



Comparison of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Compassion-Based Therapy on Death Obsession, Body Consciousness and Self-Care Ability in The Elderly

Yusuf Kabiri Nesab

PhD student in clinical psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Birjand, Iran. Email: bsoton_1354@yahoo.com

Seyyed Abdul Majid Bahrainian

Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran. (Corresponding Author), Email: majid.bahrainian@gmail.com

Qasim Ahi

Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran. Email: aghigh1356@yahoo.com

Ahmed Mansouri

Assistant Professor, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Neyshabor branch, Neyshabor, Iran. Email: Mansoury_m@yahoo.com

Received: 2023-05-09

Revised: 2023-10-05

Accepted: 2024-03-04

Published: 2024-03-15

Citation: Kabirnasab, Y., Bahrainian, SM., Ah, Qasim., & Mansouri, A. (2023). Comparison of acceptance and commitment-based therapy and compassion-based therapy on death obsession, body consciousness and self-care ability in the elderly. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), 177-197. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013

Abstract

Introduction

Old age is a significant phase of life. This period begins when one reaches the age of 65. Elderly may experience problems and threats such as chronic diseases and physical and mental disabilities. One of the problems that elderly may experience is death obsession. Death obsession consists of mental preoccupations, impulses, and resistant ideas on death. Another possible change among this group of people is body awareness that is defined as the beliefs and concerns about the appearance of the body. The issues may appear in various pathological forms including depression, anxiety and mental disorders. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is an intervention that is assumed to impact the reduction of death obsession and body awareness. ACT helps to achieve these goals by increasing individuals' flexibility, leading them to set some effective values and making them committed to these values, and providing a meaningful life. However in the meantime, people have to accept the inevitable suffering that they may experience during the process of achieving goals. Therefore, the elderly would experience a better adaptation against death obsession. Moreover, because of paying more attention to the effective values, increasing psychological flexibility and distinguishing thoughts from the facts, people's distorted beliefs about appearance of their body decrease and the quality of their awareness on their body may improve. Another approach that is assumed to reduce death obsession and body awareness is Compassion-Focused Therapy (CFT). This approach underscores body calmness, mind calmness, self-compassion and mindfulness. It is believed that CFT intervention can play a significant role in boosting mind calmness, alleviating obsessions, and negative spontaneous thoughts about their body consciousness. The elderly are viewed as the capitals of each country and their psychological status cannot be ignored. Therefore, this research tried to measure the effectiveness of ACT and CFT on decreasing death obsession and body awareness among this group of people.

Method

This semi-experimental research relied on a pre-test-post-test design with two experimental and one control group. The sample was selected from the elderly members of the Welfare Organization of Behshahr, Iran. The members voluntarily participated in the research. They were selected using



©2022 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

purposeful sampling method and were randomly assigned to two experimental groups and one control groups. The members of the first experimental group received CFT in eight 90-minute sessions and the members of the second experimental group received ACT in nine 120-minute sessions. The members of the control group, however, did not receive any treatment. To measure the effectiveness of the intervention programs, a pre-test and a post-test were carried out using the body-awareness questionnaire (2006) and Abdel-Khalek's (1998) death obsession scale. The death obsession scale consists of 15 items that measure death rumination, death dominance and repetitive thoughts related to death. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate covariance analysis) were applied to analyze the data using SPSS 23 software.

Results

The results of multivariate analysis of covariance showed that the two treatment methods significantly reduce death obsession and body awareness among the elderly ($p < 0.05$). The results also showed that there is no significant difference between the effectiveness of ACT and CFT on reducing death obsession body awareness ($p > 0.05$). Considering the results of implementing the two treatment methods that significantly reduced the death obsession and body awareness, we expect that psychologists and therapists can enhance the elderly's quality of life through applying appropriate treatment.

Conclusion: This study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on death obsession and body awareness among the elderly. The results showed that both treatment methods were effective in reducing death obsession and body awareness, and there was not any significant difference in the effectiveness of ACT and CFT on body awareness and death obsession. Although there are fundamental differences between the two methods in the implementation and techniques, both interventions, derived from the third movement of psychotherapy, emphasize that avoiding negative emotions, feelings, thoughts and pains intensifies psychological problems including death obsession and body awareness. Due to employing such techniques as acceptance, mindfulness, living at the moment, cognitive separation from thoughts and examining them, values and committed action through enhancing psychological flexibility, and therapeutic compassion through becoming aware of the inevitability of sufferings and stresses and choosing a soothing and compassionate attitude towards oneself in stressful situations, creates a loving and accepting relationship with himself and his thoughts and reduce the obsession of death and body awareness. Taking the results into consideration, we can conclude that ACT and CFT can be effectively used to treat the elderly with death obsession and body awareness.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, Death Obsession, Body Awareness, Elderly

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان

یوسف کبیری نسب ⁽ⁱⁱ⁾

دانش آموخته دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران. bsoton_1354@yahoo.com

سید عبدالمجید بحرینیان ⁽ⁱⁱ⁾

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)، majid.bahrainian@gmail.com

قاسم آهی ⁽ⁱⁱ⁾

استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران. aghigh1356@yahoo.com

احمد منصوری ⁽ⁱⁱ⁾

استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران. Mansoury_m@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۱۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
<p>استناد: کبیری نسب، یوسف؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ آهی، قاسم؛ منصوری، احمد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۹۷-۱۷۷. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013</p>			

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش بود. از بین سالمندان بهزیستی شهرستان بهشهر افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به صورت الگوی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارش شدند. گروه اول درمان مبتنی بر شفقت در ۸ جلسه و گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۹ جلسه دریافت نمودند، اما گروه سوم که گروه کنترل بودند تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. جهت تعیین تاثیر برنامه مداخله‌ها، با استفاده از مقیاس هوشیاری بدن (۲۰۰۶) و وسواس مرگ عبدالحق (۱۹۹۸)، پیش‌آزمون و پس‌آزمون برگزار شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی، تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم‌افزار آماری SPSS 23 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن شده بودند. همچنین در اثر بخشی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی هوشیاری بدن و وسواس مرگ تفاوت معناداری وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، شفقت، وسواس مرگ، هوشیاری بدن، سالمندان

