



Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Logotherapy on Psychological Well-Being in Older Adults

Yeganeh Parazdeh¹, Mehrdad Sabet^{2*}, Ashraf Sadat Giti Ghoreishi³, Behzad Aligohari³

1- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Corresponding author: Mehrdad Sabet, Associate Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Email: mehrdadsabet@iau.ac.ir

Received: 2026/02/8

Accepted: 2026/04/30

Abstract

Introduction: Aging is accompanied by numerous psychological challenges that may lead to a decline in psychological well-being. Therefore, the use of psychotherapy interventions based on compassion and meaning can play an important role in promoting the mental health of older adults.

Methods: The present study was conducted using a quasi-experimental pretest–posttest design with a two-month follow-up. The statistical population consisted of older adults residing in nursing homes in Karaj, from whom 48 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups (compassion-focused therapy and logotherapy) and one control group. Interventions for both experimental groups were delivered in eight 90-minute group sessions. Data were collected using Ryff's Psychological Well-Being Questionnaire and analyzed using repeated measures analysis of variance and clinical significance indices.

Results: The findings of the study showed that the difference in the effect of the two methods of compassion-focused therapy and semantic therapy on the components of self-acceptance ($p=0.040$), positive relationships with others ($p=0.042$), mastery of the environment ($p=0.046$), psychological well-being, and its total score ($p=0.006$) is significant. So that compassion-focused therapy increased the average of those components and the total score more compared to semantic therapy. Accordingly, it was concluded that compassion-focused therapy is a more effective method for increasing psychological well-being in the elderly compared to semantic therapy.

Conclusions: The results of this study suggest that both compassion-focused therapy and logotherapy are effective in enhancing psychological well-being among older adults. By improving the core components of well-being, these interventions play an important role in promoting the mental health of older adults. Therefore, the application of these approaches in elderly care centers is recommended as effective psychological interventions.

Keywords: Compassion-focused therapy, Logotherapy, Psychological Well-being, Older Adults.



مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر بهزیستی روان شناختی سالمندان

یگانه پرازده^۱، مهرداد ثابت^{۲*}، اشرف السادات گیتی قریشی^۳، بهزاد علی گوهری^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: مهرداد ثابت، دانشیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
ایمیل: mehrdadsabet@iaui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۹

چکیده

مقدمه: سالمندی با چالش‌های متعدد روان‌شناختی همراه است که می‌تواند به کاهش بهزیستی روان‌شناختی منجر شود. ازاین‌رو، بهره‌گیری از مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنا، به‌عنوان رویکردهایی مؤثر، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان سالمندان ایفا کند.

روش کار: پژوهش حاضر با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری شامل سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان شهر کرج بود که ۴۸ نفر به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی) و یک گروه کنترل گمارده شدند. مداخلات هر دو گروه آزمایش در قالب ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و شاخص‌های معنی‌داری بالینی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت اثر دو شیوه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر مؤلفه‌های پذیرش خود ($p=0/040$)، روابط مثبت با دیگران ($p=0/042$)، تسلط بر محیط ($p=0/046$) بهزیستی روان‌شناختی و نمره کل آن ($p=0/006$) معنادار است. به طوری که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با معنادرمانی میانگین آن مؤلفه‌ها و نمره کل را بیشتر افزایش داده است. بر این اساس نتیجه‌گیری شد که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با معنادرمانی روش موثرتری برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد هر دو رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی می‌توانند به‌طور مؤثری بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را ارتقا دهند. این مداخلات با بهبود مؤلفه‌های اساسی بهزیستی، نقش مهمی در ارتقای سلامت روان سالمندان ایفا می‌کنند. بنابراین، به‌کارگیری این رویکردها در مراکز سالمندی به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، معنادرمانی، بهزیستی روان‌شناختی، سالمندان.

مقدمه

بالای ۶۵ سال تشکیل خواهند داد. در ایران نیز مطابق آمار مرکز آمار کشور (۱۴۰۲)، جمعیت سالمندان رو به افزایش است و این روند پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و به‌ویژه روان‌شناختی متعددی به همراه دارد (۳). دوران سالمندی، علی‌رغم تجربیات ارزشمند زندگی، با

افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری در دهه‌های اخیر سبب رشد چشمگیر جمعیت سالمندان در سراسر جهان شده است (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲)، تا سال ۲۰۵۰ بیش از یک‌پنجم جمعیت جهان را افراد

(۱۶). در حالی که معنادرمانی با تأکید بر بعد اگزیستانسیال و جستوجوی معنا در رنج، به مقابله با اضطراب وجودی می‌پردازد (۱۷). با این حال، پژوهش‌های اندکی در ایران به مقایسه‌ی مستقیم اثربخشی این دو رویکرد بر متغیرهای روان‌شناختی سالمندان پرداخته‌اند.

در مرور پیشینه، یافته‌های پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهد که هر یک از این دو رویکرد به تنهایی در افزایش بهزیستی مؤثر بوده‌اند (۱۷، ۱۸)، اما مقایسه‌ی هم‌زمان آن‌ها در شرایط مشابه، به‌ویژه در میان سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به آنکه سالمندان مقیم مراکز نگهداری معمولاً از سطوح بالاتری از تنهایی، احساس بی‌ارزشی رنج می‌برند (۱۹)، مقایسه‌ی اثربخشی این دو مداخله می‌تواند به روشن شدن مسیرهای مؤثرتر برای ارتقای سلامت روان این قشر کمک کند.

از سوی دیگر، جامعه‌ی سالمندان در ایران با چالش‌های فرهنگی و اجتماعی خاصی روبه‌رو است؛ از جمله شکاف نسلی، تغییر ساختار خانواده و کاهش حمایت‌های اجتماعی. این شرایط اهمیت استفاده از مداخلات مبتنی بر شفقت و معنا را دوچندان می‌سازد، چراکه هر دو رویکرد با ارزش‌های فرهنگی و دینی جامعه ایرانی سازگارند و می‌توانند در محیط‌های گروهی نظیر خانه‌های سالمندان به‌خوبی اجرا شوند (۲۰).

با بررسی پژوهش‌های بالا، مشخص می‌شود که اگرچه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی به‌طور جداگانه در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مؤثر بوده‌اند، مطالعات اندکی به مقایسه مستقیم اثربخشی این دو رویکرد در یک محیط مشابه، به‌ویژه در میان سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان، پرداخته‌اند. همچنین، اغلب پژوهش‌ها محدود به مطالعات خارجی یا سالمندان ساکن جامعه بوده و کمتر به شرایط فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی خاص سالمندان ایرانی توجه شده است. علاوه بر این، اطلاعات کافی درباره اثرات هم‌زمان این مداخلات بر جنبه‌های مختلف بهزیستی روان‌شناختی (شامل پذیرش خود، رشد فردی، روابط مثبت، هدفمندی و تسلط بر محیط) در سالمندان خانه سالمندان وجود ندارد. بنابراین، خلا اصلی پژوهش در نبود مطالعه‌ای مقایسه‌ای، بومی و جامع است که بتواند اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی را بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ایرانی مشخص کند.

تغییرات جسمانی، کاهش کارکردهای شناختی و محدودیت در تعاملات اجتماعی همراه است که می‌تواند سلامت روان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد (۴). در این میان، احساس تنهایی، ازدست‌دادن نقش‌های اجتماعی و مواجهه با پایان زندگی، از جمله عوامل مهم در کاهش بهزیستی روان‌شناختی سالمندان به شمار می‌روند (۵).

