

اثربخشی درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر احساس تنهایی و امید به زندگی در زنان سالمند The effectiveness of self-compassion treatment on loneliness and life expectancy in elderly women

Navab Kazemi*

M. A. in Counselling, Faculty of Human Sciences, Shahid Rajaei University.

navab_us@yahoo.com

Dr. Elaheh Hejazi

Associate Professor, University of Tehran

Vahid Rasolzadeh

M. A. in Counselling, Faculty of Human Sciences, Shahid Rajaei University.

S.Taghi Mohammadi

M. A. in Educational Research, Faculty of Human Sciences, University of Tehran.

Reihaneh Moradi

M. A. in Educational psychology. Faculty of Human Sciences, Shahid Rajaei University.

نواب کاظمی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تهران

الهه حجازی

دانشیار دانشگاه تهران

وحید رسول زاده

کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تهران

سید تقی محمدی

کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، دانشگاه تهران

ریحانه مرادی

کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تهران

Abstract

Aging is a sensitive period of human life, in which aging people are at increased risk of chronic illness, social isolation and lack of social protection, and are often threatened in many cases, their autonomy by their physical and mental disabilities. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of self-compassion-focused therapy on loneliness and life expectancy in senior women. The present study was a semi-experimental design with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population consisted of the elderly in Zanjan city, 30 of whom were eligible to participate in the research, they were randomly selected as samples and subjected to experimental and control in two groups of 15 and completed the questionnaire of the loneliness of Russell and Miller's life expectancy. The experimental group received an 8-session self-compassion treatment, during which time the control group did not receive any psychological training or therapy. Data were analyzed by SPSS 21 software using covariance analysis. The results of this study showed that self-compassion-focused therapy could have a significant effect on reducing loneliness and increasing the life expectancy of senior women ($P = 0.001$). According to the importance of the elderly population in each community, it is suggested that self-compassion-focused education or treatment be used to reduce loneliness and increase life expectancy in this group.

Keywords: self-compassion-focused, loneliness, life expectancy, elderly women

چکیده

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، انزوای اجتماعی و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، در موارد زیادی استقلال فردی‌شان مورد تهدید قرار می‌گیرد. هدف این پژوهش، بررسی میزان اثربخشی درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر احساس تنهایی و امید به زندگی زنان سالمند بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل سالمندان شهر زنجان بود که ۳۰ نفر از آن‌ها که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه‌های احساس تنهایی راسل و همکاران و امید به زندگی میلر 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 ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر خود-شفقتی می‌تواند در کاهش میزان احساس تنهایی و افزایش امید به زندگی زنان سالمند تأثیر معنادار داشته باشد ($P=0/001$). با توجه به ارزش و اهمیت قشر سالمند در هر جامعه، پیشنهاد می‌شود برای کاهش احساس تنهایی و افزایش امید به زندگی در این قشر از آموزش یا درمان متمرکز بر خود-شفقتی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر خود-شفقتی، احساس تنهایی، امید به