مقدمه

سالمندی یکی از مهم‌ترین مقاطع زندگی انسان است که از ۶۵ سالگی شروع می‌شود. بررسی شاخص‌های آماری در ایران حاکی از رشد و شتاب این قشر است به طوری که بررسی‌ها نشان داده‌اند که تا سال ۱۴۲۰، جمعیت سالمند کشور رو به افزایش بوده و حدود ۱۴ درصد جمعیت فعلی وارد دوره سالمندی خواهند شد. در این دوره افراد در معرض مشکلات و تهدیدهای بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرند و تغییرات بسیاری در سالمندان ایجاد می‌شود (Brown et al., 2019).

یکی از تغییراتی که به سراغ سالمندان می‌آید، مسئله مرگ است. مرگ به خاطر ماهیت پرابهامش برای بسیاری از انسان‌ها به خصوص سالمندان به صورت تهدیدآمیز جلوه می‌کند. به دلیل عدم تجربه مرگ در طول حیات شخصی، انسان‌ها به نوعی در مورد آن دچار اضطراب می‌شوند، ولی هر کس درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند. اضطراب مرگ^۱ اصطلاحی است که جهت مفهوم سازی دلهره برخاسته از آگاهی مرگ به کار گرفته می‌شود. تجربه مقداری اضطراب مرگ طبیعی است، اما اضطراب بیش از حد در مورد مرگ می‌تواند مشکلات متعددی به همراه داشته باشد (Menzies & Dar-Nimrod, 2017). یکی از این مشکلات، وسواس مرگ است (Abdel-Khalek, 1998). عبدالخالق (۲۰۱۶) برای اولین بار مفهوم وسواس مرگ را معرفی و ابزاری برای اندازه‌گیری آن درست کرد (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016) وسواس مرگ اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ را شامل می‌شود و در سه بعد نشخوار مرگ، سلطه مرگ، عقاید تکراری مربوط به مرگ قابل بررسی است (Zeighami Mohammadi, 2015).

هوشیاری بدن نیز می‌تواند از جمله تغییرات دیگر دوران سالمندی باشد که نگرانی در مورد ظاهر و باورهای مربوط به آن است (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016). افراد با هر جنس و سنی می‌توانند نگرانی‌هایی پیرامون تصویر بدن را تجربه کنند، اما مشخص شده است که سن مقدمه‌ای برای نارضایتی از بدن است (Sandhu & Sandhu, 2021). سالمندان در مورد تصویر کلی بدن ابراز نگرانی می‌کنند، نارضایتی از بدن، بدون توجه به سن یا جنسیت، ارتباط تنگاتنگی با عزت نفس^۲ دارد و سطوح بالاتر این نارضایتی از بدن می‌تواند به اشکال مختلف آسیب شناسی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن بروز پیدا کند؛ بنابراین، نارضایتی از بدن می‌تواند علت زمینه‌ای اختلالات روانی مختلف باشد (Abd El-Hamed et al., 2021). از آنجا که استانداردهای فرهنگی مربوط به بدن، برای بعضی از سالمندان غیرواقعی و دست نیافتنی است، آن‌هایی که این استانداردها را درونی می‌کنند و دستیابی به آن استانداردها را با هویت خود

1 death anxiety

2 self-esteem

مرتبط می‌کنند، ممکن است قربانی شرمساری ناتوانی در دستیابی به آن‌ها شوند، این شرم فقط باعث جهت‌گیری منفی نسبت به بدن نمی‌شود، بلکه به هویت آن‌ها نیز مربوط می‌شود (Menziez & Dar-Nimrod, 2017).

تصویر بدنی^۱ مفهومی چندوجهی است که علاوه بر عوامل درونی زیست‌شناختی و روانشناختی، عوامل بیرونی فرهنگی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود. این مقیاس یک اندازه‌گیری از هوشیاری بدن بر اساس گزارش خود شخص می‌باشد. هوشیاری بدن شامل ۳ زیر مقیاس نظارت بدن^۲، شرم بدن^۳ و کنترل بدن^۴ است. نظارت بدن یعنی مشاهده از بیرون به خود به‌عنوان مشاهده‌گر برای مطابقت با استانداردهای فرهنگی و کنترل بدن یعنی تلاش مداوم برای رسیدن به استانداردها و خجالت و شرم بابت نرسیدن به استانداردها است (Menziez & Dar-Nimrod, 2017).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله مداخلاتی است که می‌تواند بر کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن مؤثر باشد (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که از سوی استیون هیز و همکاران در دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ شناخته شد (Menziez & Dar-Nimrod, 2017). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مجموعه‌ای از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی را به منظور کمک به افراد برای خارج شدن از قوانین خشک کلامی و تبدیل شدن به انعطاف‌پذیری روانی به کار می‌برد. انعطاف‌پذیری روانی «توانایی تماس کامل‌تر با لحظه حال به‌عنوان یک انسان آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در زمانی که انجام این کار در خدمت اهداف ارزشمند است» می‌باشد. این درمان شامل شش فرایند پذیرش^۶، گسلش^۷، ارتباط با زمان حال^۸، خود مشاهده‌گر^۹، ارزش‌ها^{۱۰} و عمل متعهدانه^{۱۱} است که هدفشان افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است (Swain et al., 2015).

