

اثربخشی درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان

دکتر فضل‌الله میردیکوند
دانشگاه لرستان

✉ علی اصغر فرخزادیان
دانشگاه لرستان

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۲۴

دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۰۸

صرف افزایش امید به زندگی در سالمندان کافی نیست. بلکه افزایش طول عمر انسان و به‌ویژه سالمندان زمانی مفید است که بتوانیم سالمندی پویا را تجربه کنیم، یعنی کیفیت زندگی سالمند نیز مانند کمیت آن اهمیت دارد. هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل سالمندان شهر اصفهان بود که از میان ۱۰۰ نفر که در چند سرای سالمندان مایل به شرکت در پژوهش بودند، ۳۰ نفر از کسانی که طبق آزمون افسردگی سالمندان دچار افسردگی متوسط و شدید بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه‌های افسردگی سالمندان یسویچ و همکاران و بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل نمودند. گروه آزمایش درمان ۸ جلسه‌ای متمرکز بر خود-شفقتی را دریافت کرده و در این مدت گروه کنترل هیچ آموزش یا درمان روان‌شناختی دریافت نکردند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس در برنامه SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد درمان متمرکز بر خود-شفقتی می‌تواند در کاهش میزان افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی سالمندان تأثیر معنادار داشته باشد ($P=0/001$). با توجه به ارزش و اهمیت قشر سالمند در هر جامعه، پیشنهاد می‌شود برای کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در این قشر از آموزش یا درمان متمرکز بر خود-شفقتی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر خود-شفقتی، بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، سالمندان

دوره سالمندی با تغییرات زیست‌شناختی و روان‌شناختی همراه است. تغییرات روان‌شناختی نیز مثل تغییرات زیستی قابل اغماض نیست و یکی از مهم‌ترین عوامل در این دوره است، چنانکه افراد با رسیدن به سالمندی احساس طردشدگی دارند و با کاهش یافتن خلق، دچار احساس افسردگی می‌شوند که این احساسات با دور شدن فرد سالمند از خانه و زندگی در سرای سالمندان افزایش می‌یابد؛ چنانکه پژوهش‌ها نشان می‌دهد میزان افسردگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر از سالمندان ساکن منازل شخصی است (سهرابی، عابدان‌زاده، شتاب بوشهری، پارسایی و جهانبخش، ۱۳۹۶).

ماندن در سرای سالمندان، باعث ممانعت از انجام فعالیت‌های اجتماعی توسط آنها شده و باعث می‌شود فکر

در سال‌های اخیر رشد سریع تعداد سالمندان نظر پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده و منجر به پژوهش‌های زیادی در این زمینه شده است. طی آخرین سرشماری حدود ۷/۸ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که طبق پیش‌بینی‌ها این آمار در سال ۲۰۲۵ به ۱۱/۳ کل جمعیت خواهد رسید (مسعودنیا،

علی اصغر فرخزادیان، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ فضل‌الله میردیکوند، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به علی اصغر فرخزادیان، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران باشد.

پست الکترونیکی: a.farokhzadian@gmail.com

کنند زندگی‌شان به انتها رسیده و باید در انتظار مرگ باشند. در این صورت یک چرخه منفی ایجاد شده که باعث می‌شود دست از فعالیت بکشند و تعامل کمتری با دیگران داشته باشند. علاوه بر این، تغییر سبک زندگی و ناتوانی‌های جسمی همراه با دوره سالمندی باعث می‌شود تا آنها نسبت به خود ادراکی منفی پیدا کنند (ولز و برمن، ۱۹۹۱) و احساس درماندگی شدیدی داشته باشند (کانگ و چا، ۲۰۱۰). در نتیجه در تطابق «خود واقعی» با «خود مطلوب» شکست بخورند و این از دست رفتن شادابی و توانایی‌های دوره جوانی باعث شود تا تمایلات خودشیفتگی آنها دچار آسیب شود و به این طریق دچار افسردگی دوره سالمندی شوند (کول و دندوکوری، ۲۰۰۳). افسردگی دوره سالمندی از اهمیت بسزایی برخوردار است چنانکه پژوهش‌های بسیاری نیز در این مورد انجام شده است. برای مثال صادقی و بازقلعه (۱۳۹۶) نشان دادند میزان افسردگی در سالمندان مقیم سرا با کیفیت زندگی آنها ارتباط معناداری دارد. همچنین نتایج پژوهش دیگری نشان می‌دهد افسردگی در سالمندان با ناتوانی رابطه مثبت و با وضعیت شناختی و میزان روحیه رابطه منفی معنادار دارد (شهبازی، فروغان، سلمان روغنی و رهگذر، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر در دوره سالمندی برخی تغییرات روان‌شناختی از جمله کاهش تحرک فیزیکی، تنهایی، تغییرات خلقی، تغییر در رضایت از زندگی، سلامت جسمی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی صورت می‌گیرد (کالباق، اسپراندیو، کارلسون و هازلت، ۲۰۱۴). منظور از بهزیستی روان‌شناختی افزایش میزان شکوفایی در زندگی خود و دیگران است. بهزیستی روان‌شناختی دارای مؤلفه‌های عاطفی و شناختی است. افرادی که احساس بهزیستی بالایی دارند به طور عمده هیجان‌ات مثبتی تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی روانی پایین، وقایع را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌ات منفی تجربه می‌کنند (ریف، ۲۰۱۸). بهزیستی روان‌شناختی به کنترل بیماری‌ها و واکنش‌پذیری افراد در مقابل مشکلات، کمک می‌کنند. بنابراین سالمندانی که بهزیستی روان‌شناختی‌شان افزایش یابد، جو سالمی برای رشد و پرورش خود تأمین می‌کنند تا در آن جو به رشد و استقلال برسند (معمدی، برجلی و صادقی‌پور، ۱۳۹۷).