بهزیستی روان‌شناختی، مفهومی چندبعدی است که شامل پذیرش خود، رشد فردی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط و خودمختاری است (۶). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که سطح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی با سلامت روانی، رضایت از زندگی و سازگاری بهتر در برابر مشکلات دوران سالمندی رابطه مستقیم دارد (۷). در مقابل، کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند منجر به بروز افسردگی، اضطراب، احساس پوچی شود (۸). یکی از رویکردهای نوین که در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران را جلب کرده، درمان متمرکز بر شفقت است. این درمان توسط کرافت، نف، گیلبرت (۹) توسعه یافته و بر پرورش نگرش مهربانانه نسبت به خود و دیگران تأکید دارد. این رویکرد معتقد است بسیاری از مشکلات هیجانی از جمله اضطراب و احساس گناه ناشی از نظام درونی انتقادگر است و با آموزش شفقت و مهربانی می‌توان پاسخ‌های هیجانی سازگارانه‌تری ایجاد کرد (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند اضطراب، افسردگی و احساس شرم را کاهش داده (۱۱) و احساس معنا، آرامش و رضایت از زندگی را در سالمندان افزایش دهد (۱۲). در مقابل، معنادرمانی که بر پایه دیدگاه ویکتور فرانکل است، بر جستوجوی معنا در زندگی به‌عنوان نیروی محرک اساسی انسان تأکید دارد (۱۳)، از منظر فرانکل، حتی در مواجهه با درد، رنج، انسان می‌تواند از طریق یافتن معنا، به رشد شخصی و آرامش درونی برسد (۱۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنادرمانی با افزایش احساس هدفمندی و معنا، می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را بهبود بخشد (۱۵).

هرچند هر دو رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی، اهداف مشابهی همچون پذیرش خود، کاهش رنج روانی و ارتقای معنا و آرامش درونی را دنبال می‌کنند، تفاوت‌هایی بنیادین در مبانی نظری و تمرکز آن‌ها وجود دارد. درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم نظام‌های هیجانی و پرورش دلسوزی درونی برای کاهش اضطراب و شرم تمرکز دارد

با توجه به مطالب فوق و خلأ پژوهشی قابل توجه در زمینه مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان وجود دارد. از این‌رو، این پرسش مطرح می‌شود که کدام‌یک از این دو رویکرد می‌تواند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مؤثرتر باشد؟

روش کار

این پژوهش نیمه آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه شامل دو گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی) و یک گروه کنترل از میان تمام سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان (مراکز خصوصی و دولتی) شهر کرج در نیمسال دوم سال ۱۴۰۴ انجام شد که بر اساس اطلاعات به‌روز، در این بازه زمانی، ۱۸ مرکز سالمندان در کرج فعال بودند و مجموعاً ۱۲۰۷ سالمند در این مراکز زندگی می‌کردند.

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و غیرتصادفی بود، جهت تعیین تعداد نمونه از جدول کوهن استفاده شد و ملاک انتخاب سالمندان دارای سلامت جسمانی و روانی برای حضور در کلاس آموزشی بود. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر ۳ گروه وجود دارد و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۴۰ درصد و توان آزمون ۰/۸ تعداد نمونه برابر با ۱۲ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ریزش‌های احتمالی تعداد نمونه در هر گروه ۱۶ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین نمونه مورد مطالعه شامل ۴۸ سالمند شرکت کننده بود که به صورت تصادفی در سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، معنادرمانی و گروه کنترل گمارده شدند که در حین مداخله گروه درمان متمرکز بر شفقت به ۱۳ نفر، معنادرمانی به ۱۴ نفر و گروه کنترل به ۱۵ نفر تقلیل یافت.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از سن بالای ۶۵ سال؛ سلامت جسمانی کافی برای شرکت در جلسات روان‌درمانی؛ توانایی شناختی مناسب و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و قابلیت تکمیل پرسشنامه‌ها و ملاک‌های خروج غیبت بیش از دو جلسه در جلسات؛ ابتلای به بیماری‌های روانی فعال یا اختلال شناختی شدید، مصرف دارو و وجود مشکلات و اختلالاتی که روند مداخله را تحت تأثیر قرار دهد؛ تجربه وقایع بحرانی شدید نظیر فوت اعضای درجه یک خانواده یا بیماری‌های

شدید طی ۶ ماه گذشته؛ تشخیص رسمی اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب شدید، براساس پرونده؛ مصرف داروهای روان‌پزشکی در حال حاضر یا طی سه ماه اخیر؛ عدم همکاری در تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مراکز پس‌آزمون و پیگیری و تمایل به انصراف از پژوهش در هر مرحله بود.

ابزار پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شده و فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۱۲۰ ماده می‌باشد ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ ماده‌ای، ۵۴ ماده‌ای و ۱۸ ماده‌ای نیز پیشنهاد گردید (۲۱). فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۱۸ گویه دارد که بر بزرگسالان کاربرد دارد (۲۲). نمره گذاری مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر اساس طیف لیکرت شش درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) می باشد. این مقیاس دارای ۶ مؤلفه و برای هر مؤلفه ۳ سوال در نظر گرفته شده و دارای یک نمره کل می باشد. در این مقیاس، سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شود و بقیه سوالات به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. در این مقیاس هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد، بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر می باشد. فرم ۱۸ سوالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، یک متغیر چند بعدی است و شامل ۶ مؤلفه می باشد: پذیرش خود؛ روابط مثبت با دیگران؛ خودمختاری یا استقلال؛ تسلط بر محیط؛ زندگی هدفمند و رشد فردی. ضرایب پایانی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم کوتاه این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بوده است که نشان دهنده همسانی درونی خوبی است (۲۲). میرسمیعی، آتش پور و آقایانی (۲۳) ضرایب پایانی محاسبه شده برای پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش نظم جویی هیجان پیشرفت بر هیجان‌های منفی و بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان دختر دوره اول متوسطه شهر تهران، ۰/۹۲ گزارش نموده است.

درمان متمرکز بر شفقت: این درمان توسط گیلبرت در سال ۲۰۰۹ طراحی شده و بر پرورش مهربانی و شفقت نسبت به خود و دیگران تمرکز دارد تا پاسخ‌های هیجانی منفی مانند اضطراب، افسردگی و شرم کاهش یابد (۲۴). در این پژوهش، مداخله بر اساس پروتکل استاندارد CFT اجرا

یگانه پرازده و همکاران

دیگران معرفی می‌شود. استعاره «فیژیوتراپ» برای کمک به پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود آموزش داده می‌شود تا روند ایجاد تغییرات روانی تسهیل شود.

جلسه پنجم: اصلاح و گسترش شفقت: در این جلسه، تمرین‌های مرتبط با توسعه ذهن شفقت‌آمیز شامل بخشش، پذیرش بدون قضاوت، استعاره «آنفولانزا» و آموزش بردباری ارائه می‌شود. شرکت‌کنندگان می‌آموزند که چگونه مسائل را بپذیرند و تغییرات پیش‌رو را با انعطاف‌پذیری و تحمل بیشتری مواجه شوند. همچنین بر سازگاری با شرایط سخت و چالش‌های طبیعی زندگی تأکید می‌شود. جلسه ششم: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت: جلسه با مرور جلسه قبل آغاز شده و سپس تمرین عملی ایجاد «تصاویر شفقتانه» انجام می‌گیرد. در ادامه، سبک‌ها و روش‌های مختلف ابراز شفقت شامل شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته آموزش داده می‌شود. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند این روش‌ها را در زندگی روزمره و در تعامل با خانواده و دوستان به کار گیرند. همچنین رشد احساسات ارزشمند و متعالی مورد توجه قرار می‌گیرد.