این درمان رابطه میان احساسات و افکار تنش‌زا را تغییر خواهد داد تا از این طریق بتواند ذهنیتی در انسان‌ها ایجاد نماید که شرایط و مشکلات بوجود آمده را بخشی از زندگی عادی خویش بدانند و یا حتی

1 body image

2 Body surveillance

3 Body shame

4 Lonliness

5 Acceptance and commitment therapy

6 acceptance

7 decon

8 contact with present moment

9 self-observer

10 values

11 committed action

آن را بی‌ضرر تلقی نمایند. این مسئله باعث خواهد شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر نشانه‌ها داشته باشند و بیشتر تمرکز خود را بر روی افزایش کیفیت زندگی^۱ افراد بگذارد (Akbulut et al., 2021). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است. در واقع رویکردهای مبتنی بر پذیرش، به جای تمایل بر کاهش اضطراب، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند (Brown et al., 2019). پس از آنجایی که اهداف ACT شامل افزایش انعطاف‌پذیری شخص، هدایت به ارزش‌ها و تعهد به آن‌ها و ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج‌ناپذیر موجود در آن را می‌پذیرد؛ بنابراین سالمندان در مقابل اضطراب و وسواس مرگ سازگاری بهتری دارند (Aboutalebi et al., 2022). همچنین به علت توجه به همین ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روانشناختی و این که افکار فقط افکار هستند و واقعیت نیستند، باورهای تحریف شده در مورد ظاهر بدن تغییر کرده و کیفیت هوشیاری بدن سالمندان بهتر می‌شود.

در راستای این مطالب صفری موسوی و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام‌اس در شهر خرم‌آباد تاثیرگذار است (Sadeghi et al., 2017) همچنین ولی‌زاده و احمدی (۱۴۰۰) ریبخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سالمندان تایید نمودند (Ahmadi & Valizadeh, 2021). در مورد هوشیاری بدن، کبیری نسب و عبدالله‌زاده (۲۰۱۶) در تحقیقات خود نشان دادند که اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش تعهد در سالمندان می‌تواند در بهبود ابراز هیجان و میزان هوشیاری مفید و مؤثر واقع شود (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016).

رویکرد دیگری که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران در مورد سالمندان قرار گرفته است و می‌تواند بر کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن مؤثر باشد رویکرد درمان مبتنی بر شفقت است که اولین بار توسط گیلبرت (Gilbert, 2009; Abd El-Hamed et al., 2021) 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 روان برآمده است (Tohidifar

et al., 2021). شفقت به معنی آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود است زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود. آدم‌ها هر چه رشد یافته‌تر باشند، بهتر همدلی می‌کنند، با خود مهربان‌ترند و انسانی‌تر رفتار می‌کنند (Khalatbari, Hemmati Sabet, & Mohammadi, 2018). زمانی که افراد نسبت به افکار خود، آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هست، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هوشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد. در شفقت درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خود ارزیابی آن‌ها تغییر می‌یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت با افزایش میزان شفقت فرد نسبت به خود می‌تواند اضطراب^۱، افسردگی^۲ و حس تنهایی^۳ را در سالمندان کاهش دهد (H. Abdollahi et al., 2011). خود شفقتی^۴ به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانند سازی افراطی تعریف شده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (Nazemi et al., 2021). این درمان به این موضوع اشاره دارد 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 درونیات نیز آرام می‌شود (Brown et al., 2019). در تمرین‌های شفقت درمانی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت بر خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش اضطراب مرگ و افکار خودآیند منفی مربوط به هوشیاری بدن خواهد داشت (Irons & Lad, 2017).

بنابراین در درمان مبتنی بر شفقت از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی و درک به آن‌ها نزدیک می‌شود، لذا هیجان‌های منفی به احساس‌های مثبت‌تری تبدیل می‌شود و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط را می‌دهد (Brown et al., 2019). در این حالات سالمندان می‌توانند در امور جسمی و روانی خود مراقبتی‌های بیشتری از خود نشان بدهند. مؤلفه بعدی شفقت یعنی اعتراف به ناقص بودن و اشتباه کردن همه انسان‌ها می‌تواند پذیرش را در سالمندان بیشتر و روابط آن‌ها را غنی‌تر کند که همین مسئله باعث کاهش هوشیاری بدن می‌شود (Khalatbari, Hemmati Sabet, & Mohammadi, 2018). در پژوهش توحیدی و کاظمیان مقدم (۱۴۰۰)

1 anxiety

2 depression

3 body control

4 self-compassion

درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش انعطاف پذیری شناختی سالمندان شد (Tohidifar et al., 2021). در پژوهشی دیگر ورعی و پورداد (۱۳۹۸) نشان دادند تقویت شفقت ورزی نسبت به خود به عنوان قدرت داخلی، انعطاف پذیری سالمندان را در برابر خودکشی^۱ افزایش داد و موجب کاهش افکار خودکشی در آنها گردید، در نتیجه اضطراب و وسواس مرگ در سالمندان کمتر می شود (Varaee et al., 2019).

از آنجا که قشر سالمند جزء سرمایه های هر جامعه به شمار می آید و نمی توان نسبت به مشکلات روانی آنها بی اعتنا بود، این پژوهش به دنبال درمان یا آموزشی است که بتواند هر دو متغیر مذکور را بهبود بخشد. با توجه به این که اثر درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن و اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس مرگ و مقایسه دو مداخله بر روی وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان ایرانی تا کنون بررسی نشده یا حداقل چنین موضوعاتی توسط پژوهشگران این مطالعه مشاهده نشده است و از آنجایی که وسواس مرگ می تواند از دغدغه های این سنین باشد و تأثیرات قضاوت دیگران بر روی ظاهر بدن می تواند استرس زا باشد، لذا این پژوهش می تواند وضعیت روانی سالمندان را در ایران تحت تأثیر قرار دهد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف تحقیق کاربردی است و از نظر روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل سالمندان بین ۶۵ تا ۸۰ سال در بهزیستی شهرستان بهشهر است. از بین ۱۵۸ نفر تعداد ۶۰ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک های ورود و خروج از پژوهش، نمونه گیری انجام شد و به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. در این روش گروه آزمایش ۱ تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایشی ۲ درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هر سه گروه در زمان یکسان به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. ملاک های ورود شامل: تمایل افراد برای شرکت در پژوهش، موافقت برای شرکت در پژوهش بر اساس رضایت نامه کتبی، عدم اختلالات روانی و نداشتن بیماری، عدم دریافت درمان های روانشناختی و دارویی در طی شش ماه اخیر و حداقل تحصیلات سیکل است. ملاک های خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل و رضایت برای ادامه پژوهش و سابقه شرکت در برنامه های درمانی انفرادی و گروهی همزمان با اجرای پژوهش، ابتلاء به ویروس کرونا، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، وقوع