علاوه بر کمیت عمر سالمندان، کیفیت زندگی آنها نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از مباحثی که در این زمینه در مورد افزایش کیفیت دوره سالمندی اهمیت دارد بهزیستی روان‌شناختی است که در دهه‌های اخیر به آن توجه قابل ملاحظه‌ای شده است. به طور مثال نتایج یک پژوهش نشان می‌دهد بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان با استحکام روانی ارتباط دارد که فعالیت بدنی نیز بین این دو متغیر میانجی‌گری می‌کند (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین نتایج پژوهش رحیمی‌پور و کرمی (۱۳۹۳) نشان می‌دهد بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان با رضایت آنها از زندگی ارتباط دارد که متغیر هوش معنوی نیز می‌تواند بین این دو متغیر میانجی‌گری کند. پژوهش گل‌پرور و مصاحبی (۱۳۹۶) نیز نشان می‌دهد بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان با سرمایه روان‌شناختی آنان در ارتباط است. به علاوه پژوهش‌هایی نیز با هدف افزایش بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان انجام شده است، از جمله پژوهش صیادی سیرینی، حجت‌خواه و رشیدی (۱۳۹۵) که نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی زنان سالمند مؤثر است. همچنین نوروزی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در سالمندان می‌شود.

مهم‌ترین مدل برای بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف مفهوم‌سازی و عملیاتی شده است (ریف، سینگر، لاو و اسکس، ۱۹۹۸). ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند. این مدل از ادغام نظریه‌های رشد فردی مانند نظریه خودشکوفایی مزلو^۱، شخص کامل راجرز و سلامت روانی مثبت جاهاودا^۲ به وجود آمده است. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل پذیرش خود، داشتن رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و احساس رشد مستمر و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود (ریف، ۲۰۱۸).

بنابراین طبق مطالب مذکور دو متغیر روان‌شناختی که در دوره سالمندی بیشتر مد نظر قرار گرفته است، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی است که پژوهش‌های مختلفی تا

¹ Mazlow

² Jahoda

بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و هوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شود و نه به‌طور مکرر ذهن را اشغال کند) است. ترکیب این سه مؤلفه شفقت افراد را نسبت به خودشان افزایش می‌دهد. پژوهش‌های مختلفی به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر خودشفقتی بر متغیرها مختلف در سالمندان پرداخته‌اند از جمله پرزبلاسکو، سیلرز، ملندز و مایوردومو (۲۰۱۶) که تأثیر معنادار درمان خودشفقتی بر افزایش ظرفیت انطباق با موقعیت‌های استرس‌زا در سالمندان را نشان داده‌اند. همچنین کالینز و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده‌اند درمان متمرکز بر خودشفقتی می‌تواند اضطراب و افسردگی را در سالمندان مبتلا به دمانس کاهش دهد.

