control group, with 15 individuals in each group. The experimental group underwent eight 90-minute weekly sessions of compassion therapy, conducted by the researcher, over an eight-week period at a psychological services center, while the control group received no intervention. Following the intervention sessions, the participants completed the above-mentioned questionnaires in post-test phase. Ethical considerations included obtaining written consent for participation in the study and ensuring the confidentiality of personal information. Finally, the data were

analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS-21 software.

Results

According to statistical method of the current study, Levene's test of homogeneity of variances was initially employed to examine the homogeneity of variances between the two groups in the post-test phase. Levene's test did not yield statistically significant results for cognitive fusion and self-criticism; hence, the assumption of homogeneity of variances was confirmed. Furthermore, the critical assumption of

ANCOVA, namely the homogeneity of regression coefficients, was investigated by examining the interaction effect of the independent variable and the pre-test of each dependent variable on its post-test. The results indicated non-significant F-values for cognitive fusion and self-criticism variables. Additionally, to assess the normal distribution assumption of the dependent variables, the Shapiro-Wilk test was utilized. According to the results of this test, normal distribution was observed in the variables as the obtained Z-value was not statistically significant.

Table 1

ANCOVA for the difference between the experimental and control groups in the variables of cognitive fusion and self-criticism in the post-test

Variable	Source	SS	df	MS	F	Sig	Effect size
Energy Feeling	Pre-test	811.19	1	811.19	75.12	P<.001	.621
	Group	351.24	1	351.24	34.06	P<.001	.734
	Error	189.13	27	7.004			
Spiritual Self-Esteem	Pre-test	987.15	1	987.15	123.19	P<.001	.831
	Group	456.62	1	456.62	76.26	P<.001	.782
	Error	130.13	27	4.81			

As shown in Table 1, there is a significant difference between the experimental and control groups in terms of cognitive fusion and self-criticism. In other words, compassion therapy led to a significant reduction in cognitive fusion and self-criticism in the experimental group.

Conclusion

The results indicated that compassion therapy can reduce cognitive fusion and self-criticism in older adults suffering

from PTSD. In explaining these findings, it can be said that through compassion therapy, individuals learn to change their relationship with their thoughts and other internal experiences, viewing them as passing mental events. Accepting thoughts as they are, emotions as they are, and not more or less, leads to a weakening of cognitive fusion. Additionally, compassion therapy empowers older adults to question the flawed cycle of self-criticism and high self-expectations, and

with a new and compassionate perspective towards themselves, redesign realistic and achievable standards and expectations that are not burdensome. Therefore, compassion therapy can be used as a low-cost, accessible, and practical educational or therapeutic program to improve self-criticism and cognitive fusion in older adults.

Ethical Consideration

Ethical Code

This article has an ethics code (IR.IAU.D.REC.1402.046) from the Ethics Committee of Islamic Azad University, Dezful Branch.

Financial Support

This study had no financial support

Authors' Contributions

Z.S: Conceptualization, methodology, software, validation, formal analysis Data curation; H.H: Resources, writing-original draft, writing-review & editing, Project administration, Supervision, Visioalization

Conflict of Interest

The author had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to all study participants.



اثربخشی شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی و خودانتقادی سالمدان مبتلا به استرس پس از سانحه

زهرا سیفی^۱، همایون هارون رشیدی^{۲*}

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

چکیده

با افزایش سن جمعیت، افزایش ارائه خدمات به افراد با اختلال استرس پس از سانحه در خدمات سالمندی قابل انتظار است. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی و خودانتقادی بر سالمدان مبتلا به استرس پس از سانحه شهر تبریز انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی سالمدان با استرس پس از سانحه شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر سالمند (۶۵ تا ۷۵ ساله) با استرس پس از سانحه بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب، و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. گروه آزمایش بسته به شفقت‌درمانی گیلبرت را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی دریافت نمودند. مقیاس‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس سطوح خودانتقادی تامپسون و زاروف و پرسشنامه همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران بود. داده‌ها با تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه گواه و آزمایش در متغیرهای همجوشی شناختی و خودانتقادی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). بر اساس یافته‌های این مطالعه، شفقت‌درمانی سبب کاهش همجوشی شناختی و خودانتقادی سالمدان می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمدان استفاده کرد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۷

اصلاح: ۱۴۰۲/۱۱/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵

کلیدواژه‌ها

استرس پس از سانحه، خودانتقادی، سالمدان، شفقت‌درمانی، همجوشی شناختی

نحوه ارجاع به مقاله

سیفی، زهرا، و هارون رشیدی، ه. (۱۴۰۲). اثربخشی شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی و خودانتقادی سالمدان مبتلا به استرس پس از سانحه. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۴)، ۳۶۱-۳۷۵.