زندگی، زنان سالمند

مقدمه

سالمندی^۱ قسمتی از زندگی طبیعی انسان است و از مراحل حساس در تحول روانی انسان محسوب می‌شود و تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی به همراه دارد (زمانی، بحرینیان، اشرفی و مقتدری، ۱۳۹۴). این دوران، زمان پختگی، ورزیدگی، احساس بی‌نیازی، فرصت سیر به سوی کمال و رسیدگی به خویشتن و مرحله‌ای مؤثر و گران‌قدر در زندگی است (علی پور، ۱۳۸۸؛ سجادی، فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۷). یکی از نشانه‌های سلامتی سالمندان، امید به زندگی^۲ است (اسنایدر، ریچل، راند و برگ، ۲۰۰۶). امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد (ماکن باچ، هو و لومان^۴، ۲۰۱۳). امید، مجموعه توانایی‌های فرد برای ایجاد گذرگاه‌هایی به سمت اهداف مطلوب و در ادامه داشتن انگیزه لازم برای استفاده از این مسیرهاست. امید، هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمند را در برگیرد و با وجود موانع چالش‌انگیز، احتمال دستیابی به آن هدف‌ها در میان‌مدت وجود داشته باشد (خالدیان، غریبیان، قلی زاده و شاکری، ۱۳۹۲). از دیگر سو، یکی از شایع‌ترین شکایات سالمندان، احساس تنهایی^۵ است که ۲۵ تا ۵۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال را تحت تأثیر قرار می‌دهد. احساس تنهایی از مشکلات روانی و اجتماعی است که در زندگی این گروه آسیب‌پذیر جامعه به علت تغییرات و فقدان‌ها ایجاد می‌شود و ممکن است پیامد جدی بر سلامت روان آنان ایجاد کند (ابراهیمی، ۱۳۸۲). آنچه سالمندی را مورد تهدید قرار می‌دهد نه بیماری و نه حتی فقر است بلکه احساس تنهایی است و شاید این احساس، عامل مهمی در بروز یا تقویت بیماری‌های دیگر دوران سالمندی باشد (مکس، وینکر و گاسکل^۶، ۲۰۰۵). انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد می‌شود ولی تفاوت‌های فردی در شدت نیاز به تعلق داشتن و چگونگی برآوردن آن مؤثر است. درک معنای احساس تنهایی از منظر یک سالمند می‌تواند توانایی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و توان‌بخشی را برای بررسی، پیشگیری و مداخلات مراقبتی در خصوص این پدیده افزایش دهد. یکی از جدیدترین درمان‌های مطرح شده که ممکن است بر روی احساس تنهایی و امید به زندگی زنان سالمند مؤثر باشد، خودشفقتی^۷ است. خودشفقتی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی است (نف^۸، ۲۰۱۳). اول، هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود می‌شود و از آن رنج می‌برد، موجودیت خود را دوست دارد و آن را درک می‌کند. دوم، حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست جنبه‌های غیرقابل‌اجتناب مشترک در تجربه همه انسان‌هاست. نهایتاً خوددلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می‌شود (نف، ۲۰۰۳). این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌گرانه در رابطه با آن‌ها است. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزئی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند (نف، ۲۰۰۳). داشتن نگرش مشفقانه نسبت به خود که باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی فرد می‌گردد، ذهن آگاهی خوانده می‌شود (بیرنی، اسپکا و کارلسون^۹، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان خودشفقتی با افزایش میزان شفقت فرد نسبت به خود می‌تواند اضطراب و افسردگی و حس تنهایی را در سالمندان کاهش داده (کالینز، گیلیگان و پوز^{۱۰}، ۲۰۱۷) و بهزیستی روان‌شناختی را در آن‌ها افزایش می‌دهد (ریچی^{۱۱}، ۲۰۱۴). پزربلاسکو، سالرز، ملاندز و مایوردومو^{۱۲} (۲۰۱۶) تأثیر معنادار درمان خودشفقتی بر افزایش ظرفیت انطباق با موقعیت‌های استرس‌زا در سالمندان را نشان داده‌اند. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که خودشفقتی پیش‌بین قدرتمندی برای سلامت روان است. برای مثال خودشفقتی رابطه منفی با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، سرکوب افکار و کمال‌گرایی نوروتیک دارد، در صورتی که ارتباط مثبتی با رضایت‌مندی از زندگی و ارتباط اجتماعی دارد و در طولانی‌مدت افزایش خودشفقتی پیش‌گویی کننده سلامت روان است (نف و ونک^{۱۳}،

