



Comparison of effectiveness acceptance and commitment therapy and compassion therapy on death obsession and self-care ability in the elderly

Yousef Kabirinasab¹, Seyed Abdulmajid Bahrainian², Qasem Ahi³, Ahmad Mansouri⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology Clinical, Birjan Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: bsoton_1354@yahoo.com

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: majid.bahrainian@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: aghigh1356@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: Mansoury_m@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 14 March 2024
Received in revised form
08 April 2024
Accepted 16 May 2024
Published Online 21
December 2024

Keywords:
acceptance and
commitment therapy,
compassion therapy,
death obsession,
self-care ability,
the elderly

ABSTRACT

Background: The elderly population is widely acknowledged as a valuable asset to any society. Given the potential psychological and physical challenges associated with death obsession and self-care ability among the elderly, this research aims to address these issues. Notably, there is a dearth of investigation into the comparison of two interventions targeting death obsession and self-care in the Iranian elderly. Consequently, this study is designed to contribute to the enhancement of both variables in this specific demographic.

Aims: The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on death obsession and self-care ability in the elderly.

Methods: The research employed a semi-experimental design with a pre-test-post-test structure, incorporating two experimental groups and a control group. The study focused on the welfare elderly population in Behshahr City, selected through purposeful sampling and subsequently randomly assigned to the experimental and control groups. The first experimental group underwent eight 90-minute sessions of compassion therapy (Gilbert, 2009), while the second experimental group participated in nine 120-minute sessions of acceptance and commitment therapy (Hayes et al., 2013). In contrast, the control group did not receive any treatment. Data collection involved the use of the self-care ability scale for the elderly developed by Yonsi et al. (2019) and the death obsession scale by Abdul Khaliq (1998). Statistical analysis utilized descriptive and inferential statistics, multivariate covariance analysis, and the SPSS 23 statistical software.

Results: The results revealed that both acceptance and commitment therapy and compassion therapy led to a reduction in death obsession and an enhancement in self-care ability among the elderly. Additionally, no significant difference was observed in the effectiveness of acceptance and commitment therapy compared to compassion therapy concerning death obsession ($p > 0.05$). However, it was noted that compassion therapy exhibited a higher effectiveness in improving self-care ability in the elderly ($p < 0.05$).

Conclusion: In light of the findings, it can be inferred that both acceptance and commitment therapy and compassion therapy were effective in addressing death obsession and enhancing self-care ability in the elderly. Consequently, psychotherapy centers and elderly care facilities can consider employing acceptance and commitment therapy as well as compassion therapy as effective treatment approaches to enhance the well-being of the elderly, specifically targeting the improvement of death obsession and self-care ability.

Citation: Kabirinasab, Y., Bahrainian, S.A., Ahi, Q., & Mansouri, A. (2024). Comparison of effectiveness acceptance and commitment therapy and compassion therapy on death obsession and self-care ability in the elderly. *Journal of Psychological Science*, 23(142), 209-228. [10.52547/JPS.23.142.209](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.209)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 142, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.142.209](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.209)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Abdulmajid Bahrainian, Professor, Department of Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
E-mail: majid.bahrainian@gmail.com, Tel: (+98) 9123447617

Extended Abstract

Introduction

Old age, commencing at the age of 65, represents a critical stage in human life marked by potential challenges, including a higher susceptibility to chronic diseases, physical and mental disabilities (Haji Hasni et al., 2019). Among the challenges faced by the elderly during this period are issues related to death obsession and self-care ability. Death obsession involves mental preoccupations, impulses, and resistant beliefs associated with death (Mohammedzadeh, 2014). On the other hand, self-care encompasses conscious, learned, and purposeful actions aimed at preserving life and enhancing health. Acceptance and commitment therapy stands as an intervention that holds promise in mitigating death obsession and fostering self-care ability. This therapy, rooted in values and commitment to them, strives to create a rich and meaningful life while acknowledging the inevitable suffering it entails. Consequently, it aids the elderly in adapting more effectively to death obsession.

Concerning the self-care ability of the elderly, acceptance and non-judgment of others contribute to improved social relations, enhancing their overall quality of life. Another effective approach for addressing death obsession and self-care ability in the elderly is compassion therapy, emphasizing the internalization of external soothing thoughts, factors, images, and behaviors. This therapy encourages a calming response to external factors within the individual's mind. Compassion therapy exercises focus on promoting calmness, a tranquil mind, self-compassion, and mindfulness, playing a significant role in reducing death obsession and enhancing self-care ability (Irons & Led, 2017).

By comparing these two therapeutic interventions, the present research aims to explore and unveil new dimensions of their differences in intervening with the mentioned variables. In essence, the research seeks to answer the question of whether there is a significant difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy in addressing death obsession and self-care ability in the elderly.

Method

This study employed applied research intending to conduct a semi-experimental investigation utilizing a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population encompassed all elderly individuals aged between 65 and 80 residing in the welfare old people's home in Behshahr City as of June 2022. From this population of 158 individuals, 60 participants were selected using the purposeful sampling method following preliminary interviews and adherence to research criteria. The selected participants were then randomly divided into three groups, each consisting of 20 individuals. In this approach, the first experimental group underwent training in acceptance and commitment therapy, the second experimental group received training in compassion therapy, and the control group was placed on a waiting list. All three groups underwent pre-test and post-test assessments simultaneously.

The first experimental group received compassion therapy (Gilbert, 2009) in eight 90-minute sessions, and the second group underwent acceptance and commitment therapy (Hayes et al., 2013) in nine 120-minute sessions. Meanwhile, the control group did not receive any form of treatment. The data collection tools employed included the self-care ability scale for the elderly developed by Yonsi et al. (2019) and the death obsession scale by Abdul Khaliq (1998). Data analysis was carried out using descriptive and inferential statistics, multivariate covariance analysis, and the SPSS 23 statistical software.

Results

The results reveal that the sample size consisted of 33.3% (20 people) in the control group, 33.3% (20 people) in the acceptance and commitment therapy group, and 33.3% (20 people) in the compassion therapy group, totaling 60 participants. Further breakdown by age shows that 7 people from the control group, 6 people from the acceptance and commitment therapy group, and 6 people from the compassion therapy group fall within the 65-70 years age range. In addition, 8 people from the control group, 6 people from the acceptance and commitment therapy group, and 6 people from the compassion therapy group belong to the 71-75 years age group.

Moreover, 5 people from the control group, 6 people from the acceptance and commitment therapy group, and 5 people from the compassion therapy group are in the 76-80 years age category.

In terms of the pre-test control, the F value and the significance level, which exceeds the default value of 0.05, indicate no significant difference between the average death obsession in the elderly in the acceptance and commitment therapy group and the compassion therapy group in the post-test stage at the 0.05 error level. Consequently, the first hypothesis of the research is rejected, signifying no difference in the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on death obsession in the elderly.

However, with pre-test control and according to the F value and the significance level, which is less than the

default value of 0.05, there is a significant difference between the average self-care ability in the elderly in the acceptance and commitment therapy group and the compassion therapy group in the post-test stage, indicating a significant difference at the error level of 0.05. Therefore, the third hypothesis of the research is accepted, demonstrating a difference in the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on the ability of self-care in the elderly. Bonferroni's post hoc test was utilized to ascertain the difference between the groups, revealing no significant difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on death obsession in the elderly. However, there is a significant difference in the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on self-care ability in the elderly.

Table1. Summary of covariance analysis of death obsession and self-care ability in the elderly in experimental and control groups

	S	Sum of Squares	Df	Mean Squares	F	p-value	Squares	Statistical power
Death obsession	between -subjects	12.89	1	12.89	2.52	0.120	0.06	0.34
	Within - subjects	188.74	37	5.10	-	-	-	-
	Total	211.77	39	-	-	-	-	-
Self-care ability	between -subjects	63.87	1	63.87	11.09	0.002	0.23	0.90
	Within - subjects	213.01	37	5.57	-	-	-	-
	Total	281.90	39	-	-	-	-	-

Table2. The adjusted means of death obsession and self-care ability in the experimental groups along with standard error and upper and lower limits in the post-test. upper lower

Variable			Mean difference	standard error	p-value	lower limit	upper limit
Death obsession	Acceptance and commitment therapy group	Compassion therapy group	-1.13	0.789	0.120	-2.58	0.31
	Compassion therapy group	Acceptance and commitment therapy group	1.13	0.336	0.121	-4.5	2.58
Self-care ability	Acceptance and commitment therapy group	Compassion therapy group	-2.98	0.76	0.002	-4.10	-0.99
	Compassion therapy group	Acceptance and commitment therapy group	2.55	0.76	0.002	0.99	4.10

Conclusion

The findings of the study demonstrate the effectiveness of both acceptance and commitment therapy and compassion therapy in reducing death obsession and enhancing self-care ability, aligning with the research conducted by Ghaibi et al. (2019), Baharundi et al. (2019), and Vesiks and Bradley (2020). This shared efficacy can be attributed to the commonality that both treatment methods, despite their distinct implementation methods, derive from the third wave of psychotherapy. Both approaches

emphasize that avoidance of emotions, feelings, and unpleasant thoughts contributes to the development and exacerbation of psychological issues, including death obsession.