* نویسنده مسئول

همایون هارون رشیدی

پست الکترونیکی

haroon_rashidi2003@yahoo.com

یک عامل خطر برای اختلال استرس پس از سانحه احتمالی است. با این حال، شواهد در مورد شیوع و عوامل خطر برای سالمندان محدود است (لی و همکاران، ۲۰۲۰). در دهه‌های اخیر در زمینه ابعاد شناختی اختلال استرس پس از سانحه پژوهش‌های فراوانی شده است. گزارش‌ها در مورد میزان و ماهیت تغییرات شناختی این بیماران متفاوت و بسیار متنوع بوده و شامل دامنه وسیعی از نواقص شناختی کلی تا مشکلات اختصاصی حافظه می‌شود (معین فارسانی و رنجبرکهن، ۱۳۹۸). مطالعات نشان داده‌اند که استرس پس از سانحه با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون اختلال خواب و افسردگی (گوئررو و کروک، ۱۹۹۴) و درد جسمانی (علمداری و لاگانا، ۲۰۱۵) رابطه مثبت دارد. نتایج پژوهش کاکس و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد خودانتقادی^۳ به‌طور قابل توجهی با استرس پس از سانحه در میان مردان و زنانی که یک یا چند رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده بودند، مرتبط بود. جونز (۲۰۱۶) نشان داد بین همجوشی شناختی^۴ با استرس پس از سانحه رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

خودانتقادی را می‌توان به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف کرد که موجب می‌شود فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند؛ به گونه‌ای که در نهایت به دوری کردن او از شبکه‌های اجتماعی منجر می‌شود (ایانکوا و همکاران، ۲۰۱۵). خودانتقادی با احساس بی‌ارزشی و گناه مشخص می‌شود که اشخاص خود منتقد احساس می‌کنند در زندگی خود شکست خورده‌اند و احساس گناه بیشتری می‌کنند. خودانتقادی به عنوان داشتن انتظارات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت تعریف شده است. افراد خودانتقادگر هنگام روبرو شدن با مانع در راه رسیدن به اهداف‌شان، بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند و سلامت‌روان آنها به خطر می‌افتد و مستعد بسیاری از اختلالات می‌شوند. آنان قادر نیستند که تحسین و تمجید دیگران و حتی درمانگر خود را دریافت کنند و از آن لذت ببرند، در مقابل آنها دستاوردهای درمانی خود را کوچک و ناچیز تلقی می‌کنند و به دلیل مقاومت نسبت به درمان‌های مرسوم توجه بیشتر به خودانتقادی ضروری به نظر می‌رسد (فارسی‌جانی و همکاران، ۱۴۰۰).

سالمندی^۱ یکی از مراحل تکامل زندگی انسان بوده که آخرین تحولات تحولی آدمی در آن صورت می‌پذیرد و جمعیت آنان در سراسر جهان در حال افزایش است (نیر و همکاران، ۲۰۲۱). 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 (ژو و همکاران، ۲۰۲۲). در ایران نیز بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت سالمند ۶۰ سال و بالاتر ۹/۳ درصد محاسبه شده است (حاجت‌پور و هارون‌رشدی، ۱۴۰۰) و انتظار می‌رود آمار سالمندان ایرانی در سال‌های آینده افزایش چشمگیری داشته باشد. بنابراین، توجه هرچه بیشتر به شرایط روانی سالمندان ضروری بنظر می‌رسد. سالمندان به‌علت نقصان فعالیت و حرکت، از دست‌دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلاء به بیماری‌های مزمن، در معرض اضطراب بیشتری قرار دارند. مطالعات نشان می‌دهند که اختلال‌های اضطراب در دوره سالمندی، یکی از مهمترین مشکلات سلامت‌روان است و شیوع آن تا ۱۳ درصد نیز می‌رسد (ولیگراسا و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از اختلال‌های قابل توجه در دوره سالمندی، اختلال استرس پس از سانحه^۲ است (کیسر و همکاران، ۲۰۱۹).

اختلال استرس پس از سانحه چهارمین تشخیص شایع روان‌پزشکی است و شامل تجربه مجدد شدید سانحه در خواب یا بیداری، اجتناب مفرط از یادآوری سانحه و کمرختی پاسخگویی به چنین یادآوری‌ها، برانگیختگی مستمر که حداقل طول مدت علائم یک ماه است و در نهایت این اختلال موجب ناراحتی شدید یا اختلال در عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر زمینه‌های مهم فرد می‌شود (ویس و همکاران، ۲۰۲۲). میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال را حدود ۸ درصد جمعیت عمومی می‌دانند و میزان بروز آن در طول عمر ۹ تا ۱۵ درصد تخمین زده می‌شود. میزان شیوع آن در طول عمر، در زنان ۱۰ درصد و در مردان ۴ درصد است (شالی و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهشگران معتقدند که مشکلات روان‌پزشکی حاصل از این اختلال احتمالاً برای مدت‌های طولانی باقی مانده و بر عملکرد روزانه افراد مبتلا در زندگی تأثیر منفی خواهند گذاشت (صالح‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعات نشان می‌دهد که سن بالاتر

