



The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Meta-Cognitive Beliefs and Alexithymia in the Elderly

Farnaz Shesh Belouki¹  and Homayoon Haroon Rashidi^{1*} 

¹ Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

Article Info

Article History

Received: 27.03.2021

Accepted: 28.09.2021

ePublished: 05.011. 2021

Keywords

Alexithymia, compassion-based therapy, elderly, meta-cognitive beliefs

How to cite this article

Shesh Belouki, F., & Haroon Rashidi, H. (2021). The Effectiveness of compassion-based therapy on meta cognitive beliefs and alexithymia in the elderly. *Aging Psychology*, 7(3), 199-210.

*Corresponding Author

Homayoon Haroon Rashidi

Email

haroon_rashidi2003@yahoo.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

Aging seems to be a biological process all living beings, including humans, experience. Hence, it is important to pay careful attention to the elderly and to prevent disorders such as meta-cognitive beliefs and alexithymia among the elderly. Therefore, the current study was to consider the effectiveness of compassion-based therapy on meta-cognitive beliefs and alexithymia in the elderly. It was a quasi-experimental study with pretest-posttest and control group design. The statistical population of the study consisted of all the elderly men with alexithymia living in Ahvaz, Iran in 2020. The sample consisted of 30 elderly men (60 to 70 years old) selected by convenience sampling method and according to the inclusion and exclusion criteria. The experimental group received eight weekly 90-minute sessions of compassion-based therapy. The questionnaires applied in the current study included Toronto Alexithymia Scale and Wells and Cartwright-Hatton's Meta-Cognitions Scale. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) at the confidence level of 0.05. The results showed that there was a significant difference between experimental and control groups in terms of meta-cognitive beliefs and alexithymia in the elderly ($p < 0.001$). Put in other words, compassion-based therapy resulted in a decrease of meta-cognitive beliefs and alexithymia in the elderly. According to the findings of the present study, compassion-based therapy can be suggested as an efficient method in order to reduce meta-cognitive beliefs and alexithymia in the elderly.



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی سالمندان

فرناز شش‌بلوکی^۱ و همایون هارون رشیدی^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران (مقاله مستخرج از پایان‌نامه)

چکیده

سالمندی فرایند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند، از این رو توجه خاص و پیشگیری از اختلالاتی نظیر باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی در سالمندی بسیار مهم است. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی سالمندان انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمام سالمندان با نارسایی هیجانی شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر مرد سالمند (۶۰ تا ۷۰ سال) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت دریافت نمودند. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل باورهای فراشناختی ولز و کارترایت هاتون و نارسایی هیجانی تورنتو بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) در سطح ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). به عبارت دیگر مداخله مبتنی بر شفقت باعث کاهش باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی سالمندان شد. منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان مداخله مبتنی بر شفقت را به عنوان یک روش کارا جهت کاهش باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی سالمندان پیشنهاد داد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۰۷

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۰۶

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۰/۰۸/۱۴

کلیدواژه‌ها

باورهای فراشناختی، درمان مبتنی بر شفقت، سالمندان، نارسایی هیجانی

نحوه ارجاع به مقاله

شش‌بلوکی، ف. و هارون رشیدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۳)، ۲۱۰-۱۹۹.

* نویسنده مسئول

همایون هارون رشیدی

(مقاله برگرفته از پایان‌نامه)

پست الکترونیکی

haroon_rashidi2003@yahoo.com

مؤثری داشته باشد (ولز، ۲۰۰۸). مطالعه گل‌پرور و صفری (۱۳۹۵) نشان داد باورهای فراشناختی منفی از جمله مشکلاتی هستند که به تدریج و با افزایش سن گسترش می‌یابند. نتایج پژوهش صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶) نشان داد بین باورهای فراشناختی با سلامت عمومی سالمندان رابطه منفی معناداری وجود دارد. در پژوهشی دیگر قیطانچی و ابراهیمی‌مقدم (۱۳۹۵) نشان دادند باورهای مثبت در مورد نگرانی رابطه منفی و معناداری را با شادکامی سالمندان دارد. با توجه به حساسیت و پیامدهای غیرقابل جبران باورهای فراشناختی در سالمندان، ضرورت دارد که عوامل مرتبط با باورهای فراشناختی مورد بررسی و مداخله قرار گیرد.