Acceptance and commitment therapy focuses on altering the patient's relationship with these thoughts and feelings rather than attempting to change the thoughts and feelings themselves. Through techniques such as acceptance, mindfulness, living in the present moment, cognitive separation from thoughts, exploration of values, and committed

action, the therapy aims to enhance psychological flexibility and align adaptive behaviors, ultimately ameliorating obsessive thoughts. On the other hand, compassion therapy, acknowledging the inevitability of suffering and stress, fosters a soothing perspective and compassionate self-view during stressful events. This approach cultivates a loving and receptive relationship with oneself and one's thoughts, thereby reducing death obsession. Compassion therapy elevates self-compassion, facilitates emotional changes to enhance self-care and support, fosters the ability to accept discomfort, and diminishes emotional disturbances, significantly contributing to the amelioration of death obsession thoughts.

Furthermore, the second research finding underscores that, in comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy, the latter proves more impactful on self-care ability in the elderly. This result is consistent with previous research by Ghaibi et al. (2018), Kazemi et al. (2018), and Khalatbari et al. (2019). Compassion therapy encourages patients to treat themselves with kindness and care, steering away from responding to the challenges of their illness with anger and self-blame. Instead, it encourages individuals to view these experiences as part of the shared human condition, thereby contributing to heightened self-care ability.

Compassion therapy distinguishes itself from acceptance and commitment therapy and other therapeutic approaches by emphasizing the understanding of clients' challenges within an evolutionary framework, elucidating how the brain evolved to motivate and regulate emotions. This unique perspective fosters compassionate self-evaluation, promoting increased self-acceptance, improved interpersonal relationships, heightened motivation for personal growth, and enhanced coping abilities in managing life and environmental challenges. This emphasis on understanding the dynamics of emotional experiences and their evolutionary roots, coupled with the acknowledgment that individuals are not to blame for most life problems, facilitates the removal of shame and self-attack. This, in turn, contributes to improving self-care abilities among the elderly.

It's important to note that the research, like others, faces certain limitations. Generalizing the results beyond the elderly population in the Behshahr welfare center requires caution, and the lack of control over contextual and individual factors poses potential biases. Participants may have overestimated the program's effects due to background factors or personal optimism. Future research could explore the comparison between acceptance and commitment therapy and compassion therapy regarding other death-related variables like death anxiety and death depression in the elderly. Additionally, investigating the combined effects of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on death obsession and related variables could provide valuable insights. Psychologists and counselors are encouraged to incorporate therapeutic components from both approaches to address self-care issues and concerns related to death among the elderly in various settings, including nursing homes, rehabilitation centers, and outpatient and inpatient facilities in hospitals.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of clinical psychology of Azad University, Birjand branch, with the code of ethics IR.BUMS.RES.1401.232. A written informed and free consent form was obtained from the research subjects. And it is attached to the plan. The confidentiality of the information was emphasized and the collected information was used only in line with the research objective. Any publication of data or information obtained from the referring subject and study results was done based on informed consent. The privacy of the referring subject was respected during the research, and the research method was compatible with the social, cultural and religious values of the society.

Funding: This research was conducted in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article acted as the senior researcher, the second author as a supervisor, and the third and fourth authors as advisors in this research.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to express my thanks and appreciation to the supervisor and advisors who cooperated with me in the implementation of the study.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در سالمندان

یوسف کبیری نسب^۱، سید عبدالمجید بحرینیان^۲، قاسم آهی^۳، احمد منصوری^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۷

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
درمان مبتنی بر شفقت،
وسواس مرگ،
توان خود مراقبتی،
سالمندان

زمینه: از آنجایی که سالمندان سرمایه‌های هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند و مسائل مربوط به وسواس مرگ و توانایی خود مراقبتی می‌تواند مشکلات روحی و جسمی آن‌ها را ایجاد کند و از آنجایی که مقایسه دو مداخله در زمینه وسواس مرگ و خودمراقبتی در سالمندان ایرانی تاکنون بررسی نشده است. بنابراین، این تحقیق به دنبال بهبود هر دو متغیر ذکر شده است.

هدف: هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در سالمندان بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل سالمندان بهزیستی شهرستان بهشهر بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارش شدند. گروه اول درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳) را در ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند، اما گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس توان خود مراقبتی سالمندان (یونسی و همکاران، ۱۳۹۹) و وسواس مرگ (عبدالخالق، ۱۹۹۸) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و استنباطی، تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم‌افزار آماري SPSS 23 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت وسواس مرگ را کاهش و توان خود مراقبتی را افزایش داده بودند. همچنین در مقایسه اثربخشی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی وسواس مرگ تفاوت معناداری نبود ($p < 0/05$) ولی اثربخشی شفقت درمانی بر روی توان خود مراقبتی در سالمندان بیشتر بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در سالمندان مؤثر بود، بنابراین، مراکز روان‌درمانی و خانه سالمندان می‌توانند از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر در جهت بهبود وسواس مرگ و توان خود مراقبتی سالمندان استفاده کنند.

استناد: کبیری نسب، یوسف؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ آهی، قاسم؛ و منصوری، احمد (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در سالمندان: مطالعه تک‌آزمودنی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۲، ۲۲۸-۲۰۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۲، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.142.209](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.209)



مقدمه

سالمندی^۱ یکی از مهم‌ترین مقاطع زندگی انسان‌ها است که از ۶۵ سالگی شروع می‌شود و موجب بسیاری از تغییرات در فرد می‌شود، این تغییرات می‌تواند در بعد جسمانی و روانی باشد. بررسی شاخص‌های آماری در ایران حاکی از رشد و شتاب سالمندی است. به طوری که بررسی‌ها نشان داده‌اند که تا سال ۱۴۲۰، جمعیت سالمند ایران رو به افزایش بوده و حدود ۱۴ درصد جمعیت فعلی وارد دوره سالمندی خواهند شد. در این دوره افراد در معرض مشکلات و تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرند (حاجی حسنی و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از مسائلی که سالمندان با آن درگیر هستند خود مراقبتی آن‌هاست خودمراقبتی گام اول سلامت است (شهنوازی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع خود مراقبتی^۲، اقدام‌ها و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف‌داری است که به منظور حفظ حیات، تأمین و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهیم. خود مراقبتی، جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست، بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است (خانابائی و همکاران، ۱۴۰۲). خود مراقبتی شامل جسمی^۳، عاطفی^۴، روانی^۵، اجتماعی و معنوی^۶ است. خود مراقبتی جسمی نیازمند زیستن سالم و توجه به محیط پیرامون‌مان است. خود مراقبتی اجتماعی مربوط به برقراری ارتباط با خانواده، معاشرت با دوستان، عضویت در تشکلهای گروهی و خلاقیت و انگیزه در محیط‌های کاری می‌باشد. خود مراقبتی عاطفی و روانی، بیانگر توانایی ما برای برقراری ارتباط با هیجان‌ها، احساسات و حواسمان و نیز بازتاب شناخت ما برای تنظیم اهدافمان بر اساس توانایی فردی ماست. خود مراقبتی معنوی به ما کمک می‌کند با خالق هستی آشنا شویم و معنای زندگی را درک کنیم (شهنوازی و همکاران، ۱۳۹۷). ظرفیت و توان خود مراقبتی هر یک از مردم بسته به وضعیت سلامت، عوامل تأثیرگذار بر آموزش‌پذیری و تجارب زندگی فردی متفاوت است (نخجیر و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که یکی از گروه‌هایی که رفتارهای خودمراقبتی در آن‌ها مناسب