³ self-criticism⁴ cognitive fusion¹ elderly² post-traumatic stress disorder

(۱۳۹۸) نشان دادند که شفقت درمانی با کاهش در هیجان‌نازی منفی و بهبود روابط بین‌فردی باعث بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. اما اثربخشی این روش با دو متغیر همجوشی شناختی و خودانتقادی بررسی نشده است. سالمندی، یک چالش و مسأله فراگیر اجتماعی و جمعیتی در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، در آینده نزدیک است. سالمندان، به عنوان یکی از گروه‌های خاص اجتماعی و جمعیتی، در حال حاضر حدود یک دهم جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند. با توجه به روند رو به افزایش جمعیت سالمند کشور رسیدگی به مشکلات آنها اهمیت زیادی پیدا کرده است. همچنین سالمندان بیشتر از افراد دیگر نیازمند دریافت کمک‌های روان‌شناختی برای کنار آمدن با چالش‌های احتمالی می‌باشند و از آنجا که سالمندان بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و ناشی از سالمندی، مقابله کنند، ضرورت این پژوهش را مشخص می‌کند تا بتوانند زندگی باکیفیت‌تری را داشته باشند. یکی از مشکلات مرتبط با افزایش سن، اختلال استرس پس از سانحه است (لی و همکاران، ۲۰۲۰) بطوری که میزان بروز آن در سالمندان در نوع شدید ۳/۴ درصد و در نوع خفیف ۷/۲ درصد تخمین‌زده می‌شود (گلاسر و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به این که شرایط و وقایع آسیب‌زا امری اجتناب‌ناپذیر است و هر روزه تعداد زیادی از افراد آن را تجربه می‌کنند، لزوم توجه به این اختلال چه در بحث شناسایی عوامل موثر و چه در بحث درمان، امری مهم و حائز اهمیت است. در این راستا امروزه، توجه بیشتر به سوی مداخلات روان‌درمانی است. نتایج این پژوهش می‌تواند برای خانواده‌های دارای سالمند، مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، سراهای سالمندی و انجمن‌های مرتبط با حوزه سالمندی ترویج‌ات کاربردی داشته باشد و افق‌های جدیدی را در مداخلات روان‌شناختی نشان دهد. از آنجایی که در پیشینه پژوهش، کم‌تر به اثربخشی شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی و خودانتقادی سالمندان پرداخته شده است، در راستای رفع این خلاء پژوهشی و با در نظر گرفتن مشکلات برآمده از درد و رنج حاصل از وقوع حوادث آسیب‌زا (که منجر به پیدایش اختلال استرس پس از سانحه در افراد مورد مطالعه شده)، به منظور کاهش علائم این اختلال و نیز افزایش شاخصه‌های سلامت‌روان‌شناختی و کاهش سایر مشکلات ناشی از آن، هدف این مطالعه بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر

همجوشی شناختی^۱ مفهومی شناختی- اجتماعی است و چنان شخص را گیج می‌کند که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخص تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی فرد نیست (راسل و همکاران، ۲۰۲۰). به‌عبارت دیگر فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی به‌طور کامل واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه فرد بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (فلاحی و احمدی، ۱۳۹۷). وجود همجوشی شناختی بالا در افراد باعث می‌شود که آنها در مواجهه با موقعیت‌های مختلف احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند که این امر منجر به کاهش امید به زندگی و در نتیجه بروز انواع اختلالات در بین آنها می‌شود (کوکسن و همکاران، ۲۰۲۰). در مقابل، افراد با همجوشی شناختی کم از کیفیت‌زندگی و سلامت‌روانی بالایی برخوردار بوده و نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی کمتری دارا هستند (گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵)).

جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی علائم اختلال استرس پس از سانحه، روش‌های مختلفی به کار گرفته شده است. یکی از رویکردهای درمانی موج سوم که به نظر می‌رسد می‌تواند در بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر واقع شود شفقت‌درمانی^۲ است. این درمان توسط پائول گیلبرت (۲۰۱۰) و در پاسخ به این مشاهده بنیان نهاده شد که بسیاری از افراد، بویژه آنهایی که احساس شرم و خودانتقادی بالایی دارند، در حین درمان‌های سنتی، دشواری‌هایی در ایجاد صدای درونی خود حمایتگر و مهربانانه تجربه می‌کردند. شفقت‌مهارتی است که می‌توان به فرد آموخت و سپس با تمرین آن توسط شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (گیلبرت، ۲۰۱۴). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است، از این‌رو درمانگر، از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کند (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج حاکی از اثربخشی این رویکرد بر کاهش خودانتقادی (رستم‌پور برنجستانکی و همکاران، ۱۳۹۹؛ مک‌آلن و کارینا، ۲۰۱۹) است. همچنین معینی و همکاران