1. Ageing

2. Life expectancy

3. Snyder, Ristchel, Rand & Berg

4. Mackenbach, Hu & Looman

5. Loneliness

6. Max, Vinkers & Gussekloo

7. Self-compassion

8. Neff

9. Birnie, speca & Carlson

10. Collins, Gilligan & Poz

11. Ritchie

12. Perez-Blasco, Sales, Melendez & Mayordomo

1. vonk

۲۰۰۹). از آن جایی که پژوهش های قبلی اثربخشی درمان خود شفقتی بر بهزیستی و کیفیت زندگی را در جوامعی غیر از جامعه هدف پژوهش حاضر بررسی و تایید کرده و همچنین از آنجایی که سالمندان در اواخر عمر بیشتر از گذشته با امید به زندگی گذران عمر می کنند، این پژوهش بر آن است که تأثیر درمان شفقت به خود را بر این دو متغیر مهم که وضعیت روان شناختی سالمندان را تحت تأثیر قرار می دهد، بررسی کند؛ بنابراین فرضیه های این پژوهش مبتنی بر این بود که (۱) درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر کاهش احساس تنهایی سالمندان تأثیر معنادار دارد و (۲) درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش امید به زندگی تأثیر معنادار دارد.

روش

روش پژوهش حاضر برحسب نوع گردآوری داده ها از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان سالمند بالای ۶۰ سال ساکن سرای سالمندان شهر زنجان بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. با توجه به اینکه حجم نمونه در طرح های نیمه آزمایشی حداقل ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل توصیه می شود، لذا حجم نمونه برای این پژوهش برابر با ۳۰ نفر انتخاب و پس از هم تاسازی (فردی) از نظر سن، تحصیلات و تنها زندگی کردن به صورت تصادفی در قالب دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش جای گرفتند و پرسشنامه ها در بین زنان سالمند توزیع و توسط آنان تکمیل شد. در مرحله بعد، زنان سالمند گروه آزمایش در ۸ جلسه یک و نیم ساعته با برنامه خودشفقتی آشنا شدند ولی به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. پس از اتمام جلسات آموزش خودشفقتی، مجدداً از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. ملاک های ورود در این مطالعه عبارت از رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه بودند. ملاک های خروج نیز شامل داشتن بیماری ناتوان کننده و اختلال شناختی بودند.

ابزار سنجش

مقیاس تجدیدنظر شده احساس تنهایی (UCLA)^۱ به عنوان اولین آزمون احساس تنهایی توسط راسل^۲ (۱۹۹۶) در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد. علیرغم اعتبار و پایایی مناسبی که برای این مقیاس گزارش شده بود، برای رفع برخی نواقص، راسل و همکاران در سال ۱۹۸۰، نسخه تجدیدنظر شده ای از فرم اولیه را ارائه دادند. مقیاس تنهایی راسل (۱۹۸۰) دارای ۲۰ گویه است که خواننده باید به هریک از پرسش ها روی مقیاس لیکرت با نمره «هرگز تا اغلب» چهار درجه ای شامل ۱ تا ۴ پاسخ دهد. دامنه نمرات این آزمون از ۲۰ تا ۸۰ است. مقیاس تنهایی نخستین بار توسط راسل و فرگوسن تدوین شد که بعد از سه بار ویرایش، نسخه نهایی این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد مسن، به شیوه های مختلفی از قبیل خود گزارش دهی و مصاحبه اجرا شده و دامنه ای آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (راسل، ۱۹۹۶). سودانی شجاعیان و نیسی (۱۳۹۱) خصوصیات روان سنجی این مقیاس را بررسی نمودند که ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین در این پژوهش پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی میلر: پرسشنامه امیدواری (MHS)^۳ توسط میلر و پاورز (۱۹۸۸) ساخته شد. این پرسشنامه از نوع آزمون های تشخیصی است که اولین بار برای سنجش امیدواری بیماران قلبی در آمریکا مورد استفاده قرار گرفت تا میزان امیدواری را در آنها نشان دهد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. این آزمون شامل ۱۱ جنبه از حالت های امیدواری و درماندگی است که ماده های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا نهان رفتاری در افراد امیدواری یا ناامید برگزیده شده اند (میلر، ۱۹۸۸). در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه ی رفتاری است، گزینه های (۱) بسیار مخالف، (۲) مخالف، (۳) بی تفاوت، (۴) موافق و (۵) بسیار موافق قرار دارد. هر فرد با انتخاب یک گزینه که در رابطه با او صدق می کند، از ۱ تا ۵ امتیاز کسب می نماید. جمع امتیاز های کسب شده بیانگر امیدواری فرد است. دامنه ای امتیازات از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است. چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب نماید، کاملاً درمانده تلقی می شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می دهد. میزان پایایی آزمون امیدواری میلر به شیوه ای آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد و در محاسبه ای اعتبار آزمون نیز ضریب اعتبار ۰/۶۴ به دست آمد (ملک افضل، ۱۳۷۷).