نیست سالمندان هستند. در ایران بررسی‌ها نشان می‌دهد، ۱۵ درصد از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها و ۸۹ درصد از تخت‌های مؤسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می‌دهند و به طور کلی ۶۰ درصد از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می‌شود. مطالعات دیگر نشان می‌دهند که حدود ۴۰٪ بیماران سالمند در دوران بستری افت سطح عملکردی را تجربه می‌نمایند. این افراد به دلیل کمبود آگاهی از بیماری، درمان و همچنین نحوه مراقبت از خود، ناتوانی‌های جسمی و مشکلات روانی اجتماعی بیشتری را تجربه نمایند. بکارگیری الگوهای خودمراقبتی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی می‌تواند نقش مهمی در افزایش سطح سلامت جامعه داشته باشد. در مورد سالمندان می‌توان با اجرای برنامه خود مراقبتی، توانایی عملکرد آن‌ها را حفظ کرد و بهبود بخشید. با خود مراقبتی حتی در دوره سالمندی می‌توان به سلامتی و طول عمر بیشتری دست یافت و از ابتلا به انواع بیماری‌های روحی و جسمی پیشگیری کرد (سنگ سفیدی و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی از مسائلی دیگری که سالمندان با آن درگیر هستند مسئله مرگ است، 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^۷ را تجربه می‌کند. اضطراب مرگ اصطلاحی است که جهت مفهوم‌سازی دلهره برخاسته از آگاهی مرگ به کار گرفته می‌شود (منزیس و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از اشکال اضطراب مرگ و واکنش‌های افراد نسبت به مرگ، وسواس مرگ است. وسواس مرگ اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ را شامل می‌شود و در سه بعد نشخوارمرگ^۸، سلطه مرگ^۹، عقاید تکراری مربوط به مرگ قابل بررسی است (محمدزاده، ۱۳۹۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} از جمله مداخلاتی است که می‌تواند بر کاهش وسواس مرگ و افزایش خودمراقبتی در سالمندان مؤثر باشد. این درمان یکی از درمان‌های موج سوم رفتاری است که از سوی استیون هیز و

1. Old age
2. self-care
3. physical
4. emotional
5. psychological

6. social and spiritual
7. death anxiety
8. Rumination of death
9. Dominion of death
10. Acceptance and commitment therapy

همکاران در دهه ۱۹۸۰ معرفی شد و مجموعه‌ای از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی را به منظور کمک به افراد برای خارج شدن از قوانین خشک کلامی و انعطاف‌پذیری به کار می‌برد. این درمان شامل شش فرآیند پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود مشاهده‌گر، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است که هدفشان افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است (ساوین و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌های روانشناختی مختلفی درباره تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت^۱، اضطراب، سازگاری، استرس، و بهزیستی روانی اجتماعی، افسردگی^۲ و بهبود کیفیت زندگی^۳ انجام شده‌اند (صفری موسوی و همکاران، ۱۳۹۷). این درمان رابطه میان احساسات و تفکرات 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 آن را بی‌ضرر تلقی نمایند (ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی تمرکز نمی‌شود، بلکه بر تغییر رابطه فرد با رفتار تمرکز می‌شود (کشفی و همکاران، ۱۴۰۲). این مسأله 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 افراد بگذارد (اکبلوت و اوذر، ۱۴۰۰). در واقع رویکردهای مبتنی بر پذیرش، به جای تأکید 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 (براون و همکاران، ۱۳۹۹). پس از آنجایی که هدف اکت ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا درحالی‌است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد و افزایش انعطاف‌پذیری شخص و هدایت به ارزش‌ها^۴ و تعهد^۵ به آن‌ها است بنابراین سالمندان در مقابل اضطراب و وسواس مرگ سازگاری بهتری دارند (صفری موسوی و همکاران، ۱۳۹۷). مطالعات صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۷)، ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)، ورعی و همکاران (۱۴۰۰)، شارما و همکاران (۲۰۱۹) غیبی و همکاران (۱۳۹۹)، بهاروندی و همکاران (۱۳۹۹) و سیکز و برادلی (۲۰۲۰) اثر بخشی درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش وسواس مرگ تأیید نموده‌اند. در مورد خودمراقبتی سالمندان بعثت پذیرش و عدم قضاوت دیگران روابط اجتماعی آن‌ها بهتر شده و پذیرش مشکل جسمانی خود کیفیت زندگی آن‌ها را بالا می‌برد. توجه به ارزش‌ها و معنا باعث می‌شود جنبه معنوی خود مراقبتی سالمندان بیشتر شود. همچنین بعثت نوع برخورد متفاوت با هیجانات و احساسات مبنی بر اینکه آن‌ها هویت ما را نمی‌سازند از بعد عاطفی و روانی کیفیت بهتری برای سالمندان خواهند داشت (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش‌های محمدی هریس و همکاران (۱۳۹۷)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، و لابیانی (۲۰۲۲)، سنگ‌سفیدی و همکاران (۱۳۹۷) نیز نشان دادند، اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود قابل توجهی در توان خود مراقبتی در سالمندان می‌شود.

یکی از رویکردهایی که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران در مورد سالمندان قرار گرفته است و می‌تواند بر کاهش وسواس مرگ و افزایش توان خود مراقبتی مؤثر باشد رویکرد درمان مبتنی بر شفقت است که توسط (گیلبرت، ۲۰۰۹) مطرح شده است (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹). شفقت به معنی آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود است زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود. زمانی که افراد نسبت به افکار خود آگاه نیستند، تجارب خود را همانطور که هستند نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هوشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد. در شفقت درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودارزیایی» 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، افسردگی و حس تنهایی را در سالمندان کاهش دهد (توحیدی‌فر و همکاران ۱۴۰۰). خود شفقتی 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 (عابدین و همکاران، ۱۴۰۲). نتایج مطالعات کاظمی و همکاران (۱۳۹۸)،

4. Values

5. commitment

1. Health anxiety

2. depression

3. Quality of Life

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در سالمندان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نظر روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی سالمندان بین ۶۵ تا ۸۰ سال در خانه سالمندان بهزیستی شهرستان بهشهر در خرداد ماه ۱۴۰۱ بود. از بین ۱۵۸ نفر از این افراد تعداد ۶۰ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. در این روش گروه آزمایش اول تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند و هر سه گروه در زمان یکسان به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند.

ملاک‌های ورود شامل: علاقمندی برای شرکت در پژوهش، موافقت برای شرکت در پژوهش بر اساس رضایت‌نامه کتبی، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی و دارویی در طی شش ماه اخیر و حداقل تحصیلات سیکل است. ملاک‌های خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم سابقه شرکت در برنامه‌های درمانی انفرادی و گروهی همزمان با اجرای پژوهش، داشتن بیماری کرونا و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود.

مداخله: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمای عملی هیز (۲۰۱۳) برای گروه مداخله اول و ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه مداخله دوم در نظر گرفته شد.

آذربو و همکاران (۱۳۹۷)، نخچیری و همکاران (۱۳۹۹) خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹) و توحیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش توان خود مراقبتی در سالمندان می‌شود. 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. در تمرین‌های شفقت درمانی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت بر خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش وسواس مرگ و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (ایرونز و لد، ۲۰۱۷). در مورد اثربخشی مؤثر شفقت درمانی بر وسواس مرگ با یافته‌های بهاروندی و همکاران (۲۰۱۹)، ابوطالبی و یزدچی (۱۴۰۱)، موریس و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

با استناد به پژوهش‌هایی که ذکر آن گذشت، از آنجایی که تحقیقات در مورد وسواس مرگ در قشر سالمند بسیار کم بوده است و مسئله توان خود مراقبتی در این قشر بسیار مهم است لذا، با عنایت به ارتباط مفهومی مداخلات و تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی با وسواس مرگ و توان خود مراقبتی لذا این پژوهش به دنبال درمان یا آموزشی است که بتواند هر دو متغیر مذکور را بهبود بخشد. و از طرفی دیگر، با علم به اهمیت انتخاب بهترین روش درمانی، ضرورت توجه به وسواس مرگ و توان خود مراقبتی و لزوم بهره‌گیری از راهبردهای جدید درمانی در این افراد مشخص است و تعیین اثربخشی بیشتر هریک از این روش‌ها می‌تواند در فرآیند درمانی مؤثر باشد؛ تحقیق حاضر با مقایسه دو درمان می‌تواند ابعاد جدیدی از تفاوت‌های مداخله‌ای آن‌ها را در مقایسه با هم در مورد متغیرهای مذکور تحت بررسی و معرفی قرار دهد. با توجه به این توضیحات پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی

جدول ۱. موضوعات جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰۱۳)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
جلسه اول	معارفه	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی	تمرکز (توجه به لنگرگاه مثل کف پا برای بودن در زمان حال)
جلسه دوم	بودن در زمان حال	توضیح در مورد بودن در زمان حال، ذهن آگاهی در پیاده‌روی؛ تمرین تنفس و استفاده از تمثیل	تمرین ذهن آگاهی و مشاهده گر
جلسه سوم	پذیرش	ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل	آموزش ذهن آگاهی و اجرای تمرین‌های ذهن آگاهی و ریلکسیشن و استفاده از تمثیل مراقبه کوهستان

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
جلسه چهارم	تفہیم آمیختگی و گسلش	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف انتلاف خود با افکار و عواطف	تمرین رویارویی با آدم آهنی گول پیکر
جلسه پنجم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار	تمرین مشاهده گر و استعاره صفحه شطرنج
جلسه ششم	ارتباط با لحظه کنونی	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرآیند	تمرین توجه کردن صرف
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها	معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی	سنگ قبر چپ و راست (شناسایی تفاوت ارزش و هدف در زندگی)
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها	استعاره پایین آمدن از کوه با اسکی
جلسه نهم		جمع‌بندی جلسات، ارائه پس‌آزمون.	