¹ cognitive fusion

² compassion-focused therapy

شرکت‌کنندگان به هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از صفر (اصلاً توصیف‌کننده‌ی من نیست) تا ۶ (بسیار خوب توصیف‌کننده من است) پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات مقیاس بین صفر تا ۱۳۲ خواهد بود که نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد می‌باشد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه را تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) بر روی نمونه‌ای شامل ۱۴۴ نفر ارزیابی کرده‌اند. آلفای به دست آمده برای دو خرده مقیاس انتقاد از خود مقایسه‌ای و انتقاد از خود درونی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۴ بود. همچنین همبستگی دو خرده مقیاس فوق با مقیاس ارزش خود ۰/۶۶- و ۰/۵۲- بود. در ایران پایایی پرسش‌نامه سطوح خودانتقادی در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵) با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خودانتقادی درونی ۰/۸۷ و مقایسه‌ای ۰/۵۵ و کل آزمون ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خودانتقادی با خرده مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات بین شخصی، مثبت و معنی‌دار بود. در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های خودانتقادی درونی ۰/۷۹ و خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۳ به دست آمده است.

مقیاس همجوشی شناختی^۲. این مقیاس توسط گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) تهیه شده و دارای ۱۲ سؤال است که دارای دو زیر مقیاس همجوشی شناختی (۹ سؤال) و گسلس شناختی (۳ سؤال) است که در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از همیشه درست نمره ۷ تا هرگز درست نیست نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۷ تا ۸۴ خواهد بود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده همجوشی بیشتر است. در این پژوهش از خرده مقیاس همجوشی شناختی استفاده شد. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند. در پژوهش هرنگ‌زا و همکاران (۱۴۰۲) ضریب پایایی به روش آلفا کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد. نتایج نشان داد که نمرات تک‌تک گویه‌ها با نمره کل آزمون از همبستگی قابل قبول و بالایی (دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۷) برخوردار بود. ضریب آلفای کرونباخ گویه‌ها و نمره کل آزمون در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ بود. در این پژوهش پایایی مقیاس طبق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ بود.

همجوشی شناختی و خودانتقادی افراد با استرس پس از سانحه بود، بنابراین فرضیه‌های این مطالعه عبارتند از این که (۱) شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی سالمندان مبتلا به استرس پس از سانحه مؤثر است و (۲) شفقت‌درمانی بر خودانتقادی سالمندان مبتلا به استرس پس از سانحه مؤثر است.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان بین ۶۵ تا ۷۵ سال مبتلا به استرس پس از سانحه شهر تبریز در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ بود. از بین جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان روانپزشکی فجر شهر تبریز، ۳۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی و به نسبت برابر در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. شناسایی سالمندان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه براساس تشخیص مطرح شده در پرونده آنان بود. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از (۱) کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه‌های همجوشی شناختی و خودانتقادی، (۲) سن بالای ۶۵ سال، (۳) داشتن حداقل مدرک سیکل و (۴) تمایل جهت شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه شامل (۱) انصراف از ادامه همکاری، (۲) امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها و (۳) ابتلا به اختلالات شناختی حاد بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۶۷/۱۰ و میانگین سنی گروه گواه ۶۸/۱ بود. در گروه آزمایش، ۸ نفر (۵۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر، ۷ نفر (۴۷ درصد) فوق دیپلم و بالاتر داشتند. در گروه گواه، ۱۰ نفر (۶۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر و ۵ نفر (۳۳ درصد) فوق دیپلم و بالاتر داشتند.

ابزار

مقیاس سطوح خودانتقادی^۱. مقیاس سطوح خودانتقادی توسط تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) تدوین شده است. این مقیاس ۲۲ گویه دارد، که ۱۲ گویه به خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و ۱۰ گویه به خودانتقادی درونی‌شده مربوط است و دارای نمره کل می‌باشد.

² cognitive fusion scales

¹ levels of self criticism scale

پروتکل درمانی. محتوای جلسات درمانی از بسته درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) اقتباس شده که برای ۸ جلسه طراحی شده است. در جدول ۱ محتوای جلسات به تفکیک ارائه شد.

روش اجرا

برای انجام پژوهش پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز خدمات روان‌شناختی شهر تبریز، ابتدا برای افراد جامعه که طی فراخوانی عمومی تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، هدف و اهمیت پژوهش، زمان برگزاری و تعداد جلسات و محرمانه بودن اطلاعات بیان گردید و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون و پس از تکمیل نمودن پرسش‌نامه‌های همجوشی شناختی و خودانتقادی، تعداد ۳۰ نفر از سالمندان

بر حسب نمراتی که در پرسش‌نامه‌های همجوشی شناختی و خودانتقادی کسب کردند و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و همچنین تمایل به همکاری داشتند، به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به نسبت برابر ۱۵ نفر در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در برنامه شفقت‌درمانی که توسط پژوهشگر در یک مرکز خدمات روان‌شناختی صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. اگر شرکت‌کنندگان بیشتر از دو جلسه غیبت داشتند در تحلیل وارد نمی‌شدند، اما از درمان نیز خارج نمی‌شدند. بعد از اتمام جلسات مداخله، پرسش‌نامه‌های همجوشی شناختی و خودانتقادی به‌عنوان پس‌آزمون،