جلسه هفتم: فنون ابراز شفقت: در این جلسه، شرکت‌کنندگان نوشتن «نامه‌های شفقت‌آمیز» برای خود و دیگران را می‌آموزند. سپس روش ثبت روزانه موقعیت‌های واقعی مرتبط با شفقت و تحلیل عملکرد فرد در این موقعیت‌ها آموزش داده می‌شود تا مهارت‌ها به شکل عملی‌تری نهادینه گردد.

جلسه هشتم: ارزیابی و کاربرد: در جلسه پایانی، مروری جامع بر مهارت‌ها و تمرین‌های جلسات گذشته انجام می‌شود. هدف آن است که شرکت‌کنندگان بتوانند این مهارت‌ها را در موقعیت‌های مختلف زندگی به کار بگیرند. در نهایت، جمع‌بندی کلی ارائه شده و راهکارهایی برای حفظ، تداوم و کاربرد درمان مبتنی بر شفقت در زندگی روزمره در اختیار اعضا قرار می‌گیرد.

معدارمانی: این رویکرد درمانی توسط فرانکل توسعه یافته و بر جست‌وجوی معنا در زندگی به عنوان نیروی محرک اصلی انسان تأکید دارد. این درمان به افراد کمک می‌کند تا حتی در مواجهه با رنج، محدودیت‌ها و مرگ، با یافتن معنا و هدف، سلامت روان و آرامش درونی خود را حفظ کنند. در این پژوهش، مداخله معدارمانی بر اساس پروتکل استاندارد معدارمانی اجرا می‌شود و شامل ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای است که تمرین‌هایی مانند شناسایی اهداف و

می‌شود و شامل ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای است که در آن مهارت‌هایی مانند شناسایی و تنظیم نظام‌های هیجانی، تمرینات شفقت، مدیتیشن شفقت و تقویت نگرش‌های حمایتی نسبت به خود آموزش داده می‌شود. هدف این درمان، ایجاد تغییرات پایدار در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان و کاهش اضطراب مرگ از طریق پرورش دلسوزی درونی و تنظیم هیجانات منفی است.

ساختار جلسات درمان شفقت خود بر اساس مفاهیم کلی گیلبرت (۲۳) عبارت بود از؛ جلسه اول: آشنایی با اصول کلی درمان: در این جلسه، ابتدا ارتباط اولیه با اعضا برقرار می‌شود و شرکت‌کنندگان با یکدیگر آشنا می‌گردند. سپس ساختار کلی جلسات توضیح داده شده و اصول بنیادین آموزش مبتنی بر شفقت معرفی می‌شود. همچنین میزان خودشفقتی اعضا مورد ارزیابی قرار گرفته و مفهوم آزار عاطفی، عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و نحوه مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی برای شرکت‌کنندگان تبیین می‌گردد. جلسه دوم: شناخت مؤلفه‌های شفقت بر خود: در این جلسه مؤلفه‌های اصلی شفقت بر خود معرفی و شناسایی می‌شوند. اعضا ویژگی‌های شفقت در خود را بررسی کرده و مشخصه‌های افراد دارای شفقت مورد بحث قرار می‌گیرد. در ادامه، میزان و کیفیت خودشفقتی اعضا مرور و تحلیل می‌شود.

جلسه سوم: آموزش و پرورش خودشفقتی: این جلسه با مروری بر مباحث جلسه قبل آغاز می‌شود. سپس شرکت‌کنندگان با روش‌های پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود آشنا می‌شوند. مفهوم اشتراکات انسانی و اینکه دیگران نیز مانند ما با نقص‌ها و مشکلاتی مواجه‌اند، در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش داده می‌شود. اعضا تمرین‌هایی برای همدردی با خود انجام داده و تلاش می‌شود دامنه احساسات مثبت نسبت به خود افزایش یابد تا از این طریق مراقبت از سلامت روان و کنترل رفتارهایی مانند مدیریت وزن بهبود یابد.

جلسه چهارم: خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی: در این جلسه ابتدا مروری بر مطالب جلسه قبل صورت می‌گیرد. سپس اعضا به خودشناسی تشویق شده و شخصیت خود را از منظر برخورد شفقت‌آمیز یا غیرشفقت‌آمیز بررسی می‌کنند. تمرین‌هایی برای پرورش ذهن شفقت‌محور از جمله ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و

معناهای زندگی، بازتاب روی ارزش‌ها و تجربیات شخصی، و تمرینات بازسازی شناختی بر اساس معنا ارائه می‌شود. هدف این درمان، کاهش اضطراب مرگ و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان از طریق افزایش هدفمندی و درک معنا در زندگی است. ساختار جلسات معنادرمانی بر اساس مفاهیم کلی فرانکل عبارت است از:

جلسه اول: آشنایی با اصول معنادرمانی و ایجاد انگیزه: این جلسه با برقراری ارتباط اولیه و ایجاد فضای امن برای گفتگو آغاز می‌شود. ساختار کلی جلسات معرفی شده و شرکت‌کنندگان با اصول بنیادین معنادرمانی و مفهوم معنا در زندگی آشنا می‌شوند. سپس نگرش اولیه اعضا نسبت به هدفمندی، ارزش زندگی و تجربه‌های معنادار مورد بررسی قرار می‌گیرد تا زمینه برای ادامه جلسات فراهم شود. جلسه دوم: شناسایی معنا و ارزش‌های شخصی: در این جلسه، شرکت‌کنندگان اهداف، ارزش‌ها و اولویت‌های شخصی خود را شناسایی می‌کنند. درباره تجربیات گذشته که برای آنان معنادار بوده، بحث گروهی صورت می‌گیرد. همچنین روش‌هایی برای کشف معنا در زندگی روزمره معرفی می‌شود تا اعضا بتوانند ارتباط عمیق‌تری با ارزش‌های وجودی خود برقرار کنند.

جلسه سوم: مقابله با فقدان و رنج: این جلسه به بررسی تجربه‌های رنج، فقدان و محدودیت‌های فردی اختصاص دارد. شرکت‌کنندگان می‌آموزند چگونه می‌توان در دل مشکلات و شرایط دشوار نیز معنا یافت. همچنین روش‌هایی برای تغییر نگرش نسبت به بحران‌ها و تبدیل فشارهای زندگی به فرصت‌های رشد وجودی آموزش داده می‌شود. جلسه چهارم: تقویت هدفمندی و مسئولیت‌پذیری: در این جلسه، اعضا اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت خود را تعیین کرده و درباره مسیرهای دستیابی به آن‌ها بحث می‌کنند. نقش مسئولیت‌پذیری در تحقق اهداف توضیح داده می‌شود و موانع شخصی که ممکن است در مسیر دستیابی به معنا ایجاد شوند، مورد بررسی قرار می‌گیرند. هدف این جلسه ایجاد تعهد نسبت به انتخاب‌های آگاهانه و معنادار است. جلسه پنجم: آموزش بازنگری شناختی: در این جلسه به بازنگری باورها و افکار محدودکننده پرداخته می‌شود. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند چگونه فعالیت‌های ساده روزمره را با معنا پیوند دهند و تجربه‌های منفی گذشته را به عنوان فرصت یادگیری و رشد بازتعریف کنند. این جلسه تمرکز ویژه‌ای بر تغییر نگاه افراد به تجربه‌های

ناخوشایند دارد.