جدول ۲. موضوعات جلسات درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان	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 اعضاء معرفی اجمالی درمان مبتنی بر شفقت - سیستم‌های سه گانه تنظیم هیجان بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد مرگ و مسائل روانی ناشی از آن،	پایش سیستم‌های تنظیم هیجانی خود
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	تمرین و آرسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، تمرین عملی همدلی شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود، توضیح در مورد شفقت و ارائه تکلیف خانگی	پایش رفتارهای خود بر اساس ویژگی‌های مطرح شده
جلسه سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضاء اصلاح و گسترش شفقت	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	انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار
جلسه چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	مرور تکالیف خانگی، ترغیب شرکت کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش و ارائه تکلیف خانگی	تکنیک صندلی خالی گشتالت
جلسه پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه تکلیف خانگی	انجام تنفس آرامبخش و ذهن آگاهی
جلسه ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	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	تمرین کار با صندلی و تصویرسازی مشفقانه
جلسه هفتم	فنون ابراز شفقت	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	انجام تصویرسازی‌ها و نامه‌نگاری مشفقانه
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد	جمع‌بندی، 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 پس‌آزمون	

(ب) ابزار

پرسشنامه توانایی خود مراقبتی افراد سالمند تهران^۱ (SASE): این پرسشنامه توسط یونسی بروجنی و همکاران (۱۳۹۹) به منظور سنجش خود مراقبتی

سالمندان طراحی و تدوین شده است و مشتمل بر ۲۹ سؤال برای ارزیابی توانایی خود مراقبتی افراد سالمند است. ۴ روش نمره گذاری پرسشنامه محقق ساخته خودمراقبتی سالمندان، به صورت لیکرتی شامل پنج گزینه

۱. Self-Care Ability Scale for the Elderly in Tehran

(کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) است که به ترتیب از ۵ تا ۱ نمره گذاری شده‌اند. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ بود. به دلیل جلوگیری از سوگیری، سؤال‌هایی معکوس شده و نمره گذاری آن‌ها نیز به صورت معکوس انجام گرفت که شامل سؤال‌های ۲، ۳، ۷، ۲۲، ۲۶، ۲۸ و ۲۹ است. عامل‌های آزمون پس از تعیین نتایج تحلیل عاملی و همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل سؤال‌ها و نام گذاری آن‌ها، تعیین شده و نمره کل هریک از خرده آزمون‌ها از جمع امتیازهای آن‌ها به دست آمد. سنجش خود مراقبتی سالمندان، دارای چهار عامل بود که طبق نتایج به دست آمده، چهار عامل ذکر شده در پرسشنامه ۶۸/۴۴ درصد واریانس خود مراقبتی سالمندان را تبیین می‌کنند و هر کدام از عامل‌ها مقدار قابل توجهی از واریانس کل را تبیین می‌کنند (عامل اول ۱۸/۶۵ درصد، عامل دوم ۱۶/۵۴ درصد، عامل سوم ۱۵/۶۷ درصد و عامل چهارم ۱۵/۵۶ درصد). براساس نتایج حاصل از تحقیق، روایی محتوایی، صوری و روایی سازه‌ای پرسشنامه طراحی شده در سالمندان قابل قبول است. ضریب اعتبار کل پرسشنامه، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳۵ و برای چهار عامل استخراج مقدار آلفای کرونباخ، عامل نخست ۰/۸۶۱، دوم عامل ۰/۸۳۱ و عامل سوم ۰/۸۷۱ و عامل چهارم ۰/۸۱۲ است. پرسشنامه دارای یک ثرم و نمره هنجار شده مناسب بر اساس نمره t با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است (یونسی بروجنی و همکاران، ۱۳۹۹).

مقیاس وسواس مرگ^۱ (DOS): این مقیاس توسط عبدالخالق در سال ۱۹۹۸ به منظور سنجش اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ ساخته شده و ۱۵ گویه دارد. روش نمره گذاری آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای است که در آن ۱ معادل اصلاً و ۵ معادل خیلی زیاد است. دامنه نمره‌های آن بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد. سه عامل مقیاس وسواس مرگ عبارت است از نشخوار مرگ، سلطه‌ی مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ (عبدالخالق، ۱۹۹۸). ضریب همسانی درونی این مقیاس و عامل‌های آن را ۹۰ درصد و بیشتر گزارش کرده است. روایی مقیاس وسواس مرگ از طریق محاسبه‌ی 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 ۰/۶۲، افسردگی مرگ ۰/۵۷، افسردگی عمومی ۰/۴۲ و مقیاس روان آزرده‌گی پرسشنامه شخصیتی آیزنک ۰/۳۵۲.

۱. Death Obsession Scale (DOS)

گزارش شده است. در ایران محمدزاده و نجفی (۱۳۸۹) روایی همزمان آن را با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۷۶ و ضرایب اعتبار آزمایشی و همسانی درونی آن ره به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۷ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷۸ به دست آمد (تقوایی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷). برای تعیین پایایی بازآزمایی مقیاس، ۴۴ نفر به صورت نمونه‌گیری داوطلب از نمونه آماری انتخاب و سپس به فاصله‌ی چهار هفته دوباره آزمایش شدند. ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های نشخوار مرگ، سلطه‌ی مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۳ به دست آمد (تقوایی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷).

یافته‌ها

نتایج حاصل 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 قرار دارند. حجم نمونه ۶۰ نفر می‌باشد. 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.

بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس جهت انجام تحلیل کواریانس

۱. نرمال بودن توزیع داده‌ها (آزمون شاپیرو-ویلک)

بسیاری از آزمون‌های آماری از جمله آزمون‌های پارامتریک بر مبنای نرمال بودن توزیع داده‌ها بنا نهاده شده‌اند و با این پیش‌فرض به کار می‌روند که توزیع داده‌ها در یک جامعه یا در سطح نمونه‌های انتخاب شده از جامعه مذکور از توزیع نرمال پیروی نماید. بنابراین تحلیل گر لازم است تا قبل از پرداختن به تحلیل‌های آماری بررسی متغیرها، نوع توزیع آن متغیرها را بداند. با آزمون شاپیرو-ویلک می‌توان به این مهم دست یافت. فرضیه صفر در آزمون شاپیرو-ویلک عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع نرمال و فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع

نرمال. در این آزمون، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق بزرگتر از سطح خطا ۰/۰۵ قلمداد می‌گردد. که بیانگر نرمال بودن داده هاست. در نتیجه، در آزمون فرضیات تحقیق از آزمون‌های پارامتریک استفاده شده است.

۲. مفروضه همگنی واریانس‌ها

به طور کلی فرض همگنی واریانس‌ها به دنبال بررسی این مسأله است که آیا نمونه‌ها از جامعه‌هایی با واریانس‌های مساوی انتخاب شده‌اند یا نه. هرگاه این فرض برآورده شود، داده‌های حاصل از این دو نمونه را می‌توان برای بدست آوردن برآوردی بدون ارباب از واریانس جامعه، با یکدیگر ترکیب کرد. جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین استفاده شد. بر اساس سطح معنی‌داری (Sig) بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس‌ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی‌داری (Sig) بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، واریانس‌ها برابرند و بالعکس f بدست آمده معنی‌دار نیست. چون میزان سطح معنی‌داری (Sig) بدست آمده برای تمامی متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است، می‌توان چنین استنباط کرد که واریانس‌ها همگن است. بنابراین تساوی واریانس‌ها بر قراراست و اجرای کوواریانس امکان‌پذیر است.