جدول ۱

محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت (برگرفته از گیلبرت، ۲۰۱۰)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه، تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع، گوش سپردن به روایت‌های شرکت‌کنندگان و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)، توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن، توصیف مختصری در خصوص همجوشی شناختی و خودانتقادی، تکلیف: تمرین تنفس آرام بخش به اعضا.
دوم	معرفی شفقت به خود و خودانتقادی	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا)، تعریف خودانتقادی و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت و همجوشی شناختی. تکلیف: پاسخ به این سؤال که چقدر به خودتان شفقت‌ورز هستید؟
سوم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و نحوه تأثیر آن بر حالات روانی فرد	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها. تکلیف: شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر.
چهارم	خودشناسی و آموزش بخشایش	مرور تکالیف خانگی، ترغیب شرکت‌کنندگان 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 و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ پرورش خودشفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت. آموزش نحوه تصویرپردازی در مورد خودشفقت‌ورز. تکلیف: تصویرپردازی ذهنی خود شفقت‌ورز
ششم	آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار مانع پرورش شفقت به خود	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، ترس از شفقت به خود، شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها. تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آنها
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهای‌شان از گروه. تکلیف: ادامه به تمرینات تصویرپردازی، اجرای پس‌آزمون

تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها را در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید.

توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش نیز شامل دریافت رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، توضیح کامل اهداف پژوهش و دادن آگاهی به سالمندان شرکت‌کننده، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، پرداخت هزینه‌های ایاب و ذهاب شرکت‌کنندگان پژوهش و اجرای درمان فشرده برای گروه گواه بود. جهت

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به همجوشی شناختی و خودانتقادی دو گروه، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
همجوشی شناختی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	(۵/۰۹)۳۴/۶۹	(۴/۷۱)۱۷/۲۰	(۵/۳۳)۳۵/۰۱	(۵/۴۷)۳۴/۸۶
خودانتقادی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	(۸/۵۶)۷۸/۲۲	(۶/۲۲)۴۸/۶۳	(۸/۴۲)۷۷/۹۶	(۸/۵۳)۷۶/۴۲

ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح $0/05$ در متغیرهای همجوشی شناختی [$F=1/87$ $P=0/196 > 0/05$] و خودانتقادی [$F=0/92$ $P=0/423 > 0/05$] بود. علاوه بر این، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح $0/05$ معنی‌دار نمی‌باشد. از آنجایی که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس فراهم شده است، برای بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر نمره کل همجوشی شناختی و خودانتقادی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

طبق جدول ۲، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات همجوشی شناختی و خودانتقادی در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارند؛ اما پس از انجام مداخله در گروه آزمایش، میانگین نمرات همجوشی شناختی و خودانتقادی کاهش یافته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد همجوشی شناختی [$F_{(1,28)}=2/21=P=0/121 > 0/05$] و خودانتقادی [$F_{(1,28)}=1/35$ $P=0/261 > 0/05$]، به لحاظ آماری معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
همجوشی شناختی	پیش‌آزمون گروه	۸۱۱/۱۹	۱	۸۱۱/۱۹	۷۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
	خطا	۱۸۹/۱۳	۲۷	۱۸۹/۱۳	۳۴/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴
خود انتقادی	پیش‌آزمون گروه	۹۸۷/۱۵	۱	۹۸۷/۱۵	۹۸۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
	خطا	۱۳۰/۱۳	۲۷	۱۳۰/۱۳	۴۵۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲

ترتیب به‌دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد. شفقت‌درمانی موجب بالا رفتن شفقت در افراد می‌گردد که به‌دنبال آن هرچه افراد نسبت به خود و دیگران شفقت بیشتری داشته باشند، به احتمال بیشتری نسبت به نقص‌ها و کاستی‌های خود با مهربانی، پذیرش و درک برخورد می‌کنند، مشکلات و دشواری‌های زندگی را به‌عنوان بخشی از تجربه مشترک میان همه انسان‌ها در نظر می‌گیرند و آنها را آگاهانه و با ملامت می‌پذیرند و درک می‌کنند در نتیجه کمتر دچار اجتناب شناختی خواهند شد. شفقت خود پتانسیلی را ایجاد می‌کند تا فرد بتواند با افکار و هیجانات منفی خود به وسیله مهربانی، ملامت و صبر مقابله کند و راهبردهای سازگارانه‌ای را برای مدیریت کردن افکار و هیجانات منفی ایجاد کند (گیلبرت، ۲۰۰۹). در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است و در نتیجه باعث بهبود همجوشی در سالمندان می‌شود.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر این که شفقت‌درمانی بر خودانتقادی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های رستم‌پور برنجستانی و همکاران (۱۳۹۹) و مک‌آلن و کارینا (۲۰۱۹) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت محور اصلی شفقت‌درمانی، پرورش ذهن شفقت‌ورز است، در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. از این رو ایجاد و تقویت یک رابطه شفقت‌ورز درونی که جایگزین سرزنش، محکوم کردن و یا خودانتقادی در مراجعان باشد، می‌تواند عاملی بهبودبخش در این بیماران تلقی شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). نف و مک‌گهی (۲۰۱۰) معتقدند شفقت‌درمانی می‌تواند دیدگاه افراد را به زندگی عوض کند؛ به‌گونه‌ای که به کمک این درمان، افراد سطح انتظارات و چرخه معیوب انتقاد از خویش را بازبینی می‌کنند و جرأت‌مندانه‌تر و با نگاهی دلسوانه به خود، معیارهای واقعی و دردسترس برای خود تعیین می‌کنند که در راستای این، خودانتقادی کاهش می‌یابد. وجود نگرش مشفقانه به افراد کمک می‌کند بین خودشان و دیگران نوعی ارتباط احساس کنند و به‌واسطه این احساس بر نگرانی از طرد شدن و قضاوت شدن غلبه کنند؛ بنابراین، افرادی که شفقت بالاتری نسبت به خود دارند، در تجربه‌های سخت