افزایش سن با تأثیر گذاشتن بر عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های هیجانی^۲ فرد را افزایش می‌دهد (ابوالقاسمی و کیامرثی، ۱۳۸۸). نارسایی هیجانی عبارت است از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی (کوک و همکاران، ۲۰۱۳). نارسایی هیجانی به حالتی اطلاق می‌شود که در اثر آن فرد در درک پردازش و هیجانات خود مشکل دارد. ویژگی اصلی نارسایی هیجانی عبارتند از ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخص، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات و تمایلات را محدود می‌کند، ناتوانی در بکارگیری احساسات به عنوان علائم مشکلات هیجانی، تفکر انتفاعی در مورد واقعیت‌های که اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رویاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی (نجاتی، ۱۳۹۷). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی عواطف مختلف را تجربه و احساس می‌کنند، اما نمی‌توانند احساسات و عواطف خود را بشناسند و از این رو نمی‌توانند آنها را ابراز کنند. از این‌رو این افراد مستعد تفسیر غلط نشانه‌های بدنی خود هستند. به طوری که نشانه‌های بدنی مرتبط با برانگیختگی هیجانی را به اشتباه به عنوان نشانه بیماری جسمی تعبیر می‌کنند. نقص در پردازش شناختی هیجانات می‌تواند زمینه ابتلای فرد به علائم روان‌شناختی را فراهم کند و از این طریق به کاهش بهزیستی

سالمندی یکی از حساس‌ترین دوران زندگی انسان به شمار می‌رود که معمولاً از سنین ۶۵-۶۰ سالگی آغاز شده و ورود به این مقطع تأثیر مهمی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی شخص بر جای می‌گذارد. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۵۰ حدود ۲۰ درصد از جمعیت جهان را افراد سالمند (بالای ۶۰ سال) تشکیل می‌دهند (هارپر، ۲۰۱۴). در ایران بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ جمعیت ۶۰ سال و بالاتر، ۹/۳ درصد از جمعیت را تشکیل می‌دهد (هارون رشیدی و بحیرایی، ۱۳۹۹) که توجه به مسائل مختلف سالمندان را برجسته می‌کند.

سالمندان از یک سو به دلیل کهنولت سن و کاهش توانایی‌های عملکردی و از سوی دیگر به دلیل اینکه یکی از آسیب‌پذیرترین قشرهای جامعه هستند، باید تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی ارزیابی و بررسی شود. افزایش سن بر فرآیندهای شناختی و فراشناختی تأثیری قابل ملاحظه می‌گذارد. یکی از متغیرهایی که نارسایی‌های شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باورهای فراشناختی^۱ است. این مفهوم چندوجهی شامل دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می‌کند. فراشناخت نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال‌های روانی دارد و این اختلال‌ها زمانی تداوم می‌یابند که راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مثل اجتناب و سرکوبی، اصلاح باورهای ناکارآمد را دشوار و دسترسی به اطلاعات منفی را افزایش می‌دهند (گاوریک و همکاران، ۲۰۱۷). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت آنها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر شده و موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی و نهایتاً بروز مشکلات روانی می‌گردد (فیشر و نوبل، ۲۰۱۷). فراشناخت به عنوان عاملی در نظر گرفته می‌شود که در صورت فعال شدن زمینه‌ساز مشکلات روان‌شناختی می‌شود و بر عملکرد فرد، تأثیر تخریبی دارد (ولز، ۲۰۱۵). برخی پژوهشگران مطرح کرده‌اند که باورهای فراشناختی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده و تداوم‌دهنده در اختلال‌های هیجانی بوده و شکلی کلی از آسیب‌شناسی اختلالات است و همچنین با کاهش انعطاف شناختی می‌تواند در افزایش اختلال در عملکردهای شناختی نقش