۳. بررسی رابطه خطی بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته

۴. بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون

بین متغیرهای وابسته در قبل و بعد از مداخلات رابطه خطی و مثبتی وجود دارد سطح معناداری کمتر از مقدار پیش فرض ۰/۰۵ می‌باشد. فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفته است، تعامل بین دو گروه و پیش آزمون توان خود مراقبتی و وسواس مرگ و توان خود مراقبتی معنادار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند ($P > 0.05$).

۵. مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی (ماتریس واریانس-کوواریانس) با توجه به مقدار ($F_{(12, 15745/15)} = 1/13, p = 0/24$)، آزمون همگنی ماتریس‌های پراکندگی معنادار نمی‌باشد. و این بیانگر آن است که، ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای کمی تحقیق (یعنی توان خود مراقبتی و وسواس مرگ و توان خود مراقبتی) در بین گروه‌های کنترل و آزمایش با هم برابر هستند.

۶. بررسی فرض معنی‌داری اثر گروه

مقدار آزمون لامبدا-ویلکز ($F_{(6, 104)} = 0/25, p = 0/000$) نتیجه می‌گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین‌های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته (توان خود مراقبتی و وسواس مرگ و توان خود مراقبتی) رد می‌شود. در ادامه جهت بررسی کامل تر تفاوت‌ها به آزمون تحلیل واریانس می‌پردازیم.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قبل و بعد از درمان

گروه‌ها	متغیر	میانگین قبل از پیش‌آزمون	میانگین بعد از پس‌آزمون	چولگی و کشیدگی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس مرگ	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۸/۶۵	۲/۲۲	۴۱/۶۰	۲/۵۲
	درمان مبتنی بر شفقت	۵۸/۷۰	۱/۱۷	۴۲/۷۵	۲/۰۲
	کنترل	۵۸/۲۰	۱/۷۳	۵۸/۵۵	۱/۵۰
توان خود مراقبتی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۹/۸۵	۲/۳۰	۴۶/۶۵	۲/۳۲
	درمان مبتنی بر شفقت	۳۹/۲۰	۲/۵۶	۴۹/۲۵	۲/۴۲

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی قبل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر $1/63 \pm 59/05$ و میانگین و انحراف معیار در قبل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $1/33 \pm 68/95$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی قبل از درمان مبتنی بر شفقت برابر $1/16 \pm 59/10$ و میانگین و انحراف معیار در قبل از درمان مبتنی

بر شفقت $1/27 \pm 74/60$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی در گروه کنترل در پیش آزمون برابر $1/12 \pm 49/30$ و در پس آزمون برابر $1/23 \pm 28/40$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار وسواس مرگ قبل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر $2/25 \pm 52/65$ و میانگین و انحراف معیار وسواس مرگ در قبل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $2/52 \pm 41/60$

می‌باشد. میانگین و انحراف معیار وسواس مرگ قبل از درمان مبتنی بر شفقت برابر $1/11 \pm 61/65$ و میانگین و انحراف معیار وسواس مرگ در قبل از درمان مبتنی بر شفقت $2/02 \pm 23/48/75$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار وسواس مرگ در گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر $1/73 \pm 58/20$ و در پس‌آزمون برابر $1/50 \pm 58/55$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی قبل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر $2/22 \pm 45/85$ و

میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی در قبل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $2/32 \pm 46/65$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی قبل از درمان مبتنی بر شفقت برابر $2/56 \pm 43/20$ و میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی در قبل از درمان مبتنی بر شفقت $2/42 \pm 25/25$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار توان خود مراقبتی در گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر $1/91 \pm 38/90$ و در پس‌آزمون برابر $2/68 \pm 37/95$ می‌باشد.

جدول ۴: خلاصه تحلیل کوواریانس وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در سالمندان در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجزورات	توان آماری
بین گروهی	۱۲/۸۹	۱	۱۲/۸۹	۲/۵۲	۰/۱۲۰	۰/۰۶	۰/۳۴
وسواس مرگ	۱۸۸/۷۴	۳۷	۵/۱۰	-	-	-	-
کل	۲۱۱/۷۷	۳۹	-	-	-	-	-
بین گروهی	۶۳/۸۷	۱	۶۳/۸۷	۱۱/۰۹	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۹۰
توان خود مراقبتی	۲۱۳/۰۱	۳۷	۵/۷۵	-	-	-	-
کل	۲۸۱/۹۰	۳۹	-	-	-	-	-

با کنترل پیش‌آزمون و با توجه به مقدار F و سطح معنی داری که از مقدار پیش‌فرض $0/05$ بیشتر است، بین میانگین وسواس مرگ در سالمندان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون، در سطح خطای $0/05$ تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش رد می‌شود. به بیانی دیگر بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ در سالمندان تفاوت وجود ندارد. با کنترل پیش‌آزمون و با توجه به مقدار F و

سطح معنی داری که از مقدار پیش‌فرض $0/05$ کمتر است، بین میانگین توان خود مراقبتی در سالمندان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون، در سطح خطای $0/05$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه سوم پژوهش پذیرفته می‌شود. به بیانی دیگر بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر توان خود مراقبتی در سالمندان تفاوت وجود دارد. برای آگاهی از میزان تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شده است.

جدول ۵: جدول میانگین‌های تعدیل شده وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در گروه‌های آزمایش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس‌آزمون

متغیر	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	-	-	-
	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-	-	-
توان خود مراقبتی	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه درمان مبتنی بر شفقت	-	-	-
	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و توان خود مراقبتی در سالمندان بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت در کاهش وسواس مرگ و افزایش توان خود مراقبتی مؤثر است اما در اثربخشی بین

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که، میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ در سالمندان تفاوت معنی داری وجود ندارد ولی در میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر توان خود مراقبتی در سالمندان تفاوت معنی داری وجود دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی وسواس مرگ تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مورد توان خود مراقبتی اثربخشی شفقت درمانی بیشتر است.

در اولین یافته پژوهش حاکی از آن است در مقایسه اثربخشی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی وسواس مرگ در سالمندان تفاوت معناداری نبود که با که با پژوهش‌های غیبی و همکاران (۱۳۹۹)، بهاروندی و همکاران (۱۳۹۹) و سیکز و برادلی (۲۰۲۰) همسو است. 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 (سیکز و برادلی، ۲۰۲۰). درمان پذیرش و تعهد به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است. 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 انعطاف‌پذیری روانشناختی و هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه فرد باعث بهبود افکار و وسواسی مرگ می‌شود (صفری‌موسوی و همکاران، ۱۳۹۷).

شفقت درمانی با آگاهی از اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت‌آمیز و پذیرای فرد با خودش و افکارش باعث کاهش وسواس مرگ می‌شود (سیکز و برادلی، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر شفقت با افزایش میزان شفقت به خود موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد که در بهبود افکار و وسواس مرگ بسیار مؤثر است (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹).

در دومین یافته پژوهش حاکی از آن است که در مقایسه اثربخشی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی شفقت درمانی بر روی توان خود مراقبتی در سالمندان بیشتر بود. با پژوهش‌های غیبی و همکاران (۱۳۹۹)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۸) و خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. می‌توان گفت که شفقت درمانی باعث میشود تا بیماران به جای پاسخ به وقایع ناخوشایند بیماری خود با خشم و

خودسرزنی، با مهربانی و مراقبت نسبت به خود رفتار کنند و این تجربه‌های ناخوشایند را نیز جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند. بنابراین، ارزیابی مشفقانه از خود باعث افزایش پذیرش خود و بهبود کیفیت روابط بین فردی می‌شود، میل افراد را برای رشد ارتقاء می‌بخشد و توانایی آن‌ها برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط افزایش می‌دهد که این عوامل می‌توانند نقش مؤثری در افزایش خود مراقبتی در سالمندان داشته باشند (غیبی و همکاران، ۱۳۹۹). وجه تمایز درمان متمرکز بر شفقت از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌های دیگر در تمرکز بر یاری رساندن به مراجعان برای درک چارچوب تکاملی چالش‌هایشان است (درک اینکه مغز برای ایجاد انگیزه و تنظیم هیجان چگونه تکامل یافته است) همچنین به مراجعان کمک می‌شود پویایی‌های تجربه‌های هیجانی در مغز و عوامل اجتماعی محرک آن را درک کنند، چرا که هر کدام از این عوامل بویژه در سال‌های نخست زندگی عامل مهم در فرآیند شکل دهی به خود است. به خاطر داشته باشید که هیچ کس هیچ کدام از این عوامل را انتخاب نکرده و در وقوع بیشتر مشکلات زندگی مقصر نبوده است و نباید برای آن‌ها احساس شرمساری کنند و به خود حمله کنند. این مسأله در سالمندان می‌تواند توان خود مراقبتی را از طریق شرم‌زدایی بیشتر کند (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹).