همان‌طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ همجوشی شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، شفقت‌درمانی با توجه به میانگین همجوشی شناختی گروه آزمایش (۱۷/۲۰) نسبت به میانگین همجوشی شناختی گروه گواه (۳۴/۸۶)، موجب کاهش معنادار همجوشی شناختی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۳۴ است، یعنی ۷۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات همجوشی شناختی مربوط به تأثیر شفقت‌درمانی است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید شد. همچنین که در جدول ۳ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ خودانتقادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، شفقت‌درمانی با توجه به میانگین خودانتقادی گروه آزمایش (۴۸/۶۳) نسبت به میانگین خودانتقادی گروه گواه (۷۶/۴۲)، موجب کاهش معنادار خودانتقادی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۸۲ است، یعنی ۷۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات خودانتقادی مربوط به اثربخشی شفقت‌درمانی است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجایی که سالمندی و بیماری‌های این دوره از زندگی موجب بالا رفتن هزینه‌های سیستم بهداشت و درمان می‌شود، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی و خودانتقادی سالمندان با استرس پس از سانحه انجام شد.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر این که شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی سالمندان با استرس پس از سانحه تأثیر دارد، تأیید شد. گرچه تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر همجوشی شناختی پرداخته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت با شفقت‌درمانی، افراد یاد می‌گیرند رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. پذیرش افکار به‌عنوان افکار، احساسات به‌عنوان احساسات و هیجانات همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر به تضعیف هم‌جوشی‌های شناختی منجر می‌شوند و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به او اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین

نهادن به خود در مواجهه با مسائل و مشکلات دارند که سبب تاب‌آوری روان‌شناختی بالاتری شده که در نهایت به سلامت روانی بالاتر و کاهش خودانتقادی و همجوشی شناختی ختم می‌شود. بنابراین شفقت‌درمانی به عنوان یک برنامه آموزشی یا درمانی کم‌هزینه، در دسترس و کاربردی می‌تواند توسط مشاوران و درمانگران برای بهبود خودانتقادی و همجوشی شناختی سالمندان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار گیرد.

یافته‌های این پژوهش را باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. به لحاظ محدودیت‌های اجرایی، امکان آزمون پیگیری در این پژوهش وجود نداشت. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تمرکز آن بر روی سالمندان شهر تبریز است که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. همچنین عدم کنترل وضعیت اقتصادی و فرهنگی شرکت‌کنندگان نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی سالمندان سایر شهرها انجام و نتایج آن با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد و به منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از گروه‌های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. مطالعات طولانی مدت‌تر و با پیگیری‌های بلندمدت و چندمرحله‌ای، به نظر نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار خواهند داد.

سپاس‌گزاری

نویسندگان این مقاله از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

منابع

- ابوطالبی، ح.، یزدچی، ن.، و اسمخانی‌اکبری‌نژاد، ه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*، ۳۲(۱)، ۹۲-۱۰۱.
- حاجت‌پور، م.، و هارون‌رشدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و نگرش به مرگ سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۱)، ۵۱-۴۳.
- رستم‌پور برنجستانی، م.، عباسی، ق.، میرزائی، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی*، ۱۰(۲)، ۱۸-۱.
- صالح‌آبادی، ر.، روشنفکر، م.، صالحی‌کیان، ن.، صالحی‌کیان، ه.، وجدانی، م.، و یاراللهی، م. (۱۴۰۱). بررسی اختلال استرس