جلسه ششم: تمرین کاربرد معنا در زندگی واقعی: در این جلسه نمونه‌ها و مثال‌هایی از زندگی روزمره ارائه می‌شود تا اعضا نحوه اجرای معنا در عمل را بهتر درک کنند. تمرین‌هایی برای فعالیت‌های معنا محور معرفی شده و شرکت‌کنندگان آگاهی بیشتری نسبت به تأثیر معنا بر سلامت روان، کاهش اضطراب و افزایش امید پیدا می‌کنند. جلسه هفتم: تقویت استراتژی‌های مقابله با اضطراب مرگ: در این جلسه روش‌های مواجهه سازنده با اضطراب مرگ از طریق یافتن معنا در زندگی آموزش داده می‌شود. تمرین‌هایی برای بازتاب ارزش‌ها، مرور اهداف بنیادی و تمرکز بر لحظه حال انجام می‌گیرد. هدف این جلسه کمک به اعضا برای ایجاد نگرشی آرام‌تر، عمیق‌تر و پذیرش‌گرانه‌تر نسبت به مرگ و ماهیت انسان است. جلسه هشتم: جمع‌بندی و تثبیت مهارت‌ها: در جلسه پایانی، تمام مهارت‌ها و مفاهیم آموخته شده مرور و تمرین می‌شوند. راهکارهایی عملی برای حفظ معنا، هدفمندی و تداوم آن در زندگی روزمره ارائه می‌گردد. در پایان، دستاوردهای جلسات جمع‌بندی شده و برای پیگیری، ادامه تمرین‌ها و تقویت مسیر رشد وجودی، برنامه‌ریزی نهایی انجام می‌شود.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از معنی‌داری بالینی استفاده شد. معنی‌داری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌شود. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی عبارتند از رویکرد شاخص تغییر پایا و رویکرد مقایسه هنجاری، همچنین، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر «مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان» بود. در این پژوهش ابعاد بهزیستی روان‌شناختی متغیر وابسته بودند که اطلاعات مربوط به آنها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل گردآوری و برای آزمون اثر بخشی اجرای متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ویژگی‌های سنی، جنسیتی، تحصیلات و وضعیت تأهل

یگانه پرازده و همکاران

راهنمایی و ۳ نفر دیپلم و بالاتر از دیپلم بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان بیسواد، ۸ نفر دارای سواد ابتدایی، ۱ نفر دارای سواد راهنمایی و ۳ نفر دیپلم و بالاتر از دیپلم بود. استفاده از روش آماری آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ میزان تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد.

علاوه بر این، در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۴ نفر مجرد، ۷ نفر همسرانسان را از دست داده بودند، ۱ نفر متاهل و ۱ نفر از همسر خود جدا شده بودند. در گروه معادرمانی ۵ نفر مجرد و ۸ نفر همسرانسان را از دست داده بودند، ۱ نفر از همسر خود جدا شده و در این گروه متاهل وجود نداشت و در گروه کنترل ۵ نفر مجرد، ۹ نفر همسرانسان را از دست داده و ۱ نفر از متاهل بود. استفاده از آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ وضعیت تاهل تفاوت معناداری وجود ندارد.

شرکت کنندگان براساس گروه‌ها نشان داد، میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان در گروه درمان متمرکز بر شفقت به ترتیب برابر با ۳۷/۳۱ و ۵/۴۴ سال، در گروه معادرمانی به ترتیب برابر با ۳۷/۷۹ و ۳/۹۱ سال و در گروه کنترل برابر با ۶۷/۲۷ و ۵/۲۲ سال بود. استفاده از روش آماری تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۳ مرد و ۱۰ زن، در گروه معادرمانی ۴ مرد و ۱۰ زن و در گروه کنترل ۴ مرد و ۱۱ زن حضور داشتند. استفاده از آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد.

همچنین در گروه درمان متمرکز بر شفقت میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان بیسواد، ۵ نفر دارای سواد ابتدایی، ۲ نفر دارای سواد راهنمایی و ۳ نفر دیپلم و بالاتر از دیپلم بود. در گروه معادرمانی میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت کنندگان بیسواد، ۷ نفر دارای سواد ابتدایی، ۱ نفر دارای سواد

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	شفقت درمانی	۳/۸۰ ± ۱۷/۶۱	۴/۲۱ ± ۲۶/۴۶	۴/۲۶ ± ۲۶/۷۹
		معادرمانی	۳/۷۵ ± ۱۶/۴۳	۳/۸۷ ± ۲۴/۷۱	۳/۷۸ ± ۲۳/۵۰
		گروه کنترل	۲/۲۶ ± ۱۶/۶۰	۲/۷۶ ± ۱۷/۸۰	۲/۶۳ ± ۱۷/۲۷
	روابط مثبت با دیگران	شفقت درمانی	۴/۱۶ ± ۲۲/۱۵	۶/۳۶ ± ۳۶/۱۵	۶/۵۱ ± ۳۴/۱۵
		معادرمانی	۵/۲۰ ± ۲۲/۸۶	۴/۸۷ ± ۳۱/۲۸	۵/۹۶ ± ۲۹/۱۴
		گروه کنترل	۵/۲۸ ± ۲۴/۴۰	۶/۸۷ ± ۲۵/۱۳	۵/۱۹ ± ۲۳/۷۳
	خودمختاری یا استقلال	شفقت درمانی	۳/۶۰ ± ۱۷/۴۶	۳/۴۹ ± ۲۴/۶۹	۳/۶۸ ± ۲۳/۹۲
		معادرمانی	۳/۴۰ ± ۱۶/۲۱	۴/۷۳ ± ۲۲/۹۳	۴/۴۲ ± ۲۴/۵۰
		گروه کنترل	۳/۷۷ ± ۱۸/۳۳	۴/۳۶ ± ۱۸/۰۷	۳/۵۱ ± ۱۷/۲۰
	تسلط بر محیط	شفقت درمانی	۴/۴۲ ± ۱۵/۷۶	۴/۱۷ ± ۲۳/۴۵	۳/۸۴ ± ۲۵/۵۳
		معادرمانی	۳/۲۱ ± ۱۶/۰۰	۴/۱۰ ± ۲۰/۷۹	۳/۵۶ ± ۲۱/۹۲
		گروه کنترل	۳/۰۲ ± ۱۷/۵۳	۳/۲۵ ± ۱۷/۰۰	۳/۷۰ ± ۱۶/۳۳
زندگی هدفمند	رشد فردی	شفقت درمانی	۵/۶۶ ± ۱۹/۶۹	۵/۰۳ ± ۳۲/۸۴	۴/۶۸ ± ۳۱/۶۹
		معادرمانی	۵/۹۱ ± ۲۰/۵۰	۴/۱۱ ± ۲۹/۸۶	۴/۰۹ ± ۲۸/۲۱
		گروه کنترل	۴/۱۶ ± ۲۱/۸۰	۴/۱۴ ± ۲۲/۹۳	۳/۷۸ ± ۲۰/۴۷
	نمره کل	شفقت درمانی	۳/۵۴ ± ۱۴/۹۲	۳/۵۸ ± ۲۳/۰۰	۳/۴۲ ± ۲۳/۷۷
		معادرمانی	۳/۳۱ ± ۱۵/۷۱	۳/۳۰ ± ۲۲/۳۶	۴/۰۰ ± ۲۲/۱۴
		گروه کنترل	۳/۰۷ ± ۱۷/۰۰	۳/۴۳ ± ۱۸/۰۷	۳/۲۹ ± ۱۷/۱۳
		شفقت درمانی	۱۱/۳۶ ± ۱۰۷/۶۱	۱۴/۰۳ ± ۱۶۶/۴۹	۱۴/۲۸ ± ۱۶۵/۸۴
		معادرمانی	۱۲/۲۳ ± ۱۰۷/۷۱	۱۱/۱۰ ± ۱۵۱/۹۲	۱۳/۷۳ ± ۱۴۹/۴۲
		گروه کنترل	۱۱/۲۴ ± ۱۱۵/۶۷	۱۱/۸۳ ± ۱۱۹/۰۰	۱۰/۲۷ ± ۱۱۲/۱۳