حوادث پیش بینی نشده (بستری، مرگ و...) و عدم برخورداری از شرایط جسمی یا روانی مناسب برای اتمام پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها به گونه‌ای که در نتیجه تأثیر منفی بگذارد. پس از جایگزینی شرکت کنندگان در گروه‌ها، ابتدا پرسشنامه‌های وسواس مرگ و هوشیاری بدن توسط هر سه گروه تکمیل شد، سپس بعد از تشریح کامل طرح برای دو گروه آزمایشی، زمان بندی کلاس‌ها (مداخله) اعلام و قرارها برای شروع درمان تنظیم شدند. برای گروه آزمایشی اول، درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد و طی این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد (Barzegaran et al., 2021) و برای گروه آزمایشی دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه دو ساعته هفته‌ای یک جلسه به شیوه گروهی توسط پژوهشگر برگزار شد.

از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱. از افراد مورد پژوهش فرم رضایت‌نامه آگاهانه و آزادانه پژوهش به صورت کتبی اخذ گردید، ۲. اطلاعات مربوط به نحوه‌ی اجرای طرح به افراد مورد پژوهش توضیح داده شد و آن‌ها توانستند با داشتن فرصت کافی تمامی سؤالات خود را پرسند ۳. شرکت در این پژوهش اختیاری بود و داوطلب می‌توانست در زمان دلخواه از مطالعه خارج شود ۴. بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد ۵. هر گونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به دست آمده از آزمودنی مراجعه کننده و نتایج مطالعه براساس رضایت آگاهانه انجام گرفت ۶. حریم خصوصی آزمودنی مراجعه کننده در طول پژوهش رعایت شد و سعی شد تا روش پژوهش با ارزش‌های اجتماعی، فرهنگی و دینی جامعه سازگار باشد.

ابزارها

مقیاس هوشیاری بدن: این مقیاس توسط مک کینلی و هاید^۱ در سال ۲۰۰۶ معرفی شد. این مقیاس یک اندازه‌گیری از هوشیاری بدن بر اساس گزارش خود شخص می‌باشد. باورهایی درباره کنترل ظاهر، شرم بدنی و نظارت بر بدن از مقیاس هوشیاری بدن شامل ۲۴ گویه است که کل امتیاز از طریق جمع ۲۴ گویه محاسبه می‌شود. شرکت کنندگان باید میزان موافقت یا مخالفت خود را در هر عبارت در یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص کند. روش نمره گذاری مقیاس برای کاملاً موافقم ۱ و کاملاً مخالفم ۷ (به استثناء سؤالات ۵-۶-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۴-۱۶-۱۹-۲۳) می‌باشد. که امتیاز بالا نشان دهنده هوشیاری بیشتر بدن می‌باشد. برای محاسبه روایی از روایی همزمان استفاده شده است که همبستگی بالایی بین مقیاس هوشیاری بدن با اختلال خوردن و همچنین اشخاص فعال از نظر فیزیکی وجود دارد

(Greenleaf & McGreer, 2006). آلفای کرونباخ این آزمون ۷۱ درصد برای و اعتبار درونی این آزمون ۷۵ درصد برای کل شرکت کنندگان می‌باشد. آلفای کرونباخ برای ابعاد تصویر بدن یعنی نظارت بدن ۰/۸۳ و شرم از بدن ۰/۹۰ بدست آمده است (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016).

مقیاس وسواس مرگ: این مقیاس به منظور سنجش اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ ساخته شده و ۱۵ ماده دارد. روش نمره گذاری آن از نوع لیکرت ۵ درجه ای است که در آن ۱ معادل اصلا و ۵ معادل خیلی زیاد است. سه عامل مقیاس وسواس مرگ شامل نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ است (Templer et al., 2006). ضریب همسانی درونی این مقیاس و عامل‌های آن را ۹۰ درصد و بیشتر گزارش کرده است. روایی مقیاس وسواس مرگ از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس‌های مشابه به عنوان روایی همزمان نشان داده شده و بر این اساس ضریب همبستگی مقیاس وسواس مرگ با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۱۶۲، افسردگی مرگ ۰/۵۷، افسردگی عمومی ۰/۴۲ و مقیاس روان آزاردگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک ۰/۳۵ گزارش شده است. در ایران محمد زاده و نجفی (۱۳۸۹) روایی همزمان آن را با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۷۶ و ضرایب اعتبار بازآمایی و همسانی درونی آن را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۷ و ۰/۵۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ کلی این آزمون ۰/۷۸ به دست آمد (Alizadeh et al., 2021).