در سومین یافته پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس مرگ مؤثر است که با یافته‌های صفری‌موسوی و همکاران (۱۳۹۷)، ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) و شارما و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا با تقویت حضور در لحظه و مشاهده‌گری بدون قضاوت، توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون این که قضاوتی داشته باشند (صفری‌موسوی و همکاران، ۱۳۹۷). مهارت حضور در لحظه و مشاهده فرآیندها 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. در درمان پذیرش و تعهد تأکید می‌شود که نواقص و محدودیت‌ها بخشی جدانپذیر از زندگی هر انسانی

هستند و لازم است هر فردی آن را به عنوان یک تجربه عمومی بپذیرد که این با افزایش انعطاف پذیری 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 فرآیند درونی تجربه کنند و به جای قضاوت این تجارب و پاسخ به آن‌ها، به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است، پردازند (ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰).

در چهارمین یافته پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش توان خود مراقبتی در سالمندان مؤثر است که با تحقیقات محمدی هریس و همکاران، (۱۳۹۷) لابانی (۲۰۲۲)، سنگ‌سفیدی و همکاران (۱۳۹۷) و خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹). همسو است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرد را تشویق می‌کند با خودارزیابی‌های خویش، به عنوان افکاری ساده برخورد کند و به فرد آموزش داده می‌شود ارزیابی‌های منفی از خود را اصلاح کند. همچنین، این درمان به دنبال تضعیف اجتناب تجربی است و فرد را تشویق می‌کند تا افکار، احساسات، هیجان‌ها و تکانه‌های خود را به طور کامل بپذیرد و اهداف ارزشمندی را برای خود مشخص کند. همچنین، آمیختگی شناختی در بیماران از طریق فرآیند گسل شناختی و پذیرش، تضعیف می‌شود و بدکارکردی‌های شناختی و دلیل تراشی‌ها در آن‌ها کاهش می‌یابد و پیگیری اهداف ارزشمند در زندگی و عمل متعهدانه برای دستیابی به این اهداف منجر به جنبه‌های مثبت و کاهش پریشانی‌های روانشناختی در بیماران می‌شود (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با پذیرش و انعطاف‌پذیری روانشناختی و تأکید بر ذهن آگاهی و در لحظه حال زیستن، ذهن بیماران مبتلا به به بیماری را از مرداب گذشته و کلنجارهای بی‌حاصل و خسته‌کننده رها می‌کند و با پیوند به ارزش‌ها و تعهد به انجام آن‌ها در زندگی باعث می‌شود این بیماران با پذیرش فعال بیماری خود و شرایط موجود مانند مسافری از ساحل اقیانوس، خروش امواج سهمگین و طوفانی را نظاره کنند، بدون اینکه خود را در وسط خطر ببینند؛ لذا درمان پذیرش و تعهد می‌تواند خود مراقبتی را در بیماران افزایش دهد. اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی در فرد می‌شود و باعث ارتقای کیفیت زندگی و خود مراقبتی و سلامت روان این افراد می‌گردد (محمدی هریس، ۱۳۹۹).

در پنجمین یافته پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ در سالمندان مؤثر است که با پژوهش بهاروندی و همکاران (۱۳۹۹)، عابدین و همکاران (۱۴۰۲) و ابوطالبی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. 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 شکوفا شدن به آن نیاز داریم می‌باشد از این نوع است. ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت بر تن آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش به سزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب مرگ داشته باشد (عابدین و همکاران، ۱۴۰۲). درمان مبتنی بر شفقت مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در 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 (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱). 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 (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹). 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 باعث کاهش اضطراب و وسواس مرگ و افزایش تحمل ابهام می‌گردد (بهاروندی و همکاران، ۲۰۱۹).

در ششمین یافته پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت بر توان خود مراقبتی در سالمندان مؤثر است که با پژوهش کاظمی و همکاران (۱۳۹۵)، آذربو و همکاران (۱۳۹۷)، و نخچیری و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت نقش مهمی در سلامت دارد

مراقبتی و دغدغه‌های مربوط به مرگ در خانه سالمندان، مراکز توان بخشی، بیماران سرپایی و بستری بیمارستان‌ها استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد بیرجند با کد اخلاق IR.BUMS.RES.1401.232 است. از افراد مورد پژوهش فرم رضایت‌نامه آگاهانه و آزادانه پژوهش به صورت کتبی اخذ و به طرح‌نامه پیوست شده است. بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد و از اطلاعات جمع‌آوری شده فقط در راستای هدف پژوهشی استفاده شد. هرگونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به دست آمده از آزمودنی مراجعه‌کننده و نتایج مطالعه بر اساس رضایت آگاهانه انجام گرفت. حریم خصوصی آزمودنی مراجعه‌کننده در طول پژوهش رعایت شده، و روش پژوهش با ارزش‌های اجتماعی، فرهنگی و دینی جامعه سازگار بود.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله‌ی دکتری و بدون حمایت مالی انجام گرفته است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده‌ی اول این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده‌ی دوم به عنوان استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم نیز به عنوان اساتید مشاور در این پژوهش، نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منفعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از استاد راهنما و اساتید مشاوره که در اجرای این پژوهش با من همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

و افراد با درگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌توانند شادکامی و بهزیستی کسب نمایند و آن‌ها را ارتقاء بخشند. درمان شفقت محدودیت‌ها را شناخته و رفتارهای ناسالم را تمیز می‌دهد که این فرد را قادر به عمل در راستای تحول می‌کند و نتیجه آن ارتقای بهزیستی شخص است. این شیوه درمانی باعث می‌شود با به کارگیری تجربه‌ها، فعالیت‌هایی مانند یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر ایجاد شود و دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد بیمار کمک می‌کند تا بارویدادهای منفی زندگی مواجه و به خوبی با آن‌ها مقابله نمایند. در این روش افراد یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان باشند، با دیگران احساس مشترک و صمیمی داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات بدون قضاوت روبرو گردند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸). در نتیجه، درمان مبتنی بر شفقت به عنوان کیفیت تماس با رنج‌ها و آسیب‌ها و احساس کمک برای رفع مشکلات تعریف و با مؤلفه‌های مثبت روانشناختی مثل نوع دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است، روش این درمان از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود ابتدا سبب ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامتی و بالطبع سلامت جسمی و روانی و در نهایت سبب ارتقای رفتارهای خود مراقبتی می‌شود (خلعبری و همکاران، ۱۳۹۹). این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از آنجاکه این پژوهش بر روی سالمندان مرکز بهزیستی بهشهر انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان 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، خوش‌بینی و عواملی نظایر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد، در مورد مقایسه بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر مقوله‌های دیگر مرگ مانند اضطراب مرگ و افسردگی مرگ در سالمندان بهتر است تحقیقاتی انجام شود، همچنین می‌توان تأثیر ترکیب روش‌های درمانی اکت و شفقت درمانی در مورد وسواس مرگ و سایر متغیرهای مرگ مانند اضطراب و افسردگی مرگ تحت پژوهش قرار گیرد. روانشناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت در جهت کاهش مشکلات سالمندان در توان خود

منابع

آذربو، منصور؛ سجادی، نسیم (۱۳۹۷). نقش معنای زندگی، شفقت‌ورزی به خود و سرمایه روانشناختی در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی سالمندان سرای سالمندی، فصلنامه پرستاری سالمندان، ۴(۴)، ۶۳-۴۹.

<http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-296-fa.html>

ابوطالبی، حمید؛ یزدچی، نفیسه؛ اسمخانی و اکبری نژاد، هادی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۳۲(۱)، ۹۲-۱۰۱.

<http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1935-fa.html>

بهاروندی، بهناز؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ هارون رشیدی، همایون؛ (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان. مجله روانشناسی پیری، ۱۶(۱)، ۲۶-۱۳.

<https://doi.org/10.22126/jap.2020.5148.1409>

بهزادی، سودابه؛ تاجری، بیوک؛ سوداگر، شیدا؛ و شریعتی، رضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی، ۴(۲)، ۵۰۱-۴۸.