2. The Revised UCLA Loneliness Scale

3. Russell

4. Miler Hope Scale

The effectiveness of self-compassion treatment on loneliness and life expectancy in elderly women

پس از کسب مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش، نمونه مورد پژوهش بر اساس نمره دریافتی از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی و با توجه به معیارهای ورود و خروج به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان سالمند مراکز سرای سالمندان شهر زنجان ۳۰ زن سالمند که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود در این مطالعه عبارت از رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه بودند. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن بیماری ناتوان‌کننده و اختلال شناختی بودند. سپس هشت جلسه مداخله بر اساس پروتکل خودشفقتی برای گروه آزمایش اجرا گردید و گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مداخلات توسط درمانگر در قالب هشت جلسه هفتگی یک و نیم ساعتی اجرا شد. داده‌های حاصل از تحلیل کوواریانس یک متغیره و چندمتغیره و در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جلسات آموزشی نیز از پروتکل گیلبرت (۲۰۱۴) برگرفته شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش خودشفقتی

جلسات	موضوع	اهداف و شرح جلسه
جلسه اول	ارزیابی، آشنایی و آگاه‌سازی ذهن	ارزیابی میزان اضطراب، استرس و افسردگی نشخوار گونه در زنان، تبیین و آسیب‌شناسی آن‌ها و مفهوم‌سازی آموزش خود شفقتی و تبیین مؤلفه‌های آن.
جلسه دوم	آموزش همدلی	آموزش پذیرش تفاوت‌های فردی، درک طرز فکر دیگران، کنترل احساسات، گوش دادن همدلانه و آموزش نگرش همدلانه به مسائل.
جلسه سوم	آموزش همدردی	آموزش انعکاس درست مفاهیم و احساسات به افراد، آموزش توجه، درک و واکنش انسانی نسبت به پریشانی‌ها. افزایش مراقبت و توجه به سلامت روان.
جلسه چهارم	آموزش بخشایش	آگاه‌سازی درباره راه‌ها و موانع بخشایش، تبیین نقش افکار در تجربه رنجش و بخشایش، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود.
جلسه پنجم	آموزش پذیرش مسائل	آموزش پذیرش روانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به مسائل و رویدادها، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی. آموزش قدردانی از خود.
جلسه ششم	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	آموزش زنان سالمند در جهت ایجاد احساسات ارزشمند به منظور داشتن برخورد مناسب و کارآمد با محیط، آموزش شیوه کاهش همانندسازی فراقکنانه و افزایش توانایی تمایز بین احساسات ارزشمند و غیر ارزشمند در زندگی.
جلسه هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری	آموزش راهکارهای درست فکر کردن، تحلیل و ارزشیابی صحیح از رویدادهای زندگی به منظور افزایش پذیرش مسئولیت و کاهش انزوا. آموزش تفکر خود انتقادی در زنان به منظور ایجاد دیدگاه‌های کارآمد در خود.
جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها	مرور و تمرین مهارت‌های گذشته (همدلی، همدردی، بخشایش، پذیرش مسائل، احساسات ارزشمند، مسئولیت‌پذیری) به منظور مقابله با شرایط جدید، پذیرش و تغییر نگرش. اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیر احساس تنهایی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل بیان شده است. مطابق این جدول میانگین نمرات احساس تنهایی گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی ندارد ولی میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش چشمگیری یافته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر احساس تنهایی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