مداخله: ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد (Gilbert, 2009). محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای بر اساس راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۳) طراحی گردید (Hayes et al., 2013). شرح مختصر محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ و خلاصه ای از طرح درمان مبتنی بر شفقت درمانی در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱. موضوعات جلسات آموزش پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرار داد درمانی، آموزش روانی
جلسه دوم	توضیح در مورد بودن در زمان حال، استفاده از تمثیل
جلسه سوم	تمرین پذیرش، استفاده از تمثیل برای فهم بهتر مطالب، بازخورد و مرور تمرینات قبلی
جلسه چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف

مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار	جلسه پنجم
کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند	جلسه ششم
معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی	جلسه هفتم
درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها	جلسه هشتم
جمع بندی جلسات، ارائه پس آزمون.	جلسه نهم

جدول ۲. موضوعات جلسات درمان مبتنی بر شفقت

محتوای جلسات	جلسات
جلسه توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره مرگ و با همکاری اعضای گروه و بررسی مشکلات اعضا	جلسه اول
بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد مرگ و مسائل روانی ناشی از آن، تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی،	جلسه دوم
آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب گرایانه برای ادراک بیشتر برای تصویر بدنی از خود و ارائه تکلیف خانگی	جلسه سوم
مرور تکالیف خانگی، ترغیب شرکت کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی شفقت با توجه به مباحث آموزشی،	جلسه چهارم
مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه تکلیف خانگی	جلسه پنجم
مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ارائه تکلیف خانگی	جلسه ششم
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	جلسه هفتم
جمع بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه راه کارهایی جهت حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس آزمون	جلسه هشتم

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که، ۳۳/۳ درصد (۲۰ نفر) از حجم نمونه در گروه کنترل،

۳۳/۳ درصد (۲۰ نفر) در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۳۳/۳ درصد (۲۰ نفر) در گروه درمان مبتنی بر شفقت ورزی قرار داشتند. حجم نمونه ۶۰ نفر می باشد. همچنین ۷ نفر از گروه کنترل، ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر شفقت در گروه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال، ۸ نفر از گروه کنترل، ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر شفقت در گروه سنی ۷۱ تا ۷۵ سال، ۵ نفر از گروه کنترل، ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۵ نفر از گروه درمان مبتنی بر شفقت در گروه سنی ۷۶ تا ۸۰ سال قرار دارند. در جدول شماره (۱) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در بعد و قبل از درمان

دوره پیگیری		بعد از درمان		قبل از درمان		گروه ها	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیر	
۱/۲۴	۷۳/۹۵	۱/۳۹	۷۳/۹۵	۱/۲۳	۵۹/۰۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	هوشیاری بدن
۱/۶۶	۷۴/۳۵	۱/۲۷	۷۴/۶۰	۱/۱۶	۵۹/۱۰	درمان مبتنی بر شفقت	
-	-	۱/۲۳	۵۹/۴۰	۱/۱۲	۵۹/۳۰	کنترل	
۲/۳۶	۴۱/۳۵	۲/۵۲	۴۱/۶۰	۲/۲۵	۵۸/۶۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	وسواس مرگ
۱/۹۵	۴۲/۴۵	۲/۰۲	۴۲/۷۵	۱/۱۷	۵۸/۷۰	درمان مبتنی بر شفقت	
-	-	۱/۵۰	۵۸/۵۵	۱/۷۳	۵۸/۲۰	کنترل	

با توجه به نتایج جدول (۱) میانگین و انحراف معیار هوشیاری بدن و وسواس مرگ گروه آزمایش در بعد از مداخلات درمانی نسبت به قبل از مداخلات بهبود داشته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل کواریانس، پیش فرض های آزمون های پارمتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لون ارزیابی شد که بیانگر عدم معنی داری آن بود و نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p > 0/05$). در انتها به دلیل استفاده از تحلیل کواریانس، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از عدم معنی داری شیب خط رگرسیون بود ($p > 0/05$). جهت مقایسه میانگین هوشیاری بدن و وسواس مرگ در گروه های مورد مطالعه از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۲) آورده شده است.

جدول ۲: خلاصه تحلیل کواریانس وسواس مرگ در سالمندان در گروه‌های آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
وسواس مرگ	بین گروهی	۱	۱۲/۸۹	۲/۵۲	۰/۱۲۰	۰/۰۶	۰/۳۴
	درون گروهی	۳۷	۱۸۸/۷۴	۵/۱۰			
	کل	۳۹	۲۱۱/۷۷				
هوشیاری بدن	بین گروهی	۱	۴/۰۶	۲/۳۲	۰/۱۳۵	۰/۰۵۹	۰/۳۱
	درون گروهی	۳۷	۶۴/۲۴	۱/۷۳			
	کل	۳۹	۷۱/۹۷				

با کنترل پیش آزمون و با توجه به مقدار F و سطح معنی داری که از مقدار پیش فرض ۰/۰۵ بیشتر است، بین میانگین وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پس آزمون، در سطح خطای ۰/۰۵ تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه پژوهش رد می‌شود. به بیانی دیگر بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان تفاوت وجود ندارد. برای آگاهی از میزان تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شده است.

جدول ۳: جدول میانگین‌های تعدیل شده وسواس مرگ در گروه‌های آزمایش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

متغیر	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه درمان مبتنی بر شفقت	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
وسواس مرگ	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه درمان مبتنی بر شفقت	-۱/۱۳	۰/۶۲	۰/۲۲	-۲/۶۶	۰/۴۰۲
هوشیاری بدن	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه درمان مبتنی بر شفقت	-۰/۶۲	۰/۳۷	۰/۲۹	-۱/۵۳	۰/۲۸

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که، میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت در کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن مؤثر است اما در میزان اثر بخشی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی هوشیاری بدن و وسواس مرگ تفاوت معناداری وجود ندارد (Gheibee et al., 2021; Sadeghi et al., 2017; Varaee et al., 2019).

مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، فرضیه اول بین میزان اثر بخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ در سالمندان تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به نتایج فرضیه اول رد می‌شود (Gheibee et al., 2021).

در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو شیوه درمانی برگرفته از موج سوم روان درمانی هستند و با این که تفاوت‌های اساسی در روش‌ها و تاکتیک‌های اجرایی دارند، اما هر دو معتقدند که اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساس‌ها، افکار ناخوشایند و درد‌ها باعث ایجاد و تشدید مشکلات روانشناختی از جمله وسواس مرگ می‌شود. درمان پذیرش و تعهد به دلیل استفاده از تکنیک‌هایی چون پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون، جدایی شناختی از افکار و بررسی آن‌ها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی باعث بهبود افکار و وسواسی مرگ می‌شود. شفقت درمانی با آگاهی از اجتناب ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت آمیز و پذیرای فرد با خودش و افکارش و کاهش وسواس مرگ می‌شود (Seekis et al., 2020).