<https://doi.org/10.22034/aftj.2022.295235.1136>

تقوایی‌نیا، علی. (۱۳۹۷). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های مقابله‌ای در رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی با وسواس مرگ سالمندان. مجله روانشناسی تحولی، ۶(۱۴)، ۹۷.

<https://sid.ir/paper/101333/fa>

توحیدی‌فر، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۱۷(۲)، ۱۱۶-۹۷.

<https://doi.org/10.22051/psy.2021.36089.2449>

حاجی حسنی، مهرداد؛ نادری، ناهید. (۱۳۹۹). اضطراب مرگ در سالمندان: نقش سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ادراک شده و حمایت اجتماعی ادراک شده. مجله روانشناسی پیری، ۶(۴)، ۳۱۱-۳۰۹.

<https://doi.org/10.22126/jap.2020.5778.1473>

حسین میرزائی، زهرا؛ حسین زاده، فاطمه؛ معصومی، راضیه و پاشایی‌پور، شهزاد. (۱۴۰۰). راهبردهای بهبود خودمراقبتی در زنان یائسه: یک مطالعه مروری روایتی. نشریه پژوهش پرستاری، ۱۶(۴)، ۳۱.

<http://ijnr.ir/article-1-2581-fa.html>

خانابائی، ناهید؛ مجتبیایی، مینا و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری، رفتارهای خود مراقبتی و پیروی از

درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۲۸)، ۱۵۸۶-۱۵۶۵.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1927-fa.html>

خلعتبری، آمنه؛ شیروودی، شهره. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۹(۳)، ۱۶-۱.

<http://journal.gums.ac.ir/article-1-2275-fa.html>

خلوتی، ملیحه؛ باباخانیان، مسعوده؛ خلوتی، محبوبه. (۱۴۰۰). اضطراب مرگ در سالمندان ایرانی: یک مرور نظام مند و متاآنالیز. مجله سالمند، ۱۶(۲)، ۱۵۶.

<http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2028-fa.html>

سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی؛ دربانی، علی. (۱۳۹۵). مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت. مجله روانشناسی خانواده، ۲(۲)، ۵۸-۴۵.

<https://sid.ir/paper/250059/fa>

سنگ سفیدی، ساحل؛ قنبری مقدم، اکرم؛ محمدزاده، مرضیه؛ کربلایی، زینب؛ محمدی، مجتبی. (۱۳۹۷). توان خود مراقبتی و نقش پیشگویی‌کننده آن در کیفیت زندگی سالمندان ساکن جامعه. نشریه سالمندشناسی، ۲(۴)، ۷۰-۶۴.

<http://joge.ir/article-1-174-fa.html>

شهناوی، مدینه؛ بامری، منصور؛ رحیمی، فرهاد؛ غلامی، فرشته. (۱۳۹۷). خودمراقبتی در سالمندی. مجله بهروز، ۲۸، ۱۷-۱۴.

<https://doi.org/10.22038/behv.2019.14583>

صفری موسوی، سینا؛ غضنفری، فیروزه؛ میردیکوند، فضل‌الله. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام اس شهر خرم‌آباد. مجله بالینی پرستاری و مامائی، ۷(۴)، ۲۳۶.

<http://78.39.35.47/article-1-650-fa.html>

عابدین، مریم؛ برقی ایرانی، زیبا؛ اکبری، حمزه. (۱۴۰۲). مقایسه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۳۰).

<http://psychologicalscience.ir/article-1-2100-fa.html>

غیبی، علی اکبر؛ تاجری، بیوک؛ کوشکی، شیرین؛ صبحی، ناصر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۷(۲)، ۷۳-۶۶.

<http://ijnr.ir/article-1-582-fa.html>

کاظمی، امیرپاشا؛ احدی، حسن؛ نجات، حمید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قندخون در بیماران مبتلا به دیابت. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۶(۳)، ۴۴.

<http://ijrn.ir/article-1-493-fa.html>

کبیری نسب، یوسف؛ عبدالله زاده، حسن. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوشیاری بدن و ابراز هیجان سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۳۲-۱۲۵.

<https://sid.ir/paper/259382/fa>

کشفی، نوشین؛ غنی فر، محمدحسن؛ نصری، مریم؛ دستجردی، قاسم. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصمیم گیری معنادار در حال بهبودی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۷)، ۱۴۱۴-۱۳۹۷.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1938-fa.html>

متقی، رضا؛ ماردپور، علیرضا؛ خرامین، شیرعلی. (۱۴۰۰). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت خواب و فشار خون سالمندان مبتلا به بیهوشی. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۱۰، ۵۷.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.25382799.1400.10.37.5.7>

محمدزاده، علی. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین وسواس مرگ با روشهای مقابله مذهبی، عمل به باورهای دینی سبکهای دل بستگی به خدا. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱(۳)، ۲۴۳-۲۳۶.

<https://sid.ir/paper/17098/fa>

محمدزاده، علی؛ نجفی، محمود. (۱۳۸۹). پیش بینی وسواس مرگ بر اساس سوگیری های مذهبی: بررسی نقش جنسیت. *روان شناسی بالینی*، ۲(۳) (پیاپی ۷)، ۶۵-۷۲.

<https://sid.ir/paper/152720/fa>

محمدی هریس، ویدا؛ شاکردولق، علی؛ خادمی، علی؛ زینالی، علی و صفایی، ناصر. (۱۳۹۹). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب آوری و خودمراقبتی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۹(۱)، ۱۶۰-۱۵۲.

<https://sid.ir/paper/1003491/fa>

ورعی، پیام؛ پورداد، سبا؛ افشاری، سارا و میرشمسی، زهرا. (۱۳۹۸). پیش بینی افکار خودکشی در سالمندان بر اساس سپاسگزاری و خودشفقت ورزی. *نشریه سالمندشناسی*، ۳(۴)، ۱۹-۱۱.

<http://joge.ir/article-1-301-fa.html>

ولی زاده، حدیث؛ احمدی، وحید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۶۶-۱۵۳.

<http://dx.doi.org/10.22126/jap.2021.6370.1528>

نخجیری، لیلا؛ درویش پور، آذر؛ پورقانع، پرنده غلامی چابکی، بهاره. (۱۴۰۰). وضعیت خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان های دولتی شرق گیلان در سال ۱۳۹۹.

نشریه پرستاری ایران، ۳۴(۱۲۹)، ۸۱-۶۷.

https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_199_21

یونسی بروجنی، جلیل؛ جدیدی، محسن و احمدزاده، فرید. (۱۳۹۹). ساخت و هنجاریابی مقیاس خودمراقبتی سالمندان شهر تهران. *فصلنامه پژوهشهای کاربردی روانشناختی*، ۱(۱۱)، ۲۰۸-۱۸۵.

<https://doi.org/10.22059/japr.2020.280957.643266>

References

- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 834-839. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00144-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00144-X)
- Abedin, M; Iranian Barghi, Z; Akbari, H. (2023). Comparing the effectiveness of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on treatment compliance and quality of life of women with breast cancer. *Journal of Psychological Sciences*, 22 (130). (Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-2100-fa.html>
- Abutalebi, H; Yazdachi, N. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among with multiple sclerosis. *Medical Science Journal of Islamic Azad University Tehran medical Branch*, (1) 32,101-92. (Persian). <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Akbulut, S., Ozer, Ali., & Yilmaz, S. (2021). Factors affecting anxiety, depression, and self-care ability in patients who have undergone liver transplantation. *World J Gastroenterol*, 27(40), 6967-6984. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i40.6967>
- Alhani, f., Zeighami mohamadi, S., SHakoor, M., Farmani, P., Fahidi, F., & Mohseni, B. (2013). Adherence of self-care behaviors in patients with systolic heart failure hospitalization in social security Alborz hospital of Karaj and Shahriar. *Journal Faculty of Allied Health Sciences*, 3 (11), 42-9. (Persian). <https://doi.org/10.2147%2FPPA.S88482>
- Azarbw M, Sajjadi N. (2018). Role of the meaning of life, Self-Compassion and psychological capital in predicting psychological well-being of seniors in the elderly. 4 (4). (Persian). <http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-296-fa.html>