گروه	آزمون	N	M	SD
کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۴۵/۶۱	۱/۸۳
	پس‌آزمون	۱۵	۴۶/۳۲	۱/۹۵
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۴۶/۱۵	۱/۸۹
	پس‌آزمون	۱۵	۲۷/۳۹	۱/۳۶

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیر امید به زندگی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل بیان شده است. مطابق این جدول میانگین نمرات امید به زندگی گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی ندارد ولی میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش چشمگیری یافته است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد امید به زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	آزمون	گروه	N	M	SD
پیش‌آزمون	کنترل	کنترل	۱۵	۱۵۱/۳۲	۲/۷۵
			۱۵	۱۵۲/۴۳	۳/۱۹
پس‌آزمون	کنترل	کنترل	۱۵	۱۵۴/۷۸	۳/۰۱
			۱۵	۲۲۴/۶۱	۲/۳۷

برای آزمون فرضیه‌ها از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت بعضی مفروضه‌ها از قبیل همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و همگنی واریانس‌های خطا الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس ($P > 0.05$) و $F = 0.781$ ، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برای متغیر احساس تنهایی ($P > 0.05$) و $F = 0.104$ و متغیر امید به زندگی ($P > 0.05$) و $F = 1.214$ ، همگی نشانگر برقرار بودن این مفروضه‌ها بودند؛ بنابراین از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره به منظور مقایسه میانگین نمره‌های احساس تنهایی و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثر متغیر گروه بر متغیر وابسته

آزمون‌ها	مقادیر	آماره F	Sig
اثر پیلایی	۰/۸۱۴	۴۱/۱۳۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۲۱	۴۱/۱۳۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۵۶۹	۴۱/۱۳۵	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۶۰۳	۴۱/۱۳۵	۰/۰۰۱

نتیجه تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که هر چهار آماره، یعنی اثر پیلایی ($P < 0.05$) و $F = 41.135$ ، لامبدای ویلکز ($P < 0.05$) و $F = 41.135$ ، اثر هتلینگ ($P < 0.05$) و $F = 41.135$ ، بزرگ‌ترین ریشه روی ($P < 0.05$) و $F = 41.135$ ، معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتیجه تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که روش مداخله (آموزش خودشفقتی) بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد؛ بنابراین با توجه به تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیره به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی، مربوط به کجاست. با توجه به نتایج جدول ۵، با تعدیل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات احساس تنهایی در دو گروه کنترل و آزمایش با $F = 27$ و $F = 96.42$ در سطح $P \leq 0.001$ تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان گروه آزمایش که آموزش خودشفقتی دریافت کرده‌اند، میانگین نمرات پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای بررسی اثربخشی خودشفقتی بر احساس تنهایی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات (SS)	درجات آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	P	مجذور اتا	توان آماری
گروه آزمایش	۲۴۵/۴۳	۱	۲۹۳/۴۳	۴۷/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۰/۷۱
پیش‌آزمون	۷۵۲/۱۸	۱	۷۳۱/۱۸	۹۶/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۰/۸۵
خطا	۴۷۳/۷۵	۲۷	۷/۷۵				
کل	۱۶۲۱/۷۵	۳۰					

با توجه به نتایج جدول ۶ با تعدیل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات امید به زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش با $F=۹۵/۴۲$ $df=۲۷$ در سطح $P \leq ۰/۰۰۱$ تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که زنان گروه آزمایش که آموزش خودشفقتی دریافت کرده‌اند؛ میانگین نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای بررسی اثربخشی خودشفقتی بر امید به زندگی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات (SS)	درجات آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	P	مجذور اتا	توان آماری
گروه آزمایش	۴۵۱/۲۹	۱	۴۷۱/۱۲	۴۵/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۶۸	۰/۷۷
پیش‌آزمون	۶۲۱/۳۲	۱	۵۸۱/۹۶	۹۵/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۰/۸۱
خطا	۵۱۵/۴۱	۲۷	۹/۴۵				
کل	۱۷۷۴/۶۲	۳۰					