فرضیه دوم بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر هوشیاری بدن در سالمندان تفاوت معناداری وجود ندارد که با پژوهش‌های النسون (۲۰۲۱) با موضوع تصویر بدن و الگوهای خوردن در سالمندان همسو می‌باشد (Ellenson, 2021).

در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو درمان فارغ از تفاوت در فنون و روش درمان، به دنبال افزایش مواجهه افراد با مشکلات و پیشگیری از اجتناب تجربه ای افراد از مسائل و رنج‌های زندگی هستند. درمان پذیرش و تعهد مقداری رفتاری و عملیاتی‌تر عمل می‌کند و شفقت درمانی از تغییر دستگاه شناختی بهره بیشتری می‌گیرد (Solimanpour et al., 2022). هر دو رویه تقریباً به نتایج یکسانی می‌رسند، تغییر دستگاه تفسیری ذهن به بهبود رفتارهای اجتماعی و فردی می‌انجامد و بهبود رفتارها و افزایش تجارب مثبت به تعدیل شناخت‌ها و دستگاه ذهنی ناسازگار و منفی کمک می‌نماید؛ بنابراین، هر دو درمان شفقت و پذیرش و تعهد

به میزان تقریباً برابر توانسته اند توانمندی‌های افراد را برای داشتن سبک زندگی سالم به دوراز سرزنش و سختگیری توأم با درک و همدلی و واقع‌نگری و جسارت و حرکت به سوی راه درست را افزایش دهند و به دنبال آن، در بهبود شرم درونی شده و ابعاد آن و کاهش هوشیاری بدن مؤثر باشند (Sirois et al., 2015).

فرضیه سوم مبتنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس مرگ مؤثر است که با یافته‌های صفری و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ در زنان با بیماری ام اس همسو است (Sadeghi et al., 2017). در تبیین این یافته باید گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا با تقویت حضور در لحظه و مشاهده گری بدون قضاوت، توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون این که قضاوتی داشته باشند (Sadeghi et al., 2017). مهارت حضور در لحظه و مشاهده فرایندها درونی بدون قضاوت آن‌ها، ضمن کاهش علائم روانی از جمله اضطراب و وسواس مرگ می‌تواند موجب افزایش میزان سازگاری فرد با مشکلات و نارسایی‌هایی شود که وی ناچار است با آن‌ها کنار بیاید و این مسأله در مورد سالمندان به عنوان افرادی که به واسطه شرایط خود از ضعف ناتوانی بسیاری رنج می‌برند، حائز اهمیت است (Ahmadi & Valizadeh, 2021). در درمان پذیرش و تعهد تأکید می‌شود که نواقص و محدودیت‌ها بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی هر انسانی هستند و لازم است هر فردی آن را به عنوان یک تجربه عمومی بپذیرد که این با افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش وسواس مرگ همراه است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سالمندان کمک کرد تا آن‌ها تجارب درونی خود و از جمله نواقص و نارسایی‌هایی مانند ناتوانی جسمی و محدودیت اجتماعی را به عنوان یک فرایند درونی تجربه کنند و به جای قضاوت این تجارب و پاسخ به آن‌ها، به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است، بپردازند. در واقع، هدف درمان پذیرش و تعهد بر عدم اجتناب از تجارب درونی و مشاهده بدون قضاوت این است تا به افراد کمک شود تا افکار آزاردهنده مانند افکار مربوط به بیماری و مرگ را فقط به عنوان یک فکر گذرا تجربه کنند و نه یک واقعیت مطلق و بنابراین بدون جوش خوردن با آن افکار، اجازه دهند مانند ابری بگذرند و این نیز در کاهش اضطراب مرگ و وسواس مرگ مؤثر بوده است (Yaghoubi et al., 2020).

فرضیه چهارم اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش وسواس مرگ در سالمندان است که با پژوهش بهادری و کاظمیان (۱۳۹۸) که مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ در سالمندان است همسو است (Baharvandi et al., 2020). درمان مبتنی بر شفقت، افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی،

اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. رفتار مشفقانه که یکی از مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت است و به معنای انجام هر کاری است که برای شکوفاشدن به آن نیاز داریم، از این نوع است. از طرف دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن آرامی، ذهن آرام و مشفق و نیز ذهن آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش به‌سزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب مرگ داشته باشد. درمان مبتنی بر شفقت مراجعان را به تمرکز بر درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت خود تشویق می‌کند، همچنین در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (Aboutalebi et al., 2022). افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند. عکس‌العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر مشکلاتشان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به سمت خود دفاعی و نه به سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود (M. Abdollahi et al., 2011). به طور کلی آموزش مهارت‌های درمان 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 اضطراب و وسواس مرگ و افزایش تحمل ابهام می‌شود (Karyotaki et al., 2021).

فرضیه پنجم مبتنی بر این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش هوشیاری بدن مؤثر است که با پژوهش کبیری نسب و عبدالله زاده (۲۰۱۶) که در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوشیاری بدن و ابراز هیجان در سالمندان همسو است (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016).