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد.

در این قسمت مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌های خطا، همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته و

شرط کرویت مورد بررسی قرار گرفته است. الف) مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها: به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو-ویلک مربوط به ابعاد بهزیستی روان‌شناختی برای هر سه گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	شفقت درمانی	۰/۹۳۰ (۰/۳۴۴)	۰/۹۴۳ (۰/۵۰۲)	۰/۹۷۴ (۰/۹۳۷)
		معنادرمانی	۰/۸۶۱ (۰/۰۳۲)	۰/۹۲۶ (۰/۲۶۵)	۰/۹۵۴ (۰/۶۲۴)
		گروه کنترل	۰/۹۵۶ (۰/۶۲۱)	۰/۹۲۹ (۰/۲۷۱)	۰/۹۴۴ (۰/۴۳۶)
	روابط مثبت با دیگران	شفقت درمانی	۰/۹۶۲ (۰/۷۸۱)	۰/۹۴۹ (۰/۵۸۶)	۰/۹۴۷ (۰/۵۵۸)
		معنادرمانی	۰/۹۲۸ (۰/۲۸۸)	۰/۹۵۷ (۰/۶۶۸)	۰/۹۱۲ (۰/۱۶۹)
		گروه کنترل	۰/۹۴۲ (۰/۴۰۶)	۰/۹۴۰ (۰/۳۷۹)	۰/۹۰۵ (۰/۱۱۴)
	خودمختاری یا استقلال	شفقت درمانی	۰/۹۱۳ (۰/۲۰۱)	۰/۹۲۱ (۰/۲۶۰)	۰/۹۴۴ (۰/۵۰۷)
		معنادرمانی	۰/۹۳۱ (۰/۳۱۶)	۰/۹۱۷ (۰/۱۹۶)	۰/۸۹۰ (۰/۰۸۲)
		گروه کنترل	۰/۹۳۰ (۰/۲۷۶)	۰/۹۰۹ (۰/۱۳۰)	۰/۹۴۳ (۰/۴۱۵)
	تسلط بر محیط	شفقت درمانی	۰/۹۱۶ (۰/۲۲۱)	۰/۹۱۴ (۰/۲۰۷)	۰/۹۴۱ (۰/۴۶۸)
		معنادرمانی	۰/۹۴۳ (۰/۴۵۸)	۰/۹۴۷ (۰/۵۲۰)	۰/۹۸۲ (۰/۹۸۵)
		گروه کنترل	۰/۹۴۱ (۰/۳۹۴)	۰/۹۵۲ (۰/۵۵۱)	۰/۹۱۳ (۰/۱۴۸)
	زندگی هدفمند	شفقت درمانی	۰/۹۶۵ (۰/۸۲۶)	۰/۹۳۲ (۰/۳۶۲)	۰/۸۶۴ (۰/۰۴۳)
		معنادرمانی	۰/۹۸۵ (۰/۹۹۵)	۰/۹۶۸ (۰/۸۴۵)	۰/۹۴۲ (۰/۴۴۹)
		گروه کنترل	۰/۸۸۵ (۰/۰۵۶)	۰/۹۵۰ (۰/۵۱۸)	۰/۸۸۷ (۰/۰۶۱)
	رشد فردی	شفقت درمانی	۰/۹۰۰ (۰/۱۳۳)	۰/۹۷۳ (۰/۹۲۳)	۰/۹۴۸ (۰/۵۷۰)
		معنادرمانی	۰/۹۵۸ (۰/۶۸۵)	۰/۸۹۹ (۰/۱۰۹)	۰/۹۳۸ (۰/۳۹۳)
		گروه کنترل	۰/۸۹۲ (۰/۰۷۲)	۰/۹۱۱ (۰/۱۴۲)	۰/۹۴۰ (۰/۳۸۷)
	نمره کل	شفقت درمانی	۰/۹۴۷ (۰/۵۵۶)	۰/۹۱۰ (۰/۱۸۵)	۰/۹۴۷ (۰/۵۵۴)
		معنادرمانی	۰/۹۴۳ (۰/۴۵۶)	۰/۹۵۱ (۰/۵۷۵)	۰/۹۱۴ (۰/۱۸۲)
		گروه کنترل	۰/۹۰۹ (۰/۱۳۱)	۰/۹۵۲ (۰/۵۵۰)	۰/۹۶۵ (۰/۸۷۳)

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه پذیرش خود ($p=0/032$) در گروه معنادرمانی در مرحله پیش آزمون و زندگی هدفمند ($p=0/043$) در گروه درمان متمرکز بر شفقت در مرحله پیگیری معنادار است. اگرچه این مطلب بیانگر توزیع غیر نرمال آن دو مؤلفه در گروه و مرحله یاد شده است، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای شاخص شاپیرو-ویلک، حجم نمونه نزدیک در گروه‌ها و مقاومت آزمون‌های آماری

تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها می‌توان انتظار داشت که این مقدار انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را بی اعتبار نسازد. ب) آزمون برابری واریانس‌های خطا: برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای بهزیستی روان‌شناختی در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون لون برای آزمون همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		P	F	P	F	P	F
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	۰/۳۷۸	۱/۳۲	۰/۰۹۶	۲/۵۰	۰/۱۹۷	۱/۷۰
	روابط مثبت با دیگران	۰/۶۸۶	۰/۳۸	۰/۵۲۸	۰/۶۵	۰/۶۱۴	۰/۴۹
	خودمختاری یا استقلال	۰/۵۳۵	۰/۶۴	۰/۳۳۱	۱/۱۴	۰/۹۰۵	۰/۱۰
	تسلط بر محیط	۰/۰۶۵	۲/۹۴	۰/۷۳۱	۰/۳۲	۰/۹۸۵	۰/۰۲
	زندگی هدفمند	۰/۳۶۸	۱/۰۳	۰/۶۴۵	۰/۴۴	۰/۴۹۴	۰/۷۲
	رشد فردی	۰/۷۱۷	۰/۳۴	۰/۹۳۶	۰/۰۷	۰/۶۸۳	۰/۳۹
	نمره کل	۰/۸۵۷	۰/۱۶	۰/۷۸۹	۰/۲۴	۰/۲۴۳	۱/۴۷

نتیجه آزمون لون در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌ها و در سه مرحله اجرا معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار است.