از آنجا که قشر سالمند جزء سرمایه‌های هر جامعه به شمار می‌آید و نمی‌توان نسبت به مشکلات روان‌شناختی آنها بی‌اعتنا بود، این پژوهش به دنبال درمان یا آموزشی هست که بتواند هر دو متغیر مذکور را بهبود بخشد. با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که نشان‌دهنده تأثیر درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان بوده و بر روی اقشار سنی مختلف انجام شده است و همچنین اینکه این تأثیرها در سالمندان ایرانی تا کنون بررسی نشده است یا حداقل چنین موضوعاتی توسط پژوهشگران این مطالعه مشاهده نشده است، در این پژوهش قصد بر این است که تأثیر درمان شفقت به خود بر این دو متغیر مهم که وضعیت روان‌شناختی سالمندان را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهد، در این قشر سنی و در ایران بررسی شود. بنابراین فرضیه‌های این پژوهش مبنی بر این بود که (۱) درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر کاهش افسردگی در سالمندان تأثیر معنادار دارد و (۲) درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان تأثیر معنادار دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش سالمندان افسرده شهر اصفهان بودند که برای انتخاب نمونه که به

کنون نشان‌دهنده کاهش بهزیستی روان‌شناختی (افراد)، (۱۳۹۵) و افزایش نرخ افسردگی (مک‌دونالد، پترایدز، ارونسون و پاس، ۲۰۱۸؛ فستی، ۲۰۱۸) در این دوره از زندگی می‌باشند. مطالعات نشان داده‌اند که ۱۷ تا ۳۷ درصد مراجعان سالمند دارای علائم افسردگی هستند که از آن، ۳۰ درصد دچار افسردگی اساسی می‌باشند (الکسوپلوس، ۲۰۰۱). این رقم در سالمندان بستری در بیمارستان ۳۶ تا ۴۶ درصد است که با بیماری جسمانی همراه است (ترسی، ابرامز، هولمز، رامیرز و ایمیک، ۲۰۰۱؛ به نقل از ملکوتی، فتح‌الهی، میرابزاده، صلواتی و کهانی، ۱۳۸۵).

پژوهش‌های مختلفی تا کنون با هدف کاهش افسردگی در سالمندان انجام شده که طی آنها اثربخشی درمان‌هایی نظیر خاطره‌پردازی انسجامی (محمدزاده، دولتشاهی و محمدخانی، ۱۳۹۰) و درمان مرور زندگی (کریمی، اسماعیلی و آرین، ۱۳۸۹) مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین به منظور افزایش بهزیستی روان‌شناختی نیز درمان‌های مختلفی از جمله معنادرمانی گروهی (صفاری‌نیا و درتاج، ۱۳۹۶) و آموزش مهارت‌های مثبت-اندیشی (صیادی سیرینی و همکاران، ۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفته و اثربخشی آنها تأیید شده است. یکی از جدیدترین درمان‌های مطرح‌شده، درمان متمرکز بر خود-شفقتی^۱ است که پژوهش‌ها نشان می‌دهد این درمان با افزایش میزان شفقت فرد نسبت به خود می‌تواند اضطراب و افسردگی را در سالمندان کاهش داده (کالینز، گیلیگان و پوز، ۲۰۱۷) و بهزیستی روان‌شناختی را در آنها افزایش می‌دهد (ریچی، ۲۰۱۴). شفقت به خود را می‌توان به عنوان آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه در زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود تعریف نمود (نوری، ۱۳۹۵). درواقع اصول پایه در درمان متمرکز بر خود-شفقتی به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در برخورد با این درونیات نیز آرام می‌شود (نوری، ۱۳۹۵).

نف (۲۰۱۶) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای تعریف می‌کند که شامل مواردی همچون مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و

^۱ Self-Compassion Focused Therapy

پژوهش ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) ۰/۹ و در پژوهش‌های خارجی مربوط به کشورهای چین، انگلستان و مالزی از ۰/۷ تا ۰/۹ متغیر بوده است. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون آن ۰/۷ تا ۰/۸۴ و به روش تصنیف ۰/۸۲ است. بر اساس این پرسشنامه نمرات اخذ شده در چهار طبقه نمره‌های صفر-۴ (طبیعی)؛ نمره‌های ۵-۸ (افسردگی خفیف)؛ نمره‌های ۹-۱۱ (افسردگی متوسط) و نمره‌های ۱۲-۱۵ (افسردگی شدید) قرار می‌گیرد. آلفا کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۲. این پرسشنامه را ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته و در سال ۲۰۰۰ مورد تجدید نظر قرار گرفته است (به نقل از اشپرینگر، پادروسکا و هاوسر، ۲۰۱۱). این مقیاس دارای ۵۴ گویه و شش خرده مقیاس خودمختاری، تسلط بر خود، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. مجموع این شش عامل به صورت نمره کلی، بهزیستی روان‌شناختی را اندازه می‌گیرد. این آزمون نوعی مقیاس خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه‌ای لیکرت «از کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. در پژوهش درویزه و کهکی (۱۳۸۷) همسان درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ و ضریب همبستگی به دست آمده از طریق بازآزمایی برای کل مقیاس، ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح $P < 0/01$ معنادار است. اشکانی و حیدری (۱۳۹۳) نیز روایی محتوایی و سازه‌ای این آزمون را مطلوب و بالا گزارش کرده‌اند.

درمان متمرکز بر خود-شفقتی. این آموزش که به شکل گروهی انجام شد در ۸ جلسه برگزار شد که محتوای جلسات، طبق منابع (گیلبرت، ۲۰۰۹) به شرح جدول ۱ بود.

روش اجرا

در ابتدا پس از هماهنگی با سازمان بهزیستی شهرستان اصفهان و کسب اجازه از سازمان مذکور و هماهنگی با چند خانه سالمندان در شهر اصفهان و کسب رضایت از سالمندان ساکن در آنها، از بین کسانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند ۱۰۰ نفر انتخاب شدند و مقیاس افسردگی پیری، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف به همراه یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی بین آنها توزیع شد.

شیوه در دسترس بود، ۳۰ نفر از افرادی که طبق مقیاس افسردگی پیری^۱ دارای نمرات افسردگی بالا بودند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند و ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از (۱) داشتن حداقل سن ۶۰ سال، (۲) کسب نمره مساوی یا بیشتر از ۵ در پرسشنامه افسردگی پیری، (۳) هوشیاری، (۴) عدم ابتلا به اختلال شناختی، (۵) رضایت کامل برای شرکت در پژوهش، (۶) نداشتن نقایص جسمی مانند نابینایی یا ناشنوایی و معلولیت، (۷) عدم مصرف داروهای ضدافسردگی، (۸) خواب‌آور و مخدر، (۹) نداشتن سابقه بستری در بیمارستان روانی بودند. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از (۱) عدم رضایت سالمند یا همراه وی در حین پژوهش، (۲) مشخص شدن ابتلای سالمند به اختلالات شناختی، (۳) نیاز به مصرف داروهای روانپزشکی در حین پژوهش بودند. نتایج یافته‌های توصیفی این پژوهش نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش $71/2 \pm 65/23$ و در گروه کنترل $71/9 \pm 64/64$ بود. وضعیت تأهل کنونی در گروه آزمایش ۵ نفر مجرد (۳۳٪) و ۱۰ نفر متأهل (۶۷٪) و در گروه کنترل ۸ نفر مجرد (۵۳٪) و ۷ نفر متأهل (۴۷٪) بودند. در گروه آزمایش ۷ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۴۷٪)، ۴ نفر فوق‌دیپلم (۲۷٪)، ۳ نفر کارشناسی (۲۰٪) و ۱ نفر کارشناسی ارشد (۶٪) بودند، همین‌طور در گروه کنترل ۷ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۴۷٪)، ۵ نفر فوق‌دیپلم (۳۳٪)، ۲ نفر کارشناسی (۱۴٪) و ۱ نفر کارشناسی ارشد (۶٪) بودند.

ابزار

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی. شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل کنونی، محل زندگی (منزل شخصی، منزل دیگران، خانه سالمندان)، میزان تحصیلات و شغل می‌باشد.

مقیاس افسردگی پیری. این مقیاس را یسویچ و همکاران در سال ۱۹۸۲ برای اندازه‌گیری افسردگی سالمندان ساخته‌اند (به نقل از ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۵). این پرسشنامه دارای دو عامل افسردگی و فعالیت‌های روانی اجتماعی است. فرم اصلی این مقیاس دارای ۳۰ سؤال است که در فرم ایرانی آن به ۱۵ سؤال تقلیل یافته است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۵). ضریب آلفای آن در

^۲ Ryff's Psychological Well-Being Scales

^۱ Geriatric Depression Scale (GDS)

جدول ۱

محتوای جلسات درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری ارتباط و آشنایی با درمان متمرکز بر خود-شفقتی	در این جلسه تلاش شد با شرکت‌کنندگان ارتباط برقرار شود، شرکت‌کنندگان گروه‌بندی شدند، ساختار جلسات مرور شد، اصول کلی درمان متمرکز بر خود-شفقتی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و در مورد تفاوت‌های شفقت و تأسف برای خود توضیح داده شد. میزان آزار عاطفی آنها بررسی شد. در مورد آموزش خودشفقتی اطلاعات اولیه‌ای به شرکت‌کنندگان داده شد.
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی و همدلی	توضیح اینکه چه منابعی می‌تواند برای انسان‌ها رنج‌آفرین باشد. ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. در مورد سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت توضیح داده شد. روش‌های همدلی کردن توضیح داده شد. به آنها آموزش داده شد که چگونه امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده شد.
سوم	پرورش برخی احساسات در افراد	در مورد خصوصیات افرادی که دارای شفقت هستند و شفقت ورزیدن به دیگران توضیح داده شد. احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود در شرکت‌کنندگان پرورش داده شد. برای آنها توضیح داده شد که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند و باید به‌جای اینکه نسبت به خود احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم داشته باشند حس اشتراکات انسانی را در خود تقویت کنند. افراد تقویت شدند تا بدون اینکه از رنج خود و دیگران روی برگردانند یا از آن اجتناب کنند به آن توجه کنند. همدردی کردن به آنها آموزش داده شد. در آخر تکلیف خانگی داده شد.
چهارم	خودشناسی و پرورش ذهن مشفقانه	تمرین جلسه قبل مرور شد. شرکت‌کنندگان با توجه به مباحثی که آموزش داده شده، به خودشناسی و اینکه از شفقت برخوردار هستند یا خیر ترغیب شدند. تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» از جمله ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و استعاره فیزیوتراپ تمرین شد. همچنین شیوه بخشایش نیز به آنها آموزش داده شد. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده شد.
پنجم	آموزش تقویت قدرت تحمل و مراقبت از بهزیستی	تمرین جلسه قبل مرور شد. تمرین‌های قبلی و جدید پرورش ذهن مشفقانه از جمله بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره ذهن آنفلوانزا و آموزش بردباری انجام شد. شیوه پذیرش مسائل و مراقبت از بهزیستی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد و در مورد اینکه چگونه می‌توان تغییرات پیش‌رو را پذیرفت و شرایط سخت و چالش‌برانگیز را با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف تحمل کرد توضیح داده شد. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده شد.
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت و به‌کارگیری آن در زندگی	تمرین جلسه قبل مرور شد. تمرین ایجاد تصاویر مشفقانه به‌صورت علمی انجام شد. سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت از جمله شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته آموزش داده شد. نحوه به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، دوستان و آشنایان توضیح داده شد. نحوه رشد احساسات ارزشمند و متعالی به آنها آموزش داده شد. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده شد.
هفتم	نوشتن نامه‌های مشفقانه	تمرین جلسه قبل مرور شد. نحوه نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران آموزش داده شد. روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت» نیز به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد.
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها	مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل مرور و تمرین شد تا به شرکت‌کنندگان کمک شود تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. در آخر جمع‌بندی صورت گرفت و راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره به آنها ارائه شد.

روش اجرا

در ابتدا پس از هماهنگی با سازمان بهزیستی شهرستان اصفهان و کسب اجازه از سازمان مذکور و هماهنگی با چند خانه سالمندان در شهر اصفهان و کسب رضایت از سالمندان ساکن در آنها، از بین کسانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند ۱۰۰ نفر انتخاب شدند و مقیاس افسردگی پیری، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف به همراه یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی بین آنها توزیع شد. سپس ۳۰ نفر از افرادی که در پرسشنامه افسردگی پیری نمرات ۹ تا ۱۵ گرفته بودند (افسردگی متوسط و شدید) و مایل به شرکت در پژوهش بودند و همچنین ملاک‌های ورود به پژوهش را نیز دارا بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از اخذ رضایت کتبی از این افراد، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. در یکی از مراکز خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان تعداد ۸ جلسه درمان متمرکز بر خود-شفقتی (ظرف ۴ هفته) توسط پژوهشگر اول برای افراد گروه آزمایش اجرا شد در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. سپس به طور مجدد پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. لازم به ذکر است که اعضای گروه آزمایش به پژوهش تعهد کامل داشته و بجز غیبت یک جلسه‌ای دو نفر از شرکت‌کنندگان، گروه آزمایش ریزشی نداشت. به منظور رعایت موازین اخلاقی پژوهش به شرکت‌کنندگان قبل از انجام پژوهش اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌ها محرمانه خواهند ماند و بعد از اتمام پژوهش، این دوره آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا شد. در این پژوهش

درمان متمرکز بر خود-شفقتی، متغیر مستقل و میزان افسردگی و همچنین بهزیستی روان‌شناختی، متغیر وابسته بودند. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر برای تحلیل آماری داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس لازم است که پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. مهم‌ترین پیش‌فرض این آزمون، نرمال بودن عامل در گروه‌ها است که با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف سنجیده شده است. با توجه به اینکه آماره کولموگروف اسمیرنوف در سطح $\alpha=0/05$ برای هر دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نبوده (گروه آزمایش $0/96$ و گروه کنترل $0/92$) بنابراین فرض نرمال بودن عامل‌ها در هر دو گروه پذیرفته می‌شود. جهت بررسی همگونی واریانس دو گروه از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. مقدار آماره برای متغیرها $0/90$ و $0/93$ به دست آمد که در سطح $0/05$ معنادار نیست، پس مفروضه همگونی واریانس دو گروه رعایت شده است (افسردگی $P=0/61 > 0/05$ و $F=0/90$ ، بهزیستی روان‌شناختی $P=0/58 > 0/05$ و $F=0/93$). نتایج مربوط به نمرات میزان افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در گروه‌های کنترل و آزمایش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
افسردگی	۷۵/۶۳ (۸/۴)	۵۳/۳۴ (۷/۴)	۷۳/۸۴ (۹/۶۲)	۷۴/۲۴ (۸/۵۴)
بهزیستی روان‌شناختی	۵۱/۶۳ (۱۰/۹)	۶۷/۲۳ (۹/۰۸)	۵۳/۲۴ (۱۱/۵۳)	۵۴/۱۳ (۱۰/۳۵)

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اختلاف زیادی دارند که برای سنجش معناداری این

اختلاف از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج مربوط به این آزمون در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳

خلاصه تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معناداری	اتا
میزان افسردگی	اثر پیش‌آزمون	۵۸۳/۷۹۱	۱	۵۸۳/۷۹۱	۱۲/۳۵۲	۰/۰۰۵	۰/۱۹۶
	اثر گروه	۷۵۲/۳۲۵	۱	۷۵۲/۳۲۵	۳۲/۸۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۹۶
	خطا	۲۰۵/۲۳۵	۲۹	۵/۶۲			
	کل	۷۳۶۵	۳۰				
بهزیستی روان‌شناختی	اثر پیش‌آزمون	۴۷۲/۳۶۸	۱	۴۷۲/۳۶۸	۱۰/۲۵۱	۰/۰۰۵	۰/۱۹۸
	اثر گروه	۶۸۵/۲۵۶	۱	۶۸۵/۲۵۶	۲۵/۳۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
	خطا	۱۲۵/۲۴۱	۲۹	۴/۷۶			
	کل	۶۴۲۲	۳۰				

طبق جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن اثر نمره‌های میزان افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر پراش، اثر اصلی متغیر بر نمره‌های میزان افسردگی ($P < 0/001$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F = 32/893$) و معنادار است، یعنی درمان متمرکز بر خود-شفقتی به‌طور معناداری موجب کاهش میزان افسردگی و همچنین افزایش بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان شده است. همچنین طبق محاسبات، معناداری بالینی برای متغیر افسردگی حدود $3/49$ و برای بهزیستی روان‌شناختی حدود $2/92$ به دست آمده که با توجه به اینکه از مقدار $1/96$ بزرگ‌تر می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت این آموزش از نظر بالینی بر کاهش افسردگی و همچنین افزایش بهزیستی روان‌شناختی سالمندان تأثیر معنادار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌ها نشان می‌دهد شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی در سالمندان در حال افزایش است، بنابراین در این دوره، سلامتی و بهزیستی از اهمیتی حیاتی و جدی برخوردار است (سیدلکی، سالتهو، اوئیشی و جسوانین، ۲۰۱۴). هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان بود.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر کاهش افسردگی در سالمندان تأثیر دارد تأیید شد که این یافته با مطالعات نوربالا، برجعلی و نوربالا

(۱۳۹۲) و کالینز و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در بسیاری از افراد دچار افسردگی و اضطراب، سیستم رضایت و تسکین، سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان متمرکز بر خود-شفقتی برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم، تاب‌آوری در برابر اضطراب و افسردگی را بالا می‌برد (گیلبرت، ۲۰۰۹). همچنین مؤلفه‌ای دیگر که در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی و نشخوار فکری نقشی مهم ایفا می‌کند به‌هوشیاری است. سازه شفقت به خودی خود می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای باشد، چرا که به آگاهی به‌هوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها نیازمند است. در واقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از به‌هوشیاری، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (بنت‌گلمن، ۲۰۰۱). همچنین به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های شفقت به خود موجب پرورش انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود (گل‌پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی، ۱۳۹۳). در این روش به افزایش مهربانی با خود که باعث تغییر عواطف مثبت و منفی می‌شود توجه شده و به بیمار کمک می‌شود تا قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهد، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی

صرف از سرای سالمندان انتخاب شده و سالمندانی که در منزل خود زندگی می‌کنند در پژوهش وارد نشدند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی سالمندان ساکن در خانه مورد بررسی قرار گرفته و همچنین در پژوهشی جداگانه این فرضیات در مردان و زنان به صورت مجزا و یا حتی مقایسه‌ای مورد بررسی قرار گیرد.

سپاس‌گزاری

از تمامی سالمندانی که علی‌رغم مشکلات موجود، پژوهشگران را در تمامی مسیر پژوهش یاری کردند سپاس‌گزاری می‌گردد.

منابع

- اشکانی، ف.، و حیدری، ح. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های اسنادی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری مقطع دبستان. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۱)، ۲۲-۶.
- افراد، م. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی سالمندان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹، ۱۱۵-۱۰۶.
- درویزه، ز.، و کهکی، ف. (۱۳۸۷). بررسی رابطه سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی. *مطالعات زنان*، ۶(۱)، ۹۱-۱۰۴.
- رحیمی‌پور، م.، و کرمی، ا. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌گری هوش معنوی با بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی در سالمندان شهرستان مهریز (یزد). *فصلنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی*، ۳(۳)، ۸۱-۷۲.
- سهرابی، م.، عابدان زاده، ر.، شتاب بوشهری، ن.، پارسایی، س.، و جهانبخش، ح. (۱۳۹۶). ارتباط بین بهزیستی روان‌شناختی و استحکام روانی در سالمندان: نقش میانجی فعالیت بدنی. *مجله سالمند*، ۱۱(۴)، ۵۴۹-۵۳۸.
- شهبازی، م.، فروغان، م.، سلمان روغنی، ر.، و رهگذر، م. (۱۳۹۵). ارتباط ناتوانی با افسردگی، وضعیت شناختی و روحیه در سالمندان. *نشریه علمی پژوهشی سالمند*، ۱۱(۱)، ۱۴۱-۱۳۲.
- صادقی، م.، و بازقلعه، م. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان شهرستان شاهرود. *مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی*، ۱۱(۱)، ۱۵-۸.
- صفری‌نیا، م.، و درتاج، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی معادرمانی گروهی بر امید به زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی سالمندان

آنها را تحت تأثیر قرار داده در خود ایجاد کند و به صورت هشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرد و تحمل بیشتری داشته باشد که این خود باعث افزایش توان مقابله با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی در سالمندان می‌گردد (گل‌پور و همکاران، ۱۳۹۳).

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان تأثیر معنادار دارد تأیید شد که این یافته با مطالعه طاهرکرمی، حسینی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت شفقت به خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد است (نف، ۲۰۱۶). شفقت به خود به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند، چرا که بهزیستی روانی افراد مسن، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد (سیدلکی و همکاران، ۲۰۱۴) و یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار پیری را فراهم کند و به حل تکلیف رشدی خودانسجامی در برابر ناامیدی در سالمندان کمک کند. سالخورده‌گی با از دست دادن عزیزان زندگی و کاهش سلامتی و عملکرد همراه است. در واکنش به این وقایع، شفقت به خود باعث می‌شود تا به‌جای پاسخ دادن به این وقایع ناخوشایند با خشم و خودسرزنی، افراد با مهربانی و مراقبت رفتار کنند و این وقایع و تجربیات را جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند (نف، ۲۰۰۹). بنابراین ارزیابی مشفقانه از خود، پذیرش خود را افزایش داده و کیفیت روابط بین فردی را بهتر می‌کند و میل افراد برای رشد را افزایش می‌دهد و توانایی آنها را برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط بیشتر می‌کند و از این طریق می‌تواند موجب افزایش بهزیستی روانی در افراد و به‌ویژه سالمندان شود (هومان، ۲۰۱۶).

به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر خود-شفقتی که رویکردی به‌نسبت جدید به‌ویژه در ایران است می‌تواند رویکردی بسیار مفید برای کاهش میزان افسردگی در سالمندان که احتمال ابتلای آنها به افسردگی زیاد است و همچنین افزایش بهزیستی روان‌شناختی در آنان که باعث افزایش کیفیت زندگی آنها می‌شود باشد.

همانند پژوهش‌های دیگر، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی روبرو بود. شاید بتوان گفت بزرگ‌ترین محدودیت پژوهش این بود که نمونه پژوهش به‌طور

- زن ساکن آسایشگاه‌های شهر دبی. *مجله سالمندی ایران*، ۱۲ (۴)، ۴۹۳-۴۸۲.
- صیادی سرینی، م.، حجت‌خواه، م.، و رشیدی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۱۲ (۱)، ۷۱-۶۱.
- ظاهرکرمی، ژ.، حسینی، ا.، و دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز. *سلامت اجتماعی*، ۵ (۳)، ۱۹۷-۱۸۹.
- کریمی، م.، اسماعیلی، م.، و آرین، س.خ. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند. *مجله سالمندی ایران*، ۵ (۲)، ۳۵-۲۶.
- گل پرور، م.، و مصاحبی، م.ر. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی معنوی سالمندان از طریق مؤلفه‌های سرمایه‌روان‌شناختی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶ (۳)، ۱۲-۴.
- گل پور، ر.، ابوالقاسمی، ع.، احدی، ب.، و نریمانی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به افسردگی. *روان‌شناسی بالینی*، ۶ (۱)، ۶۴-۵۳.
- محمدزاده، ا.، دولتشاهی، ب.، و محمدخانی، پ. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان خاطره‌پردازی انسجامی بر نشانه‌های افسردگی سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۶ (۱)، ۵۸-۴۹.
- مسعودنیا، ا. (۱۳۹۵). ادراک و باورها نسبت به سالخوردگی و تأثیر آن بر سلامت عمومی سالمندان: ارزیابی الگوی خودگردانی. *مجله سالمندی ایران*، ۱۱ (۲)، ۳۲۱-۳۱۰.
- معمدی، ع.، برجلی، ا.، و صادقی‌پور، م. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس توان مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. *نشریه علمی-پژوهشی سالمند*، ۱۳ (۱)، ۹۸-۱۰۹.
- ملکوتی، س.ک.، فتح‌الهی، پ.، میراب‌زاده، آ.، صلواتی، م.، و کهنانی، ش. (۱۳۸۵). هنجاریابی مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)؛ فرم ۱۵ سؤالی در ایران. *پژوهش در پزشکی*، ۳۰ (۴)، ۳۶۹-۳۶۱.
- نوربالا، ف.، برجلی، ا.، و نوربالا، ا. (۱۳۹۲). اثر تعاملی «شفقت به خود» و نشخوار فکری بیماران افسرده در «درمان مبتنی بر شفقت». *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی*، ۲۰ (۱۰۴)، ۸۴-۷۷.
- نوروزی، ا.، مرادی، ع.ر.، زمانی، ک.، و حسینی، ج. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با
- درمان پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۱ (۳)، ۶۱-۴۱.
- نوری، ح. (۱۳۹۵). *شفقت و ذهن‌آگاهی*. تهران: انتشارات کیان افراز.
- Alexopoulos, G. (2001). *Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients*. Minneapolis: McGraw-Hill Health Care information.
- Bennett-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 260(6), 2272-2286.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2017). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical gerontologist*, 11, 1-13.
- Festy, P. (2018). The Comparative Study: Self-Acceptance, Environmental Development and Depression on Elderly. *Health Notions*, 2(2), 165-182.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused-Therapy. *Advance psychiatry treatment*, 15(2), 199-208.
- Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111-119.
- Kahlbaugh, P. E., Sperandio, A. J., Carlson, A. L., & Hauselt, J. (2011). Effects of playing Wii on well-being in the elderly: Physical activity, loneliness, and mood. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(4), 331-344.
- Kang, K. B., & Cha, J. W. (2010). Causal relationship between the elderly people's leisure activity and their self-esteem, helplessness, loneliness, leisure satisfaction, life satisfaction, and happiness. *Korean Journal of Exercise Rehabilitation*, 6(4), 39-51.
- McDonald, W. M., Petrides, G., Aaronson, S. T., & Posse, P. R. (2018). The Assessment and Management of Treatment Resistant Depression in the Elderly. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 52-58.

- Neff, K. D. (2009). The Role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development, 52*, 211-214.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness, 7*(1), 264-274.
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 90-103.
- Ritchie, J. E. (2014). *Self-compassion for women in later midlife: A feminist approach to conscious aging* (Doctoral dissertation). Saybrook University.
- Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science, 13*(2), 242-248.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G.D., & Essex, M.J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J Lomranz (Ed), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach*. 69-96.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T.A., Oishi, S., & Jeswanin, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research, 117*(2), 561-576.
- Springer, K. W., Pudrovska, T., & Hauser, R. M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research, 40* (1), 392-398.
- Wells, K. B., & Burman, M. A. (1991). Caring for depression in America: lessons learned from early findings of the Medical Outcomes Study. *Psychiatry Medicine, 9*, 503-519.