در واقع، هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک (فکر اینکه من زشتم) بود، چیزی که انعطاف‌پذیری روانشناختی نامیده می‌شود. به طور کلی با توجه به ویژگی‌های افراد دارای اختلال بدشکلی بدن که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطرات مربوط به اختلال بدشکلی بدن هستند کوشش این افراد جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست‌کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد (Irons & Lad, 2017). مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است باعث تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری،

انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفسیرها و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، بدست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها باشد و منجر به بهبود افکار هوشیاری بدن در سالمندان شود. تمرینات یوگا با آگاهی و رضایت بدنی بالاتر و واکنش مثبت به احساسات بدنی و خودشی‌انگاری و اختلال خوردن کمتر رابطه مستقیم دارد. آگاهی و رضایت بدنی و احساسات مثبت نسبت به بدن با اثر بر اختلال خوردن باعث وزن کمتر و افزایش جذابیت بدن می‌شود و از آنجا که اصول یوگا و مراقبه و ذهن آگاهی ارتباط نزدیک با هم دارند پس می‌توان نتیجه گرفت ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش هوشیاری بدن شود (Zeighami Mohammadi, 2015).

فرضیه ششم درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش هوشیاری بدن در سالمندان می‌شود که با تحقیق خلعتبری و همتی (۲۰۱۷) درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدن و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان همسو است (Khalatbari, Hemmati, & Mohammadi, 2018). شفقت به خود "به افراد می‌آموزد که چگونه خود را بپذیرند. در تحقیقات کاظمی و اوهادی (۲۰۱۷) از شفقت به خود به عنوان مهارتی یاد می‌شود که می‌تواند برای پذیرش بدن و عشق به بدن بسیار ارزشمند باشد (Kamalie Egoli et al., 2017). مهربان بودن و درک بدن خود به جای قضاوت سخت، مستقیماً با ریشه نارضایتی بدن، تمایل به انتقاد به جای پذیرش آن، مقابله می‌کند. علاوه بر این، اصل شفقت به خود انسانیت رایج افراد را تشویق می‌کند که بپذیرند «همه مردم ناقص هستند، اشتباه می‌کنند و چالش‌های جدی زندگی را تجربه می‌کنند». انسانیت مشترک افراد را ملزم به اتحاد می‌کند به جای این که به دلیل نقص خود احساس انزوا کنند. از آنجایی که به تصویر بدن مربوط می‌شود، افراد تشویق می‌شوند که به جای این که منزوی و شرم‌منده شوند، تفاوت‌های فیزیکی خود را با دیگران در آغوش بگیرند و قدرت پیدا کنند. علاوه بر این، شفقت به خود به آگاهی از افکار خود بدون تلاش برای تقویت یا نادیده گرفتن آن اشاره دارد، این عمل افراد را قادر می‌سازد تا با افکار دردناک خود در مورد بدن خود ارتباط برقرار کنند، بدون این که به آن واکنش دهند، آن‌ها را ثابت کنند، یا بیش از حد با آن قسمت‌هایی که برایشان ناراحت کننده است توجه کنند (Midilli et al., 2021).

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان شده است، ولی تفاوت معناداری بین اثرگذاری در درمان بر روی وسواس مرگ و هوشیاری بدن وجود ندارد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از آنجا که این پژوهش بر روی سالمندان مرکز بهداشتی بهشهر انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب

احتیاط را رعایت کرد. برنامه اجرای مرحله پیگیری شرکت کنندگان را جهت بررسی پایداری اثرهای مداخله‌های خود، در دستور کار خود قرار ندادیم که به خاطر عدم حضور دوباره سالمندان از محدودیت‌های مطالعه ما بود. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش بینی و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. از آنجایی که در پژوهش حاضر، هر دو روش درمان را یک درمانگر انجام داده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها استفاده شود، زیرا این مسئله موجب اعتماد بیشتر به نتایج و کاهش سوگیری‌ها در زمینه یافته‌ها خواهد شد. همچنین پیشنهاد می‌شود که دوره‌های دیگر درمان همراه با دوره پیگیری تکرار شود که مشخص شود آیا بعد از گذشت زمان آیا نتایج به دست آمده ثابت می‌مانند یا خیر. براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، روانشناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت در جهت کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سلامت روان بیماران سالمند استفاده نمایند، همچنین به عنوان یک برنامه آموزشی می‌توان در خانه سالمندان از آن استفاده کرد.



References

- Abd El-Hamed, A. T., Mahmoud, S. A.-A., Soliman, A. A., & El-Yasergy, D. F. (2021). Immunohistochemical expression of "HE4" in endometrial hyperplasia versus endometrial endometrioid carcinoma. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(A), 669-675. <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/6189>
- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death obsession. *Personality and Individual Differences*, 24(2), 159-165. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00144-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00144-X)
- Abdollahi, H., Savari, M., Zahedi, M. J., Moghadam, S. D., & Abasi, M. H. (2011). Detection of A2142C, A2142G, and A2143G mutations in 23s rRNA gene conferring resistance to clarithromycin among *Helicobacter pylori* isolates in Kerman, Iran. *Iranian journal of medical sciences*, 36(2), 104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556758/>
- Abdollahi, M., Ravindran, V., Wester, T., Ravindran, G., & Thomas, D. (2011). Influence of feed form and conditioning temperature on performance, apparent metabolisable energy and ileal digestibility of starch and nitrogen in broiler starters fed wheat-based diet. *Animal feed science and technology*, 168(1-2), 88-99. <https://doi.org/10.1016/j.anifeedsci.2011.03.014>
- Aboutalebi, H., Yazdchi, N., & Smkhani Akbarinejad, H. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 32(1), 92-101. <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1935-en.html> (In Persian)
- Ahmadi, V., & Valizadeh, H. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Life and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 7(2), 166-153. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6370.1528> (In Persian)
- Akbulut, S., Ozer, A., Saritas, H., & Yilmaz, S. (2021). Factors affecting anxiety, depression, and self-care ability in patients who have undergone liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology*, 27(40), 6967. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i40.6967>
- Alizadeh, S., Rashidi, H. H., & Moghadam, K. K. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Distortion and Rumination in Couples Engaged in Marital Infidelity. *Quarterly Journal of Social Work*, 10(2), 35-43. <https://www.sid.ir/files/4029614003604.pdf> (In Persian)
- Baharvandi, B., Kazemianmoghadam, k., & Haroon Rashidi, H. (2020). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Ambiguity Tolerance and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 6(1), 13-26. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5148.1409> (In Persian)
- Barzegaran, S., Haroon Rashidi, H., & Kazemian Moghadam, K. (2021). The effect of emotional schema therapy on forgiveness, quality of marital relationships, and self-differentiation of women faced with infidelity. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(1), 315-332. <https://doi.org/10.22059/JAPR.2021.305998.643574> (In Persian)
- Brown, L., Karmakar, C., Flynn, M., Motin, M. A., Palaniswami, M., Celano, C. M., Huffman, J., & Bryant, C. (2019). A self-compassion group intervention for patients living with chronic medical illness: Treatment development and feasibility study. *The primary care companion for CNS disorders*, 21(5), 23193. <https://www.psychiatrist.com/pcc/self-compassion-intervention-for-medical-patients/>