- Baharundi, B; Kazemian Moghadam, k& Haroun Rashidi, H. (2019). The effectiveness of compassion-based therapy on the ability to tolerate ambiguity and death anxiety of the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 6(1), 13-26. (Persian). <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5148.1409>
- Behzadi, S., Tajri, B., Sodagar, S& Shariati, Z. (9011) Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and reality therapy on life satisfaction and self-care behaviors of the elderly with type II diabetes. *Applied family therapy scientific research quarterly*, 4(2), 48-501. (Persian). <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.295235.1136>
- Bramwell, K., Richardson, T. (2017). Improvements in Depression and Mental Health After Acceptance and Commitment Therapy are Related to Changes in Defusion and Values-Based Action. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48, 9-14. <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9367-6>
- Brown, L., Karmakar, C. (2019). A Self-Compassion Group Intervention for Patients Living With Chronic Medical Illness: Treatment Development and Feasibility study. *Prim Care Companion CNS Disord*, 21(5). <https://doi.org/10.4088/pcc.19m02470>
- Enea, V., Eisenbeck, N., Petrescu, T.C., & Carreno, D.F. (2021). Perceived Impact of Quarantine on Loneliness, Death Obsession, and Preoccupation With God: Predictors of Increased Fear of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643977>
- Fortner, V., Robert A. Neimeyer, B. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387-411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>
- Ghaibi, A, A; Tajeri, Buick; Kushki, SH& Sobhi, N. (2019). Comparing the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment and compassion on psychological well-being in patients with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 7(2), 73-66. (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>
- Guner, T., Erdogan, Z., Demir, I. (2021). The Effect of Loneliness on Death Anxiety in the Elderly During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Death and Dying*, 1-21. <https://doi.org/10.1177%2F00302228211010587>
- Haji hasani, M; Naderi, N. (2019). Death anxiety in the elderly: the role of spiritual health and perceived social support. *Journal of Aging Psychology*, 6(4), 311-309. (Persian). <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5778.1473>
- Hayes, S., Levin, M., Plumb, J., Villatte, J., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hossein Mirzaei, Z; Hosseinzadeh, F; Masoumi, R & Pashaipour, S. (2021). Strategies to improve self-care in postmenopausal women: a narrative review. *Journal of Nursing Research*, 16(4), 31. (Persian). <http://ijnr.ir/article-1-2581-fa.html>
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 123-140. <https://doi.org/10.1177/1744629518773843>
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of ransdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34, 580-593. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
- Kabiri Nasab, Y; Abdollahzadeh, H. (2016). The effectiveness of mindfulness training based on acceptance and commitment on body awareness and emotional expression of the elderly. *Journal of Psychology of Aging*, 2(2), 132-125. (Persian). <https://sid.ir/paper/259382/fa>
- Kashfi, N; Ghanifar, M, H; Nasri, M& Dastjerdi, Q. (2022). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the life expectancy and decision-making of recovering addicts. *Journal of Psychological Sciences*, 22(127), 1397-1414. (Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-1938-fa.html>
- Khalatbari, A; Shiroudi, S. (2019). Comparing the effectiveness of treatment focused on compassion and treatment based on acceptance and commitment on self-care behavior and glycosylated hemoglobin of type 2 diabetes patients. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*, 29(3), 1-16. (Persian). <http://journal.gums.ac.ir/article-1-2275-fa.html>

- Kazemi, A; Ahadi, H & Nejat, H. (2017). The effectiveness of compassion-based therapy on feelings of loneliness, self-care behaviors and blood sugar in patients with diabetes. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6(3), 44. (Persian). <http://ijrn.ir/article-1-493-fa.html>
- Khalvati, M; Babakhanian, M & Khalvati, M. (2021). Death anxiety in Iranian elderly: a systematic review and meta-analysis. *Elderly Journal*, 16(2), 156. (Persian). <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2028-fa.html>
- Khanbabaei, N; Mojtabaei, M & Sabet, M. (1402). Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on disease perception, self-care behaviors and adherence to treatment in female patients with breast cancer. *Journal of Psychological Sciences*, 22(128), 1565-1586. (Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-1927-fa.html>
- Labani, S. (2022). Importance of self-care management education and prevention of complication among older adult with (HF) heart failure: A systematic literature review. *novia university of applied sciences*. <https://doi.org/10.1177%2F2333721416684013>
- Menzies, R. E., & Dar-Nimrod, I. (2017). Death anxiety and its relationship with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 367. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000263>
- Mohammadzadeh, A. (2014). Investigating the relationship between death obsession with religious coping methods, practicing religious beliefs, attachment styles to God. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(3), 243-236. (Persian). <https://sid.ir/paper/17098/fa>
- Mohammadzadeh A, Najafi M. (2010). The Prediction of Death Obsession According to Religiosity Orientation: Role of sex. *J Clinic Psychology*, 3(7): 65-72. (Persian). <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2030>
- Mohammadi-Haris, V; Shakerdulaq, A; Khademi, A; Zinali, A & Safai, N. (2019). The effect of treatment based on acceptance and commitment on chronic pain, endurance and self-care of women with coronary artery disease. *Journal of cardiovascular nursing*, 9(1), 152-160. (Persian). <https://sid.ir/paper/1003491/fa>
- Moraes, A. A., Quiroga, C.V., & Dacroce, L.A. (2021). Exploring Self-Compassion in Older Adults: a systematic review. *Contextos Clínicos*, 141(15). <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2021.141.15>
- Motaghi, R; Mardpour, A & Khoramin, Sh. A. (2021). The effect of acceptance and commitment therapy on improving sleep quality and blood pressure in the elderly with insomnia. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 10, 57. (Persian). <https://dori.net/dor/20.1001.1.25382799.1400.10.3.7.5.7>
- Nakhjir, I.Z., Darvishpour, A., Pourghane, P., & Gholami Chaboki, B. (2021). The relationship between frailty syndrome and self-care ability in the elderly with heart failure. *Journal of Education and Health*, 10(1):475. (Persian). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_199_21
- Saadati, N; Rostami, M & Darbani, A. (2015). Comparison of therapy based on acceptance and commitment and therapy based on compassion. *Journal of Family Psychology*, 2(2), 58-45. (Persian). <https://sid.ir/paper/250059/fa>
- Safari Mousavi, S; Ghazanfari, F, Mirdarikhvand, F. (2017). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety of women with MS in Khorram Abad city. *Clinical Journal of Nursing and Midwifery*, 7(4), 236. (Persian). <http://78.39.35.47/article-1-650-fa.html>
- Sangsefidi, S., Ghanbari Moghadam, A., Mohammadzadeh, M., Karbalai, Z & Mohammadi, M. (2017). The ability of self-care and its predictive role in the quality of life of the elderly living in the community. *Journal of Gerontology*, 2(4), 64-70. (Persian). <http://joge.ir/article-1-174-fa.html>
- Sharma, P., Asthana, H. S., Gambhir, I. S., & Ranjan, J. K. (2019). Death anxiety among elderly people: role of gender, spirituality and mental health. *Indian Journal of Gerontology*, 33(3), 240-254. <http://www.gerontologyindia.com/pdf/vol-33-3.pdf>
- Shahnavazi, M; Bamari, M; Rahimi, F; Gholami, F. (2017). Self-care in old age. *Behorz Magazine*, 28, 14-17. (Persian). <https://doi.org/10.22038/behv.2019.14583>
- 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. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2021.141.15>
- Seekies, v., Bradely, G. L., & Duffy, A. L. (2020). Does a Facebook-enhanced mindful Self-Compassion intervention improve body image? An evaluation

- study.Body image, 3,4259-269.
DOI: [10.1016/j.bodyim.2020.07.006](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.07.006)
- Taqvaina, A. (2017). The moderating role of coping styles in the relationship between attachment styles and death obsession of the elderly. *Journal of Evolutionary Psychology*, 6 (14), 97. (Persian).
<https://sid.ir/paper/101333/fa>
- Tohidifar, M; Kazemian Moghadam, K. (2021). The effectiveness of compassion-based therapy on the feeling of loneliness and cognitive flexibility of elderly men. *Journal of Psychological Studies*, 17(2), 116-97. (Persian).
<https://doi.org/10.22051/psy.2021.36089.2449>
- Walizadeh, H; Ahmadi, V. (2021). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life and death anxiety of the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 7(2), 153-166. (Persian).
<http://dx.doi.org/10.22126/jap.2021.6370.1528>
- WariP; Pordad, Saba; Afshari, S & Mirshamsi, Z. (2018) the prediction of suicidal thoughts in the elderly on the basic of gratitude and self-compassion. *Journal of Gerontology*, 3(4): 11-19. (Persian).
<http://dx.doi.org/10.29252/joge.3.4.2>
- Yonesi Borojini, J; Jadidi, M & Ahmadrads, F. (2019). Construction and standardization of the self-care scale for the elderly in Tehran. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 1(11), 185-208. (Persian).
<https://doi.org/10.22059/japr.2020.280957.643266>