و ناگوار به‌ویژه تجاری که ارزیابی و مقایسه می‌شوند، با در نظر گرفتن اینکه هر انسانی دچار اشتباه و خطا می‌شود، احساسات منفی کمتری تجربه می‌کنند. درواقع شفقت به خود توانایی افراد در تعامل با دیگران را بالا می‌برد؛ زیرا خودانتقادی کمتری را تجربه می‌کنند. شفقت درمانی با آموزش تمرین‌هایی نظیر مدیتیشن، بخشش خود و دیگران و ابراز عشق و محبت به خود و دیگران یاد گرفتند تا در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، ضمن خودآگاهی نسبت به رنج خود، با نگرشی مشفقانه و عاری از هرگونه انتقاد با آن برخورد نمایند و با دیدی روشن و واقع‌گرایانه نسبت به این مشکلات، رابطه صمیمی بیشتری با خود و اطرافیان خود برقرار سازند (نف، ۲۰۱۶). همچنین شفقت درمانی سالمندان را نسبت به گذشته جرأت‌مندتر کرده تا قادر شوند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خود و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار داده و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کنند و از این رو کاهش سطح انتظارات نیز می‌تواند با کاهش سطح خودانتقادی همراه باشد. در واقع پرورش ذهن شفقت‌ورز، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که خودشفقتی بالایی دارند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودآزمایی‌ها و واکنش‌هایشان دقیقتر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است؛ چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خودانتقادی اغراق‌آمیز و نه به سمت یک تورم خود دفاعی می‌رود زیرا شفقت درمانی همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۴) و هیجان‌ات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجان‌ات مثبت را جایگزین آن می‌کند و به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، شرم و خودانتقادی فرد کاهش می‌یابد. در پایان می‌توان نتیجه گرفت که شفقت به خود مستلزم آن است که افراد بتوانند از نظر روانی از خود بیرون آیند تا بتوانند تجارب انسانی مشترک را نیز در نظر بگیرند و به خویشتن مهربانی کنند. در واقع، شفقت به خود به نوعی برگرداندن شفقت به درون و اخذ دیدگاهی دلسوزانه نسبت به خویشتن است؛ بنابراین طبق آنچه انتظار می‌رود افرادی که از شفقت خود بیشتری برخوردار می‌شوند، توانایی بیشتری نیز برای حرمت خود و ارزش

- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., Kingston, J. (2020). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy*, 93(3), 456-473. <https://doi.org/10.1111/papt.12233>
- Fallahi, V., & Ahmadi, S. (2019). The role of cognitive fusion and social intelligence in the prediction of general health of nurses in hospitals of Parsabad city, 2017: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 17 (11), 1067-1076. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4322-en.html> [Persian]
- Farsijani, N., Ebrahimnejad Moghadam, S., & Melhi, E. (2022). A review of self criticism and self compassion in mental health. *Rooyesh*, 10 (11), 61-74. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2740-en.html> [Persian]
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, FW., Dempster, M., Flaxman, PE, Campbell L, Kerr S, (2014). The development and nitial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Journal Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gillanders, DT., Sinclair, AK., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Braehler, E., Forstmeier, S., Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 661-670.
- پس از سانحه در بین نجات‌یافتگان همه‌گیری کووید-۱۹ یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان واسعی سبزوار در سال ۱۳۹۹: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱ (۶)، ۶۸۷-۶۹۶.
- فارسی‌جانی، ن.، ابراهیم‌نژاد مقدم، س.، و ملحی، الناز. (۱۴۰۰). مروری بر خودانتقادی و خودشفقت‌ورزی در سلامت‌روان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۱۱)، ۶۱-۷۴.
- فلاحی، و.، و احمدی، ش. (۱۳۹۷). بررسی نقش همجوشی شناختی و هوش اجتماعی در پیش‌بینی سلامت عمومی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان پارس‌آباد در سال ۱۳۹۶: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷ (۱۱)، ۱۰۷۶-۱۰۶۷.
- معین‌فارسانی، ر.، و رنجبرکهن، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش اختصاص‌سازی حافظه سرگذشتی بر نشانه‌های استرس پس از سانحه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶ (۶)، ۱۱۳-۱۲۴.
- معینی ف.، طاهری، ن.، گودرزی، ن.، دباغی، پ.، راه نجات، ا.م.، و دنیوی، وحید. (۱۳۹۸). اثربخشی شفقت‌درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه. *پرستار و پزشک در رزم*، ۷ (۲۳)، ۲۵-۲۰.
- موسوی، ا.، و قربانی، ن. (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و احساس شرم و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲ (۳)، ۷۵-۹۱.
- هرنگ‌زاد، م.، حاجلو، ن.، نریمانی، م.، و بشرپور، س. (۱۴۰۲). طراحی و آزمون مدل ساختاری اعتیاد به بازی‌های برخط بر اساس بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی با نقش میانجی همجوشی شناختی: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲ (۱۰)، ۱۰۸۹-۱۱۰۴.

References

- Aboutalebi, H., Yazdchi, N., & Smkhani Akbarinejad, H. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. *Medical sciences*, 32 (1), 92-101. <https://doi.org/10.52547/iau.32.1.92> [Persian]
- Alamdari, G., & Lagana, L. (2015). The relationship of older adults' physical pain to depression and post-traumatic stress disorder (PTSD): A review. *Journal of geriatric medicine and gerontology*, 1(2), 007. PMID: 27642644; PMCID: PMC5023019.

- Guerrero, J., & Crocq, M. (1994). Sleep disorders in the elderly: Depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 141-150. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90144-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90144-9)
- Hajatpour, R., & Haroon Rashidi, H. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on irrational beliefs and death attitude in the elderly. *Aging Psychology*, 7(1), 43-54. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6286.1514> [Persian]
- Herangza, M., Hajloo, N., Narimani, M., & Basharpour, S. (2024). Designing and testing the structural model of online gaming addiction based on childhood psychological maltreatment with the mediating role of cognitive fusion: A descriptive study. *JRUMS*, 22 (10), 1089-1104. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-7074-fa.html> [Persian]
- Iancua, L., Bodnerb, E., & Ben-Zionc, I.Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.018> [Persian]
- Jones, K. (2016). The psychological flexibility model and PTSD intrusion symptoms. *A dissertation submitted to the graduate school at the university of Missouri - St. Louis*. <https://irl.umsl.edu/dissertation/99>.
- Kaiser, A.P., Cook, J., Glick, D.M. & Moye, J. (2019). Posttraumatic stress disorder in older adults: A conceptual review, *Clinical Gerontologist*, 42(4), 359-376. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1539801>
- Li, L., Reinhardt, J.D., & Van Dyke, C. (2020). Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder among elderly survivors six months after the 2008 Wenchuan earthquake in China. *BMC Psychiatry*, 20 (78), 3-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2474-z>
- McAloon, J., & Karina, D. (2019). Preventative intervention for social, emotional and behavioral difficulties in toddlers and their families: A pilot study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(4), 569-572. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040569>
- Moin Farsani, R., & Ranjbar Kohan, Z. (2020). The efficacy of autobiographical memory specificity training on post-traumatic stress symptoms in veterans with post traumatic stress disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 6 (6), 113-124. <https://doi.org/10.29252/shenakht.6.6.113> [Persian].
- Mousavi, A., & Ghorbani, N. (2006). Self-knowledge, self-criticism and mental health. *Journal of Psychological Studies*, 2(3), 75-91. <https://doi.org/10.22051/psy.2006.1688> [Persian]
- Nair, S., Sawant, N., & Thippeswamy, H. (2021). Gender issues in the care of elderly: a narrative review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 2(1), 1-4. <https://doi.org/10.1177/02537176211021530>
- Neff, K.D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K.D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Rostampour Brenjestanaki, M., Abbasi, G., & Mirzaian, B. (2020). Effectiveness of compassion-focused therapy on psychological flexibility recovery and self-criticism decrease in mothers with mentally retarded children. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 10(2), 1-18. <https://doi.org/10.22055/jac.2020.33836.1749> [Persian]
- Russell, L.H., Bardeen, J.R., Clayson, K.A., Dolan, S.L., & Fergus, T.A. (2020). The closed response style and posttraumatic stress: Examining the interaction between experiential avoidance and cognitive fusion among women experiencing sexual trauma. *Psychological Trauma*, 12(6), 627-634. <https://doi.org/10.1037/tra0000580>
- Salehabadi, R., Roshanfekar, M., Salehi Kian, N., Salehi Kian, H., Vejdani, M., Yarelahi, M. (2022). Post-traumatic stress disorder among COVID-19 survivors at 1-month follow-up after vasei Hospital of Sabzevar

- discharge in 2019: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21 (6), 687-696. <https://doi/10.52547/jrums.21.6.687> [Persian]
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376, 2459-2469. <https://doi/10.1056/NEJMra1612499>.
- Schuitevoerder, S., Rosen, J.W., Twamley, E.W., Ayers, C.R., Sones, H., Lohr, J.B., Goetter, E.M., Fonzo, G.A., Holloway, K.J., & Thorp, S.R. (2013). A meta-analysis of cognitive functioning in older adults with PTSD. *Journal of Anxiety Disorder*, 27(6), 550-558. <https://doi.10.1016/j.janxdis.2013.01.001>
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The levels of self-criticism scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36 (2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Villagrasa, B., Olaya, B., Lopez-Anton, R., Dela Camara, C., Lobo, A., & Santabarbara, J. (2019). Prevalence of anxiety disorder among older adults in Spain: A meta-analysis. *Journal of affective Disorders*, 246, 408-417. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.087>
- Weiss, N.H., Schick, M.R., Contractor, A.A., Goncharenko, S., Raudales, A.M., & Forkus, S.R. (2022). Posttraumatic stress disorder symptom severity modulates avoidance of positive emotions among trauma-exposed military veterans in the community. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(3), 446-452. <https://doi.org/10.1037/tra0001048>
- Xu, Y., Wen, H., Li, J., Yang, J., Luo, K., & Chang, L. (2022). The Relationship between sleep disorders, anxiety, depression, and cognitive function with restless legs syndrome in the elderly. *Sleep and breathing*, 26(3), 1309-1318. <https://doi.org/10.1007/s11325-021-02477-y>.