² alexithymia

¹ meta-cognitive beliefs

و نمی‌توان نسبت به مشکلات روان‌شناختی آنها بی‌اعتنا بود، در سال‌های اخیر توجه به مسائل سالمندان و پر اهمیت شمردن آنها سیر فزاینده‌ای یافته است و دستاوردهای ارزنده‌ی بسیاری در زمینه مطالعه سالمندان و بهبود وضعیت روانی آنها حاصل شده، ولی هنوز کمبودها و نقایص بسیاری در این رابطه وجود دارد. همچنین تأثیر تغییر سبک زندگی نوین و اثر روانی و اجتماعی حاصل از آن بر این گروه سنی، پژوهشگر را بر آن داشت تا با استفاده از نسل‌های جدیدتر روان‌درمانی، به دنبال ارائه خدمات روان‌شناختی مناسب برای این دسته از اقشار آسیب‌پذیر جامعه باشد. از سوی دیگر، به دلیل آنکه نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی متغیرهای کلیدی در زندگی افراد به‌ویژه سالمندان محسوب می‌شود و با توجه به این که درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی در سالمندان تاکنون بررسی نشده است یا حداقل چنین موضوعاتی توسط پژوهشگران این مطالعه مشاهده نشده است، از این رو خلأ پژوهشی احساس می‌شود، بنابراین نتیجه این مطالعه می‌تواند به عنوان مبنایی جهت بررسی‌های بیشتر و طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان استفاده شود؛ بنابراین در این پژوهش قصد بر این است که تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر این دو متغیر مهم که وضعیت روان‌شناختی سالمندان را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهد، در این سن و در ایران بررسی شود. بنابراین هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی سالمندان بود بنابراین فرضیه‌های این مطالعه عبارت بودند از این که (۱) درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی سالمندان مؤثر است و (۲) درمان مبتنی بر شفقت بر باورهای فراشناختی سالمندان 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 کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مردان سالمند با نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی شهر اهواز بود. از بین جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از مردان سالمند که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش

روان‌شناختی افراد منجر شود (سدیدی و یمنی، ۱۳۹۷). در پژوهشی آقاجانی و صمدی‌فرد (۱۳۹۷) نشان دادند بین نارسایی‌های هیجانی و سلامت اجتماعی در بین سالمندان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین نارسایی هیجانی با حمایت اجتماعی ضعیف مرتبط است (آقاجانی و صمدی‌فرد، ۱۳۹۷). بنابراین لازم است با آگاه‌سازی و به‌کارگیری تدابیری جهت توانمندسازی سالمندان در این زمینه‌ها، بهزیستی روان‌شناختی آنان را ارتقاء داد.

در سال‌های اخیر درمان‌های زیادی برای کمک به سالمندان به کار رفته است که از میان آنها می‌توان به روان‌درمانی مثبت‌نگر (نقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (حاجت‌پور و هارون رشیدی، ۱۴۰۰) و فراشناخت درمانی (دیناروند و برقی ایرانی، ۱۴۰۰) اشاره کرد. یکی از رویکردهایی که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته، درمان مبتنی بر شفقت^۱ است که توسط گیلبرت (۲۰۰۹) مطرح شده است.

درمان مبتنی بر شفقت شیوه‌ای التقاطی است که از روان‌شناسی اجتماعی، تحولی، تکاملی و همچنین از دیگر الگوهای درمانی با مداخله مؤثر در انواع مشکلات مربوط به سلامت روانی برآمده است (نف، ۲۰۱۳) و به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام می‌شود (ایرونز و لد، ۲۰۱۷). در تمرین‌های شفقت‌درمانی بر تن آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴). نتایج مطالعه‌ی ماک و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند آموزش شفقت‌ورزی موجب بهبود سلامت‌روان می‌شود. در مطالعه مارتین و همکاران (۲۰۱۹) مشخص شد آموزش شفقت‌ورزی موجب افزایش خودکنترلی می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت رویکرد درمانی نوینی است که نتایج پژوهش‌های گوناگون، کارایی آن را در درمان انواع مختلف اختلالات و مشکلات روان‌شناختی تأیید می‌کنند (کلامسکی و همکاران، ۲۰۱۴؛ رحمتی و همکاران، ۱۳۹۹؛ بهاروند و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به این موارد و از آنجا که قشر سالمند جزء سرمایه‌های هر جامعه به شمار می‌آید

1 compassion-focused therapy (CFT)

۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرد. همچنین روایی همزمان به وسیله محاسبه همبستگی با پرسش‌نامه اضطراب صفت اسپیلبرگ ۰/۴۳ به دست آمد (شیرین‌زاده دستگیری و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ بود.

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو^۷. این مقیاس توسط باگی و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده و دارای ۲۰ گویه است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۸، دشواری در توصیف احساسات^۹ و تفکر عینی^{۱۰} را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) اندازه می‌گیرد. دامنه نمره یک فرد از ۲۰ تا ۱۰۰ متغیر خواهد بود. نمره بالاتر، بیانگر نارسایی هیجانی بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس بررسی و تأیید شده است (پولاتوس و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران توسط بشارت (۱۳۸۶) هنجاریابی و ترجمه شده است. بشارت (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۵ بدست آوردند و به منظور بررسی روایی همگرایی پرسش‌نامه، بین نمره‌های پرسش‌نامه ابرازگری هیجانی و اندازه «پرسش‌نامه شخصیت چندبعدی» و «مقیاس عاطفه مثبت برادبرن» همبستگی مثبت معنادار یافتند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ بود.

پروتکل درمانی. محتوای جلسات درمانی از بسته درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) اقتباس و برای ۸ جلسه طراحی شده است. در جدول ۱ محتوای جلسات 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، ابتدا برای افراد جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون و پس از تکمیل نمودن مقیاس‌های باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی، تعداد ۳۰ نفر از

و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) سن بالای ۶۰ سال، (۲) نمره بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه‌های باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی، (۳) داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، (۴) نداشتن اختلالات شناختی حاد و (۵) تمایل به شرکت در پژوهش بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۶۴/۳ و میانگین سنی گروه کنترل ۶۵/۱ بود. در گروه آزمایش، ۵ نفر (۳۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم (۲۷ درصد) و ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس بودند. در گروه کنترل، ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق دیپلم و ۵ نفر (۳۳ درصد) لیسانس بودند.

ابزار

پرسش‌نامه فرم کوتاه باورهای فراشناختی^۱. این پرسش‌نامه توسط ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) با ۳۰ گویه و ۵ خرده‌مقیاس باورهای مثبت در مورد نگرانی^۲، باورهای منفی در مورد نگرانی^۳، اطمینان شناختی کم^۴، باورهای منفی در مورد افکار^۵، وقوف شناختی^۶، طراحی شد. گویه‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (=۱ هرگز تا =۴ اغلب اوقات) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود، بنابراین دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۲۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده باورهای فراشناختی نامطلوب‌تر می‌باشد. در نسخه اصلی این پرسش‌نامه همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین پایایی بازآزمون این پرسش‌نامه در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. در بررسی روایی سازه‌های ضریب همبستگی پرسش‌نامه فراشناخت با پرسش‌نامه اضطراب صفت حالت اسپیلبرگ (۰/۵۳) و پرسش‌نامه نگرانی حالت بین (۰/۵۴) پرسش‌نامه اختلال وسواس فکری عملی پادوا (۰/۴۹) معنادار است (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). در ایران شیرین‌زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا

1 short form of metacognitions questionnaire

2 positive worry beliefs

3 negative worry beliefs

4 cognitive competence

5 beliefs about need to control thought

6 cognitive self-consciousness

7 Toronto Alexithymia Scale

8 difficulty identifying feeling

9 difficulty describing feelings

10 externally-oriented thinking

جدول ۱

محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت (برگرفته از گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوا
اول	جلسه توضیحی، 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 اعضاء و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجان‌ها و باورهای فراشناختی و عوارض ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت و ارائه تکلیف خانگی
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب‌گرایانه و ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تکالیف خانگی، ترغیب افراد 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	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه تکلیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ارائه تکلیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، 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
هشتم	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤال‌ها، ارائه راهکارهایی جهت حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون

پرسش‌نامه‌ها بود. بعد از اتمام مداخله، مقیاس‌های باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی به عنوان پس‌آزمون، توسط افراد تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت‌کننده به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ جهت تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرها در دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

سالمندان بر حسب نمراتی که در 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 کنترل به نسبت برابر ۱۵ نفر در هر گروه قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش، در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در کلاس‌های درمان مبتنی بر شفقت که توسط پژوهشگر در یک مرکز خدمات روان‌شناختی توسط پژوهشگر صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. ملاک‌های حذف شرکت‌کنندگان از مطالعه شامل (۱) انصراف از ادامه همکاری، (۲) امتناع از تکمیل کردن

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی متغیرهای باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
باورهای فراشناختی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۸۱/۰۹ (۹/۷۶)	۶۴/۳۲ (۶/۸۰)	۸۱/۶۷ (۹/۸۷)	۸۲/۲۱ (۹/۸۷)
نارسایی هیجانی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۷۸/۴۳ (۸/۹۰)	۶۸/۶۷ (۶/۳۱)	۷۹/۷۰ (۹/۱۲)	۷۸/۵۲ (۸/۹۸)

همچنین مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی 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 باورهای فراشناختی [$F=1/87 P=0/156 > 0/05$] و نارسایی هیجانی [$F=1/97 P=0/139 > 0/05$] بود. علاوه بر این، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع طبیعی متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع طبیعی در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح 0.05 معنی‌دار نمی‌باشد. از آنجا که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس محقق شد. برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی از تحلیل کواریانس تک متغیری (آنکوا) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات مقیاس‌های باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارند، اما پس از انجام مداخله در گروه آزمایش، میانگین نمرات مقیاس‌های باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی کاهش یافته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری (آنکوا) برای تجزیه و تحلیل 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 باورهای فراشناختی [$F(1,28)=1/48 P=0/23 > 0/05$] و نارسایی هیجانی [$F(1,28)=2/06 P=0/149 > 0/05$]، به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد.

جدول ۳

نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر
باورهای فراشناختی	پیش‌آزمون	۳۹۸/۲۸	۱	۳۹۸/۲۸	۶/۰۹	۰/۰۲۰	۰/۲۱۲
	گروه	۹۴۷/۳۱	۱	۹۴۷/۳۱	۱۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	خطا	۱۵۹/۰۸	۲۷	۴/۲۷			
نارسایی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۰۶/۳۲	۱	۲۰۶/۳۲	۳۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
	گروه	۷۶۲/۷	۱	۷۶۲/۷	۱۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴
	خطا	۱۷۷/۴۶	۲۷				

همان‌طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای فراشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت با توجه به میانگین باورهای فراشناختی گروه آزمایش (۶۴/۳۲) نسبت به میانگین باورهای فراشناختی گروه کنترل (۸۲/۲۱)، موجب کاهش معنادار باورهای فراشناختی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر برابر با $0/684$ است، یعنی 68% درصد تفاوت‌های فردی در نمرات نارسایی هیجانی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر شفقت است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه در جهان، سالمندی به عنوان مفهومی پویا مطرح است و با افزایش کمیت جمعیت سالمند، بهزیستی روان‌شناختی آنها نیز باید مورد توجه قرار گیرد. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی سالمندان بود.

همان‌طور که نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نارسایی هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت با توجه به میانگین نارسایی هیجانی گروه آزمایش (۲۰۶/۳۲) نسبت به میانگین نارسایی هیجانی گروه کنترل (۲۰۶/۳۲)، موجب کاهش معنادار نارسایی هیجانی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر برابر با $0/523$ است، یعنی 52% درصد تفاوت‌های فردی در نمرات باورهای فراشناختی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر شفقت است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید شد. همچنین همان‌طور که نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نارسایی هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت با توجه به

خودآیند منفی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴).

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر این که درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد. تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی نپرداخته است. در تبیین این یافته می‌توان درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجان‌ات و نگرش‌های منفی را از فرد دور می‌کند. در این رویکرد هیجان‌ات منفی کاهش پیدا می‌کند و هیجان‌ات مثبت جایگزین خواهد شد. در این مداخله درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجان‌ات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند، بدون آن که آنها را سرکوب کنند و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند و هیجان‌ات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند. فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند. افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند از آنجا که شفقت خود، نیازمند آگاهی هشیار از هیجان خود است (نف، ۲۰۱۳). دیگر احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساسات اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساس مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش و مناسب می‌دهند. در واقع وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگر افراد پیوند و ارتباط احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از تنهایی و طرد غلبه نمایند و خود را در مقابل فشارها و مسائل زندگی تنها نبینند (نف و مکگی، ۲۰۱۰). بنابراین افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند، به ویژه تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین مؤلفه به‌هوشیاری شفقت خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر این که درمان مبتنی بر شفقت بر باورهای فراشناختی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد. تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر باورهای فراشناختی نپرداخته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس نظر نف، داشتن نگرش مشفقانه، تعادل‌شناختی و ذهنی فرد را افزایش می‌دهد. این توانایی معادل داشتن ذهن‌آگاهی بالا است. داشتن احساسات شفقت‌ورزی موجب می‌شود احساسات منفی فرد دربارهٔ خودش کاهش پیدا کند. بخش ذهن‌آگاهانه این مؤلفه این است که شخص به جای پنهان کردن با بی‌اعتنا شدن به نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند و بپذیرد. شفقت‌ورزی از طریق پذیرش، به کاهش چالش‌های فکری اشخاص کمک می‌کند. در واقع با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، فرد شفقت‌ورز راه‌های جدیدی برای رویارویی با مسائل می‌یابد (نف، ۲۰۱۱). از طرف دیگر با توجه به اینکه درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و فنون ذهن‌آگاهانه می‌باشد (ولز و فیشر، ۲۰۱۵) بنابراین استفاده از این راهکارها، بیشترین تأثیر را بر کاهش باورهای فراشناختی دارد. در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند (اندرسن و راسموسن، ۲۰۱۷). بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش مشفقانه به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام به‌هوشیاری^۱ است. به‌هوشیاری یک حالت متعادل آگاهی است که مستلزم مشاهدهٔ کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. وقتی افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همانطور که هستند نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خود ارزیابی افراد، رابطهٔ افراد با خود ارزیابی آنان تغییر می‌یابد (بل و همکاران، ۲۰۲۰). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار

1 mindfulness

سپاس‌گزاری

نویسندگان این مقاله از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند. هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی سازمان یا نهادی انجام نگرفته است. تعارض منافع نیز از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- ابوالقاسمی، ع.، و کیامرثی، آ. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱(۱)، ۸-۱۵.
- ادیبی‌زاده، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونا قلبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(ویژه‌نامه ۱)، ۱۰۳-۱۱۵.
- آقاجانی، س.، و صمدی‌فرد، ح.ر. (۱۳۹۷). نقش نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی سالمندان. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۲۰(۴)، ۹۰-۷۵.
- بشارت، م.ع. (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۳۹)، ۱۹۰-۱۸۱.
- بهاروندی، ب.، کاظمیان‌مقدم، ک.، و هارون رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۱)، ۱۳-۲۶.
- دانا، ا.، پوزش جدیدی، ر.، و فلاح، ز. (۱۳۹۷). تأثیر تمرینات هوازی بر توانایی‌های شناختی و فراشناختی مردان سالمند غیرفعال. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۱)، ۹۲-۸۴.
- حاجت‌پور، ر.، و هارون‌رشیدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و نگرش به مرگ در سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۷(۱)، ۵۴-۴۳.
- رحمتی، ع.، موسوی‌نسب، س.م.ح.، و مرادی، ف. (۱۳۹۹). توانمندی شناختی سالمندان: نقش خودفراوی، خودشفقت‌ورزی و عاطفه مثبت. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۲)، ۱۱۷-۱۰۷.
- دیناروند، ن.، و برقی ایرانی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۸۱-۱۹۷.
- سدیدی، م.، و یمینی، م. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۲)، ۱۴۱-۱۲۵.

کند (گیلبرت، ۲۰۱۴) و از آن‌جا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه به‌هوشیاری با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانات منفی در آنها می‌شود. بطور خلاصه، درمان مبتنی بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق ارائه روش‌های شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهرورزی و همچنین برطرف کردن موانع شفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد. با افزایش شفقت انگیزه فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آنها می‌شود. به طور کلی آموزش مبتنی بر شفقت به سالمندان باعث مهربانی و شفقت نسبت به سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ گذشته می‌شود در نتیجه با خود مهربان‌تر می‌شوند، خود را کمتر سرزنش و انتقاد می‌کنند، افکار منفی خود را کاهش می‌دهند که این خود باعث کاهش باورهای فراشناختی و نارسایی هیجانی می‌گردد. با توجه به نتایج پژوهش که نشان داد مداخله شفقت به خود بر باورهای فراشناختی و نارسایی هیجان سالمندان اثربخش بود. پیشنهاد می‌گردد به عنوان یکی از روش‌های مداخله‌ای در سالمندان مورد استفاده قرار گیرد. نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و متخصصان سالمندی و مشاوران اشارات کاربردی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. نخست آنکه حجم نمونه کم بود و دوم آن که به لحاظ محدودیت‌های اجرایی، امکان آزمون پیگیری در این پژوهش وجود نداشت. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تمرکز آن بر روی سالمندان شهر اهواز است که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم کنترل شرایط شغلی، اجتماعی و اقتصادی افراد شرکت‌کننده است که می‌تواند بر نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود به منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در گروه‌های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. علاوه بر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی که امکان سوگیری در آنها محتمل است، پیشنهاد می‌شود که از روش‌های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیر استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل کاهش یابد.

- Aghajani, S., & Samadifard, H.R. (2019). The role of cognitive failures, alexithymia and cognitive flexibility in predicting the social health of elderly. *Advances in Cognitive Sciences*, 20 (4), 62-69. [Persian]
- Andersen B., & Rasmussen P.H. (2017). Trans diagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(14), 1-11.
- Bagby, R., Parker, J.D., Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Baharvandi, B., Kazemianmoghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2020). Effectiveness of compassion-focused therapy on ambiguity tolerance and death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*, 6(1), 13-26. [Persian]
- Bell, T., Montague, J., Elander, J., & Gilbert, P. (2020). A definite feel-it moment: Embodiment, externalisation and emotion during chair-work in compassion-focused therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1), 143-153.
- Besharat, M.A. (2008). Relation of alexithymia with ego defense styles. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 10(39), 181-190. [Persian]
- Cook, R., Brewer, R., Shah, P., Bird, G. (2013). Alexithymia, not autism, predicts poor recognition of emotional facial expressions. *Psychology Science Journal*, 24(5), 723-732.
- Dana, A., Pozesh Jadidi, R., & Falah, Z. (2018). The Effect of aerobic exercise on cognitive and metacognitive abilities among inactive elder men. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 16 (1), 84-92. [Persian]
- Dinarvand, N., & Barghi Irani, Z. (2021). The Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and spiritual therapy on cognitive dissonance and feeling loneliness in the elderly *Aging Psychology*, 7(2), 181-197. [Persian]
- Fisher, P.L., & Noble, A.J. (2017). Anxiety and depression in people with epilepsy: شیرین‌زاده دستگیری، ص.، گودرزی، م.ع.، رحیمی، چ.، و نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روانشناسی*، ۱۲، (۴)، ۴۶۱-۴۴۵.
- صمدی‌فرد، ح.ر.، و نریمانی، م. (۱۳۹۶). نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۳)، ۶۸-۷۷.
- قدم‌پور، ع.، روشن‌نیا، س.، و رضایی‌فر، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی بر باورهای فراشناختی و نگرش‌های ناکارآمد سالمندان شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶. *سالمندشناسی*، ۳(۳)، ۱-۸.
- قیطانچی، ص.، و ابراهیمی مقدم، ح. (۱۳۹۵). پیش‌بینی شادکامی بر اساس الگوی پنج عاملی شخصیت و باورهای فراشناخت در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۱۳-۲۲.
- گل‌پرور، م.، و صفری، ح. (۱۳۹۵). بررسی قدرت باورهای فراشناختی معیوب برای پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی-عروقی سالمند و غیرسالمند. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۱(۱)، ۵۲-۶۳.
- نجاتی، ش. (۱۳۹۷). رابطه صفات تاریک شخصیت و تمایز یافتگی با سازگاری زناشویی: نقش واسطه‌ای نارسایی هیجانی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول.
- نقی‌پور، م.، کاظمیان‌مقدم، ک.، و هارون‌رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی روانشناسی مثبت‌نگر بر ایده‌پردازی خودکشی و اضطراب مرگ سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۶(۴)، ۳۶۷-۳۵۷.
- هارون‌رشیدی، ه.، و بحیرایی، م.ر. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر بر رضایت از زندگی و توانمندی منش در مردان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۲)، ۱۷۹-۱۸۹.

References

- Abolghasemi, A., & Kiamarsi, A. (2009). Relationship between metacognition and cognitive failures in the elderly. *Advances in Cognitive Sciences*, 11 (1), 8-15. [Persian]
- Adibizadeh, N., & Sajjadian, I. (2019). The Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety and emotion regulation in patients with coronary heart disease. *Medical Journal of Mashhad University of Mmedical Sciences*, 61(supplment1), 103-115. [Persian]

- The contribution of metacognitive beliefs. *Seizure*, 50, 153-159.
- Gavric, D., Moscovitch, D.A., Rowa, K., & McCabe, R.E. (2017). Post-event processing in social anxiety disorder: Examining the mediating roles of positive metacognitive beliefs and perceptions of performance. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 1-12.
- Ghadampour, E., Roshannia, S., & Rezaeifar, N. (2019). Effectiveness of spirituality therapy on the metacognitive beliefs and dysfunctional Attitude in elderly people of Khorramabad city. *Journal of Gerontology*, 3 (3), 1-8. [Persian]
- Gheitanchi, S., & Ebrahimi Moghadam, H. (2016). Prediction of happiness based on five factors model of personality and meta-cognitive beliefs in elderly. *Aging Psychology*, 2(1), 13-22. [Persian]
- Golparvar, M., & Safari, H. (2016). The association between meta-cognitive beliefs and dysfunctional attitudes among middle and aged patients with cardiovascular disease. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 11 (1), 52-63. [Persian]
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-14.
- 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. [Persian]
- Haroon Rashidi, H., & Bahiraei, M.R. (2020). The Effectiveness of positivism training on the life satisfaction and character strengths in the elderly men. *Journal of Aging Psychology*, 6(2), 179-189. [Persian]
- Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science*, 346(6209), 587-591.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 123-140.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873-879.
- Mak, W. W. S. Wong, C. C. Y. Chan, A. T. Y. & Lau, J. T. F. (2019). Mobile self-compassion programmer for promotion of public mental health: a randomized controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 25(2), 17-15.
- Martin, R.D., Kennett, D.J., & Hopewell, N.M. (2019). Examining the importance of academic-specific self-compassion in the academic self-control model. *The Journal of Social Psychology*, 159(6), 691- 676.
- Naghipoor, M., Kazemian Moghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2021). The Effectiveness of positivism training on suicide ideation and death anxiety in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 6(4), 357-367. [Persian]
- Neff, K.D. (2013). Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity*, 12, 160-176.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K.D., & Mcgehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 3, 225-40.
- Nejati, Sh. (2019). The relationship between dark personality traits and differentiation with marital adjustment: The mediating role of emotional failure. (Unpublished doctoral dissertation). Islamic Azad University, Dezfoul Branch, M.A. [Persian]
- Pollatos, O., Werner, N. S., Duschek, S., Schandry, R., Matthias, E., Traut-Mattausch, E., & Herbert, B. M. (2011). Differential effects of alexithymia subscales on autonomic reactivity and anxiety during social stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 1(6), 525-33.

- Rahmati, A., Mousavi Nasab, S., Moradi, F. (2020). Cognitive ability in the elderly: The Role of self-transcendence, self-compassion and positive affect. *Aging Psychology, 6*(2), 107-117. [Persian]
- Sadidi, M., Yamini, M. (2018). Prediction of psychological well-being based on coping strategies and alexithymia. *Journal of Psychological Studies, 14*(2), 125-141. [Persian]
- Samadifard, H., & Narimani, M. (2017). The Role of metacognitive belief and cognitive avoidance in the prediction of general health in the elderly. *Journal Geriatric Nursing, 3* (3), 68-77. [Persian]
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Goodarzi, M.A, Rahimi, C.H, & Naziri, G.h. (2009). Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology, 12*, 445-461. [Persian]
- Wells A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal Ration Emotive Cognitive Behavior Therapy, 23* (4), 337-355.
- Wells, A., & Cart Wright-Hatton, S. (2004). A short form of metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviors Research and Therapy, 42*, 385-396.
- Wells, A., & Fisher, P. (Eds.). (2015). *Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy: A practical guide. (Ch.9: Major depressive disorder). New York: Guilford Press.