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش خود شفقتی بر احساس تنهایی و امید به زندگی در زنان سالمند بود. فرضیه اول این پژوهش نشان داد آموزش خود شفقتی بر احساس تنهایی در زنان سالمند تأثیرگذار است. پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با تأثیر آموزش مبتنی بر خود شفقت ورزی بر احساس تنهایی محدود است اما در میان همین تعداد، نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های کالینز و همکاران (۲۰۱۷) و پرزبلاسکو و همکاران (۲۰۱۶) هم سو است. در تبیین نتیجه به دست آمده از فرضیه اول می‌توان گفت که خود شفقت ورزی، یک نیروی انسانی مهم است که به‌عنوان کیفیت مهربانی، ملایمت، احساس ارتباط درونی و کمک به افراد برای امیدوار بودن در زمان مواجه شدن با دشواری‌های زندگی در نظر گرفته می‌شود. در این رویکرد بیشتر به حل اختلافات درونی پرداخته و از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدی به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه تغییر افراد کمک می‌شود. این تغییرات می‌تواند به‌صورت نوعی از درمان فیزیولوژی- روانی- عصبی تعبیر و تفسیر شود (گیلبرت^۱، ۲۰۱۴). سازه خود شفقتی از جهات گوناگون می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای راه‌حل مدار در برابر احساس‌های انزوا در سالمندان باشد؛ چرا که آگاهی هوشیارانه از هیجان‌های شخصی فرد، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آن‌ها، نیازمند است. از طرف دیگر، یافته‌های فرضیه دوم نشان داد که آموزش خود شفقتی در افزایش امید به زندگی در زنان سالمند تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ریچی (۲۰۱۴)، اسمیت و نف (۲۰۱۴)، نف و همکاران (۲۰۰۷) و فرخزادیان و میردیریکوند (۱۳۹۷) هم سو است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که دوران سالمندی علاوه بر طی کردن سال‌های عمر می‌تواند امید را هم به همراه آن طی کند. اتفاقاتی مانند جدایی فرزندان از خانواده، مرگ عزیزان و بازنشستگی سالمند آسیب‌های روان‌شناختی اساسی به فرد وارد می‌کند؛ اما در این میان آموزش شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک نیروی محرکه مجدد برای شخص عمل کند. شفقت به خود منجر به افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد

¹ Gilbert

از خود، کاهش نشخوار فکری، کاهش سرکوب فکر، اضطراب و کاهش فشار روانی و همچنین موجب تعادل روانی سالمندان می شود که همه این موارد در افزایش امید به زندگی در سالمندان نقشی اساسی دارد؛ بنابراین، انعطاف پذیری در افکار و مهربانی با خود موجب می شود که افراد نسبت به خود، قضاوتی واقع بینانه داشته باشند و نارسایی های عملکردی خود را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند و تصمیمات مناسب را برای رفع آن اتخاذ نمایند. توجه به مشترکات انسانی نیز می تواند ایجاد احساس هم سرنوشتی با دیگران در فرد سالمند شود و از قضاوت های تند و افراطی نسبت به خود که مختل کننده عملکرد مناسب هستند، جلوگیری نماید. به جرئت می توان گفت نگاه مثبت به آینده مهم ترین فایده خودشفقتی است و مداخله خودشفقت ورزی در افزایش خوش بینی و امید به زندگی در افراد نسبت به توانایی هایشان به هنگام رویارویی با موقعیت های چالش برانگیز تأثیر گذار است، شاید به این دلیل که این نوع رویکرد، خودقضاوتی را کاهش داده و موجب رشد ادراک شایستگی می شود. به طور کلی می توان گفت اشخاص دارای خودشفقتی در مقایسه با کسانی که فاقد خودشفقتی هستند، بسیار خوش بین تر هستند و در نتیجه بهتر می توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند (نف، ۲۰۱۱). همانند دیگر پژوهش ها این پژوهش نیز با محدودیت هایی روبرو بود. این پژوهش در سرای سالمندان انجام و فقط در بین زنان صورت گرفت. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از مردان نیز به عنوان جامعه هدف استفاده و تأثیر این نوع درمان بر روی عوامل روان شناختی دیگر نیز بررسی شود.