(ج) برابری ماتریس کوواریانس متغیر وابسته: جدول ۴ نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته را برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته

متغیر	مؤلفه	M.Box	F	P
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	۱۵/۷۷	۱/۱۶	۰/۲۳۰
	روابط مثبت با دیگران	۱۳/۰۶	۰/۹۷	۰/۴۸۰
	خودمختاری یا استقلال	۱۳/۶۷	۱/۰۱	۰/۴۳۶
	تسلط بر محیط	۱۶/۴۱	۱/۲۱	۰/۲۶۷
	زندگی هدفمند	۱۴/۱۴	۱/۰۵	۰/۴۰۴
	رشد فردی	۱۰/۲۳	۰/۷۶	۰/۶۹۷
	نمره کل	۶/۵۴	۰/۴۸	۰/۹۲۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ارزش شاخص آماره ام. باکس مربوط به مؤلفه‌ها معنادار نیست و این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای آن مؤلفه است.

(د) ماتریس کوواریانس خطا: شرط کرویت یا برابری ماتریس کوواریانس خطا با استفاده از تست موخلی ارزیابی شد. جدول ۵ نتیجه آزمون برابری ماتریس کوواریانس خطا را برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول ۵. تست موخلی برای آزمون برابری ماتریس کوواریانس خطا برای متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	شاخص موخلی	χ^2	df	p
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	۰/۹۸۸	۰/۴۸	۲	۰/۷۸۸
	روابط مثبت با دیگران	۰/۹۳۹	۲/۴۱	۲	۰/۳۰۰
	خودمختاری یا استقلال	۰/۹۳۱	۲/۷۰	۲	۰/۲۵۹
	تسلط بر محیط	۰/۹۵۱	۱/۸۹	۲	۰/۳۸۸
	زندگی هدفمند	۰/۹۲۳	۳/۰۵	۲	۰/۲۱۸
	رشد فردی	۰/۸۴۳	۶/۵۷	۲	۰/۰۳۷
	نمره کل	۰/۸۷۷	۴/۹۸	۲	۰/۰۸۳

آن مؤلفه‌ها برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن نمرات با استفاده از روش گیسر- گرینهوس اصلاح شد.

منطبق بر نتایج جدول ۶ تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه رشد فردی ($p=0/037$) معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کروییت برای

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر بهزیستی روان‌شناختی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
پذیرش خود	۰/۵۸۲	۵/۲۶	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۷	۰/۹۷۹
روابط مثبت با دیگران	۰/۵۹۶	۵/۶۱	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸	۰/۹۷۲
خودمختاری یا استقلال	۰/۴۶۹	۸/۷۴	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵	۰/۹۹۹
تسلط بر محیط	۰/۵۳۲	۷/۰۶	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۱	۰/۹۹۳
زندگی هدفمند	۰/۵۶۶	۶/۲۶	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۸	۰/۹۸۵
رشد فردی	۰/۵۳۷	۶/۹۳	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۹۲
نمره کل	۰/۲۵۳	۱۸/۷۸	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷	۱/۰۰

($F=6/26$, $P=0/001$, $\eta^2=0/248$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2=0/248$ ، $P=0/001$ ، $F=6/26$ ، رشد فردی ($F=6/93$) و نمره کل ($F=18/78$, $P=0/001$) بهزیستی روان‌شناختی معنادار است. جدول ۷ تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای درمان متمرکز بر شفقت و معادرمانی بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

منطبق بر نتایج جدول ۶ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های پذیرش خود ($F=5/26$, $P=0/001$, $\eta^2=0/237$)، روابط مثبت با دیگران ($F=5/61$, $P=0/001$, $\eta^2=0/228$)، خودمختاری یا استقلال ($F=8/74$, $P=0/001$, $\eta^2=0/315$)، تسلط بر محیط ($F=7/06$, $P=0/001$, $\eta^2=0/271$)، زندگی هدفمند

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
پذیرش خود	اثر گروه	۹۰۵/۵۲	۵۰۱/۴۱	۳۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
	اثر زمان	۶۶۳/۵۲	۴۸۷/۹۸	۵۳/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
	اثر تعاملی گروه× زمان	۳۶۵/۹۴	۹۴۱/۹۲	۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
روابط مثبت با دیگران	اثر گروه	۸۵۹/۱۳	۱۱۱۶/۳۴	۱۵/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
	اثر زمان	۷۲۱/۸۷	۱۵۷۵/۱۰	۱۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴
	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۹۳/۴۶	۲۶۳۳/۲۹	۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲
خودمختاری یا استقلال	اثر گروه	۴۱۷/۵۸	۷۸۷/۲۵	۱۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
	اثر زمان	۴۳۰/۹۸	۴۵۷/۹۱	۳۶/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۴۲۸/۳۸	۱۰۱۳/۱۳	۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷
تسلط بر محیط	اثر گروه	۴۵۴/۷۲	۴۹۸/۹۷	۱۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶
	اثر زمان	۴۸۸/۷۶	۴۹۹/۸۲	۳۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
	اثر تعاملی گروه× زمان	۴۷۴/۶۵	۱۱۰۴/۱۶	۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
زندگی هدفمند	اثر گروه	۹۰۴/۷۶	۸۷۳/۳۸	۲۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۹
	اثر زمان	۷۸۵/۶۵	۹۸۱/۱۰	۳۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۹۹/۴۰	۱۶۳۴/۴۹	۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸

یگانه پرازده و همکاران

۰/۳۳۵	۰/۰۰۵	۶/۰۰	۸۱۱/۱۸	۲۴۹/۶۵	اثر گروه	رشد فردی
۰/۶۱۶	۰/۰۰۱	۶۲/۶۹	۳۴۳/۴۳	۵۵۲/۰۷	اثر زمان	
۰/۳۶۵	۰/۰۰۱	۱۱/۱۹	۵۷/۵۱	۳۳۹/۵۷	اثر تعاملی گروه× زمان	
۰/۷۳۷	۰/۰۰۱	۵۴/۶۳	۷۶۰۸/۰۸	۲۱۳۱۶/۶۸	اثر گروه	نمره کل
۰/۷۶۴	۰/۰۰۱	۱۲۶/۰۴	۶۶۸۸/۴۵	۲۱۶۱۴/۹۱	اثر زمان	
۰/۶۴۰	۰/۰۰۱	۳۴/۶۹	۹۹۵۰/۰۴	۱۷۷۰۰/۷۲	اثر تعاملی گروه× زمان	

جدول ۷ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای مؤلفه‌های پذیرش خود ($F=7/58$ ، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/280$)، روابط مثبت با دیگران ($F=5/88$ ، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/232$)، خودمختاری یا استقلال ($F=8/25$ ، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/297$)، تسلط بر محیط ($F=8/38$ ، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/301$)، زندگی هدفمند ($F=9/54$ ، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/328$)، رشد فردی ($F=11/19$ ، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/365$) و نمره کل ($F=0/640$ ، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/365$) بهزیستی روان‌شناختی معنادار است. در ادامه جدول ۸ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به اثر درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پذیرش خود	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۱۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۶۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۸	۱/۰۰
روابط مثبت با دیگران	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۷۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۸۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۸۵	۰/۴۸۱
خودمختاری یا استقلال	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۵۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۵۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۲	۱/۰۰
تسلط بر محیط	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۹۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۸۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۸۵	۰/۸۲۶
زندگی هدفمند	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۸۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۱۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۷۵	۰/۱۴۲
رشد فردی	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۲۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵/۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳	۱/۰۰
نمره کل	پیش آزمون	پس آزمون	۳۵/۵۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۳۲/۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۳/۳۸	۰/۳۸۳
متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پذیرش خود	شفقت درمانی	معنادرمانی	۲/۰۷	۰/۰۴۰
	شفقت درمانی	گروه کنترل	۶/۳۹	۰/۰۰۱
	معنادرمانی	گروه کنترل	۴/۳۳	۰/۰۰۱

۰/۰۴۲	۱/۱۹	۳/۰۶	معنادرمانی	شفقت درمانی	روابط مثبت با دیگران
۰/۰۰۱	۱/۱۷	۶/۴۰	گروه کنترل	شفقت درمانی	
۰/۰۱۸	۱/۱۵	۳/۳۴	گروه کنترل	معنادرمانی	
۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۸۱	معنادرمانی	شفقت درمانی	خودمختاری یا استقلال
۰/۰۰۱	۰/۹۸	۴/۱۶	گروه کنترل	شفقت درمانی	
۰/۰۰۴	۰/۹۶	۳/۳۵	گروه کنترل	معنادرمانی	
۰/۰۴۶	۰/۸۰	۲/۰۲	معنادرمانی	شفقت درمانی	تسلط بر محیط
۰/۰۰۱	۰/۷۸	۴/۶۳	گروه کنترل	شفقت درمانی	
۰/۰۰۵	۰/۷۶	۲/۶۲	گروه کنترل	معنادرمانی	
۰/۲۴۲	۱/۰۵	۱/۸۹	معنادرمانی	شفقت درمانی	زندگی هدفمند
۰/۰۰۱	۱/۰۳	۶/۳۴	گروه کنترل	شفقت درمانی	
۰/۰۰۱	۰/۹۸	۴/۴۶	گروه کنترل	معنادرمانی	
۱/۰۰	۱/۱۴	۰/۴۹	معنادرمانی	شفقت درمانی	رشد فردی
۰/۰۰۹	۱/۰۰	۳/۱۶	گروه کنترل	شفقت درمانی	
۰/۰۲۸	۰/۹۸	۲/۶۷	گروه کنترل	معنادرمانی	
۰/۰۰۶	۳/۱۱	۱۰/۳۴	معنادرمانی	شفقت درمانی	نمره کل
۰/۰۰۱	۳/۰۶	۳۱/۰۹	گروه کنترل	شفقت درمانی	
۰/۰۰۱	۲/۹۷	۲۰/۷۶	گروه کنترل	معنادرمانی	

مؤلفه‌ها و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد که معنادرمانی منجر به افزایش پایدار میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی شده است. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که معنادرمانی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان را افزایش می‌دهد.

همچنین جدول نشان داد که تفاوت اثر دو شیوه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر مؤلفه‌های پذیرش خود ($p=0/040$)، روابط مثبت با دیگران ($p=0/042$)، تسلط بر محیط ($p=0/046$)، بهزیستی روان‌شناختی و نمره کل آن ($p=0/006$) معنادار است. به طوری که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با معنادرمانی میانگین آن مؤلفه‌ها و نمره کل را بیشتر افزایش داده است. بر این اساس نتیجه‌گیری شد که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با معنادرمانی روش موثرتری برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، نتایج قابل توجهی ارائه داد. یافته‌ها نشان داد که هر دو رویکرد درمانی، در بهبود مؤلفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه درمان درمان متمرکز بر شفقت و کنترل معنادار است. به طوری که درمان متمرکز بر شفقت منجر به افزایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل شده است. روند تغییر میانگین نمرات نیز نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌ها و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی بعد از گذشت دو ماه از مداخله همچنان پابرجا مانده است. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که اجرای درمان متمرکز بر شفقت بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان افزایش می‌دهد.

همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه معنادرمانی و کنترل به لحاظ آماری معنادار است. همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر میانگین

زندگی و مسئولیت‌پذیری فردی باشد.

نتایج مقایسه‌ای دو رویکرد نشان داد که هر دو درمان اثرات مثبت و قابل توجهی بر بهزیستی روان‌شناختی دارند، اما الگوهای مؤلفه‌ای آن‌ها متفاوت است. درمان متمرکز بر شفقت بیشتر بر ابعاد هیجانی و روابط بین‌فردی اثرگذار است، در حالی که معنادرمانی بر مؤلفه‌های اگزیستانسیال و هدفمندی زندگی تأکید دارد. این تفاوت‌ها نشان‌دهنده مکمل بودن این دو رویکرد است و پیشنهاد می‌شود در طراحی مداخلات جامع برای سالمندان، ترکیبی از تمرین‌های شفقت و معنادرمانی به کار گرفته شود تا تمامی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی پوشش داده شود.

از منظر عملی، یافته‌های پژوهش اهمیت بالینی مداخلات گروهی مبتنی بر شفقت و معنا را در خانه‌های سالمندان نشان می‌دهد. سالمندان مقیم مراکز نگهداری معمولاً با سطوح بالای تنهایی، کاهش تعاملات اجتماعی و اضطراب وجودی مواجه‌اند؛ بنابراین ارائه مداخلات روان‌درمانی هدفمند در قالب گروهی، می‌تواند علاوه بر ارتقای سلامت روان، به تقویت مهارت‌های اجتماعی و ایجاد حس تعلق و ارزشمندی منجر شود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که تغییرات مثبت در مؤلفه‌های بهزیستی در پیگیری دو ماهه نیز حفظ شده‌اند، که بیانگر اثر پایدار این مداخلات است. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، از جمله نمونه نسبتاً کوچک و محدود به سالمندان کرج و پیگیری کوتاه‌مدت، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی با نمونه بزرگتر، مراکز مختلف و پیگیری بلندمدت انجام شود. همچنین، بررسی اثرات ترکیبی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی و تطبیق آن با شرایط فرهنگی و اجتماعی سالمندان ایرانی می‌تواند نتایج کاربردی بیشتری ارائه دهد.

در نهایت، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی، به‌طور مؤثر توانستند بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را ارتقا دهند و می‌توانند به عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر در مراکز سالمندی مورد استفاده قرار گیرند. این یافته‌ها اهمیت طراحی برنامه‌های روان‌درمانی هدفمند، مبتنی بر شفقت و معنا، را برای ارتقای سلامت روان سالمندان و بهبود کیفیت زندگی آنان برجسته می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد هر دو رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی می‌توانند به‌طور مؤثری

دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی مؤثر بوده‌اند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و شاخص‌های معنی‌داری بالینی نشان داد که افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های درمانی معنادار است، در حالی که گروه کنترل تغییر قابل توجهی نداشت. این امر تأکید می‌کند که مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنا، توانایی ارتقای سلامت روان سالمندان را دارند و می‌توانند جایگزینی مؤثر برای مداخلات معمولی و غیرتخصصی باشند.

در مورد درمان متمرکز بر شفقت، نتایج همسو با پژوهش‌های پیشین گیلبرت (۲۵) و کرافت و همکاران (۲۶) نشان داد که پرورش دلسوزی و شفقت نسبت به خود و دیگران می‌تواند پاسخ‌های هیجانی منفی مانند اضطراب، افسردگی و شرم را کاهش دهد. در سالمندان، این رویکرد به ویژه در مؤلفه‌های پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران تأثیرگذار بود. افزایش نمرات در این مؤلفه‌ها نشان‌دهنده توانایی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود احساس ارزشمندی فرد، ارتقای کیفیت روابط اجتماعی و کاهش خودانتقادی است. همچنین، تمرین‌های عملی مانند مدیتیشن شفقت، نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز و تمرین‌های خودمراقبتی، احتمال تثبیت تغییرات رفتاری و هیجانی در طول زمان را افزایش داده‌اند. این یافته‌ها تأکید می‌کند که آموزش مهارت‌های شفقت‌آمیز، حتی در جمعیت سالمندان، می‌تواند به بهبود عملکرد روانی و ارتقای توانمندی‌های مقابله‌ای منجر شود. در مورد معنادرمانی، یافته‌ها حاکی از آن بود که تأکید بر جست‌وجوی معنا و هدفمندی در زندگی، به‌طور معناداری نمرات زندگی هدفمند و رشد فردی را ارتقا داد. این نتایج با نظریه ویکتور فرانکل و مطالعات پیشین او فرانکل (۲۷، ۲۸) همسو است که نشان می‌دهد، یافتن معنا حتی در شرایط محدودیت، رنج و اضطراب وجودی، به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کاهش فشارهای هیجانی منجر می‌شود. تمرین‌هایی مانند شناسایی اهداف زندگی، بازنگری شناختی تجربیات منفی و تمرکز بر ارزش‌های شخصی، به سالمندان کمک کرد تا تجربه‌های رنج‌آور را باز تعریف کنند و احساس کنترل و هدفمندی بیشتری در زندگی خود داشته باشند. به‌ویژه در مؤلفه‌های تسلط بر محیط و زندگی هدفمند، معنادرمانی توانست تأثیر قوی‌تری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت نشان دهد که این یافته می‌تواند ناشی از تمرکز بیشتر معنادرمانی بر اهداف

شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

Reference

1. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020;139:6–11. [doi:10.1016/j.maturitas.2020.05.018](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018)
2. Mumtaz N, Saqulain G. World Health Organization success in rehabilitation 2030 including refugees' rehabilitation across South Asia: a narrative review. *J Pak Med Assoc*. 2023;73(11):2226–2231. [doi:10.47391/JPMA.9098](https://doi.org/10.47391/JPMA.9098)
3. Statistical Center of Iran. An overview of the elderly population of Iran (aged 65 years and over) up to the horizon of 2036. Tehran: Statistical Center of Iran; 2023.
4. Abbaspour Z, Tavakhosh AM, Khojasteh Mehr R. The factors affecting nursing home placement of elderly parents by adult children in Iran: a qualitative study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2026;20(4):594–609. [URL: http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2897-en.html](http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2897-en.html)
5. Ahmadi M, Mohammadi-Shahboulaghi F, Hosseini M, Fallahi-Khoshknab M. The process of involving the family in the care of hospitalized older adult patients: a grounded theory study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2026;20(4):558–577. [URL: http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2964-en.html](http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2964-en.html)
6. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol*. 2013;69(8):856–867. [doi:10.1002/jclp.22021](https://doi.org/10.1002/jclp.22021)
7. Keyes CLM. *Flourishing: the positive person and the good life*. New York: Springer; 2021.

بهریستی روان‌شناختی سالمندان را ارتقا دهند. این مداخلات با بهبود مؤلفه‌های اساسی بهزیستی، نقش مهمی در ارتقای سلامت روان سالمندان ایفا می‌کنند. بنابراین، به‌کارگیری این رویکردها در مراکز سالمندی به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی بالینی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1405.007 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه

8. Wong PTP. *Existential positive psychology and meaning-centered interventions*. Cham: Springer; 2021.
9. Krafft J, Neff K, Gilbert P. Compassion-focused therapy and psychological well-being in older adults: a randomized trial. *J Clin Psychol*. 2019;75(6):1050–1065.
10. Kleindienst N, Steil R, Priebe K, Müller-Engelmann M, Lindauer P, Krause-Utz A, et al. Is dissociation predicting the efficacy of psychological therapies for PTSD? Results from a randomized controlled trial comparing DBT-PTSD and CPT. *Psychol Med*. 2025;55:e59. [doi:10.1017/S0033291724003453](https://doi.org/10.1017/S0033291724003453)
11. Madani SF, 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. [URL: http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2734-en.html](http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2734-en.html)
12. Docherty JP, Colbert BM. The evolution of psychotherapy: from Freud to prescription digital therapeutics. *Front Psychiatry*. 2024;15:1477543. [doi:10.3389/fpsyt.2024.1477543](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1477543)
13. Fereydouni S, Forstmeier S. An Islamic form of logotherapy in the treatment of depression, anxiety and stress symptoms in university students in Iran. *J Relig Health*. 2022;61(1):139–157. [doi:10.1007/s10943-021-01495-0](https://doi.org/10.1007/s10943-021-01495-0)
14. Baumel WT, Constantino JN. Implementing logotherapy in its second half-century: incorporating existential considerations into personalized treatment of adolescent depression.

- J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(9):1012–1015. [doi:10.1016/j.jaac.2020.06.006](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.06.006)
15. García-Alandete J. The place of religiosity and spirituality in Frankl's logotherapy: distinguishing salvific and hygienic objectives. J Relig Health. 2024;63(1):6–30. [doi:10.1007/s10943-023-01760-4](https://doi.org/10.1007/s10943-023-01760-4)
16. Hunot V, Moore TH, Caldwell DM, et al. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(10):CD008704. [doi:10.1002/14651858.CD008704.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2)
17. Saunders R, Buckman JEJ, Stott J, et al. Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: evidence from a large sample of mental health service attendees. J Affect Disord. 2021;294:85–93. [doi:10.1016/j.jad.2021.06.084](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.084)
18. Neff KD, Germer CK. Self-compassion and well-being: a comprehensive review. Annu Rev Clin Psychol. 2019;15:257–286. [doi:10.1002/jclp.22021](https://doi.org/10.1002/jclp.22021)
19. Solomon Z, Dekel R, Bleich A. Coping with death anxiety in older adults living in long-term care facilities. Aging Ment Health. 2025;26(4):707–715.
20. Mousavi P, Aflakseir A, Goodarzi M, Taghavi M. The mediating role of the use of technology in the relationship between cognitive flexibility, social participation, purpose in life, and successful aging. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2026;21(1).
21. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995;69(4):719–727. [doi:10.1037//0022-3514.69.4.719](https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719)
22. Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom. 2014;83(1):10–28. [doi:10.1159/000353263](https://doi.org/10.1159/000353263)
23. Mirsamiee M, Atashpour H, Aghaei A. The effectiveness of achievement emotion regulation training on negative emotions and psychological well-being of female middle school students in Tehran. Journal of Psychological Science 539-546 ,(77)18 ;2023 .. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-332-fa.html>
24. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6–41. [doi:10.1111/bjc.12043](https://doi.org/10.1111/bjc.12043)
25. Gilbert P. The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. London: Constable & Robinson; 2009.
26. Kraft BD., Pervan D., Gilbert P. Compassion-focused therapy and the treatment of depression and anxiety. Clinical Psychology Review. 2011; 31(3): 393–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.004>
27. Frankl VE. Man's Search for Meaning (Revised & Updated). New York: Washington Square Press; 1985.
28. Frankl VE. The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy. New York: Plume; 1997.