- Ellenson, A. (2021). Body Image and Eating Patterns in Older Adults. <https://red.mnstate.edu/thesis/499>
- Gheibee, A., Tajeri, B., Kooshki, S., & Sobhi Gharamaleki, N. (2021). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment and Compassion Therapy on Psychological Well-being in Patient with Multiple Sclerosis [Research]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 7(2), 63-73. <http://ijrn.ir/article-1-582-fa.html> (In Persian)
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Greenleaf, C., & McGreer, R. (2006). Disordered Eating Attitudes and Self-Objectification Among Physically Active and Sedentary Female College Students. *The Journal of Psychology*, 140(3), 187-198. <https://doi.org/10.3200/JRLP.140.3.187-198>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743. <https://acp.scholasticahq.com/article/1743.pdf>
- Kabirinasab, Y., & Abdollahzadeh, H. (2016). The Effectiveness of Mindfulness Training based on Acceptance and Commitment on Body Consciousness and Emotional Expression of The Elderly. *Aging Psychology*, 2(2), 132-125. https://jap.razi.ac.ir/article_584_d28f0aeb1300b1172f9ff9da3b94f6e9.pdf
- Kamalie Egoi, A., Ohadi, A., & Kazemi Mehrabadi, M. (2017). A magnetorheological fluid damper for robust vibration control of flexible rotor-bearing systems: A comparison between sliding mode and fuzzy approaches. *Journal of Theoretical and Applied Vibration and Acoustics*, 3(1), 77-96. <https://doi.org/10.22064/TAVA.2017.39053.1043> (In Persian)
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt BERPohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Riper, H., Patel, V., Mira, A., & Gemmil, A. W. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(4), 361-371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Khalatbari, J., Hemmati Sabet, V., & Mohammadi, H. (2018). Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer [Research]. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 11(3), 7-20. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7> (In Persian)
- Khalatbari, J., Hemmati, S. V., & Mohammadi, H. (2018). Effect of compassion-focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer. <https://sid.ir/paper/144587/en> (In Persian)
- Menzies, R. E., & Dar-Nimrod, I. (2017). Death anxiety and its relationship with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 367. <https://doi.org/10.1037/abn0000263>
- Midilli, A., Kucuk, H., Topal, M. E., Akbulut, U., & Dincer, I. (2021). A comprehensive review on hydrogen production from coal gasification: Challenges and Opportunities. *International Journal of Hydrogen Energy*, 46(50), 25385-25412.

- <https://doi.org/10.1016/j.ijhydene.2021.05.088>
- Nazemi, Z., Sepahmansoor, M., Mohammadkhani, P., & Taghilu, S. (2021). Relationship between emotional expression and marital maladjustment: the mediating role of empathy in divorce applicants. *Preventive Counseling*, 2(2), 72-83. https://jpc.uma.ac.ir/article_1474_675b202b94cf2cf1ce6df932474b28bf.pdf
- Sadeghi, M., Safari-Mousavi, S. S., & Farhadi, M. (2017). The role of psychological flexibility and self-compassion in predicting depression, anxiety and stress in patients with type 2 diabetes. *Journal of Isfahan Medical School*, 35(452), 1468-1475. <https://sid.ir/paper/393219/fa> (In Persian)
- Sandhu, T., & Sandhu, S. (2021). Body Consciousness and Self-Objectification in Gen Z Adolescent Girls. *Current Research in Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.3844/crpsp.2021.1.13>
- Seekis, V., Bradley, G. L., & Duffy, A. L. (2020). Does a Facebook-enhanced Mindful Self-Compassion intervention improve body image? An evaluation study. *Body image*, 34, 259-269. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.07.006>
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and identity*, 14(3), 334-347. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>
- Solimanpour, M., Pirkhaefi, A., & Zaharakar, K. (2022). Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Vitiligo [Research]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 30(2), 82-96. <https://doi.org/10.52547/sjimu.30.2.82>
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>
- Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., Arikawa, H., & Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a death anxiety scale—extended. *OMEGA-Journal of death and dying*, 53(3), 209-226. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/bqfp-9uln-nuly-4jdr>
- Tohidifar, M., kazemianmoghadam, k., & haroonrashidi, h. (2021). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Loneliness and Cognitive Flexibility in Elderly Men. *Journal of Psychological studies*, 17(2), 97-116. <https://doi.org/10.22051/psy.2021.36089.2449> (In Persian)
- Varaee, P., Poordad, S., Afshari, S., & Mirshamsi, Z. (2019). The prediction of suicidal thoughts in the elderly on the basis of gratitude and self-compassion [Original research]. *Journal of Gerontology*, 4(1), 11-19. <https://doi.org/10.29252/joge.3.4.2> (In Persian)
- Yaghoubi, N., Ghasabzadeh Langari, Z., Ahang, F., & Ghaffari, H. (2020). Develop the Desert Ecotourism Development Strategies in Lut Plain. *Journal of Strategic Management Studies*, 10(40), 151-174. https://www.smsjournal.ir/article_103862.html?lang=en (In Persian)
- Zeighami Mohammadi, S. (2015). *Self-care behaviors in patients with systolic heart failure*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4656.4967>