منابع

- ابراهیمی، احمد. (۱۳۸۲). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آن ها. *ماهنامه پژوهش در علوم پزشکی*، ۹۴-۹۵.
- خالدیان، محمد؛ غریبی، حسن؛ قلی زاده، زلیخا؛ و شاکری، رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی، *فصلنامه مشاوره و روان درمانی*، ۵۷ (۲) ۴۰-۲۳۳.
- سودانی، منصور؛ شجاعیان، منصور و نیسی، عبدالکظیم. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادارمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. *مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۲)، ۵۴-۴۳.
- زمانی، نرجس؛ بحرینیان، عبدالحمید؛ اشرفی، سحر؛ و مقتدری، شیرین. (۱۳۹۴). اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی سالمندان ساکن آسایشگاه در بندرعباس. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۱(۴) ۸۲-۹۴.
- علی پور، فردین؛ سجادی، حمیرا؛ فروزان، آمنه؛ و بیگلریان، اکبر. (۱۳۸۷). نقش حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۶۷-۱۴۹ (۳۳).
- فرحزادیان، علی اصغر؛ و میردیری کوند، فضل الله. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر خود-شفقتی بر افزایش بهزیستی روان شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان. *مجله روان شناسی پیری*، ۳(۴)، ۳۰۲-۳۹۳.
- ملک افضلی حسین. امید به زندگی مردان و زنان ایرانی در سال ۱۳۷۵. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱(۲)، ۱۰۷-۱۱۰.
- Bailey, TC., Synder, CR. (2010). satisfaction wit life and hope: A look at age and marital status. *The Psychological Record*, 57. 233-240.
- Birnie, k., specia, M., & Carlson, L. E. (2010). Explore self-copassion and empathy in the context of mindfulnessbased Stress Reduction(MBSR). *Stress and Health*, 1,111
- 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.
- DeVlaming, R., Haveman-Nies, A., van t Veer, P., Groot, L. C. (2010). Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in noninstitutionalized elderly Dutch people. *BMC public Health*, 10(47), 552-60.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Mackenbach, J. P., Hu, Y., & Looman, C. W. N. (2013). Democratization and life expectancy in Europe, 1960-2008. *Social Science & Medicine*, 93, 166-175.
- Max, L., Vinkers, D., Gusssekloo, J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely. *Am J psychiatry*, 162, 178-180.
- Miller, J. F., & Powers, M. (1988). Development of an instrument to measure hope, *Nursing Research*, 37, 35- 56.
- Neff, K. D., Germe, R. & Christopher, K. (2013). Self-compassion program. *Journal of clinical Psychology*, (1), 28-44.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, selfesteem and well-being. *Social and Personality Psychology compass*, 5, 1-11.
- Neff, K. D, vonk, R. (2009). self-compassion versus global self-esteem: Two different way of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1) 23-50.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *self and Identify*, 2(3)233-250.
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Melendez, 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.

The effectiveness of self-compassion treatment on loneliness and life expectancy in elderly women

- Ritchie, J. E. (2014). Self compassion for women in later medlife: A feminist approach to conscious aging (Doctoral dissertation). Saybrook University.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Snyder, CR., Ristchel, LA., Rand, KL., Berg, CJ. (2006). Balancing psychological assessment: Including strengths and hope in client report. *Journal of clinical psychology*, (1)33-64. doi:10.1002/jclp. 20198.
- Theeke, L. A. (2010). Sociodemographic and Health-Related risks for loneliness and outcome differences by loneliness Status in a sample of U.S. *Older Adults. Res Gerontol Nurs*, 2, 99-103.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی