



Comparison of the Effectiveness of Group Compassion Therapy and Group Narrative Therapy on the Psychological Capital of the Elderly

Abbas Keshavarz

Phd Student of Health Psychology, Department of Psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates, Email: keshavarz.a7@yahoo.com

Hamid Nejat

Associate Professor, Department of Family and Counseling, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: dr.nejat54@iau.ac.ir

Ali Akbar Samari

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kash.C, Islamic Azad University, Kashmar, Iran. Email: alisamari_47@iau.ir

Received: 2025-10-10	Revised: 2025-12-10	Accepted: 2026-06-27	Published: 2026-07-14
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------------

Citation: Keshavarz, A., Nejat, H. & Samari, A. (2026). Comparison of the Effectiveness of Group Compassion Therapy and Group Narrative Therapy on the Psychological Capital of the Elderly. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 16(1), 99-120. doi: 10.22067/tpccp.2026.95099.1819
--

Extended Abstract

Introduction

The global aging trend has revealed an increasing need for effective psychological interventions to promote mental health. By 2060, the proportion of the world's older adults is projected to increase from 12% to 22% (Mathieu et al., 2024), and one in five older adults is expected to have a mental disorder (Tampi et al., 2022). This issue has also gained special importance in Iran as it enters the demographic aging phase (Zanjari et al., 2024). Concurrently, psychological capital, comprising hope, self-efficacy, flexibility, and optimism, has been demonstrated to play a pivotal role in enhancing well-being and resilience (Avey et al., 2011; Luthans & Broad, 2025). Two approaches have been demonstrated to be effective in improving this capital: compassion therapy, which involves reducing self-criticism and increasing emotional regulation (Petrocchi et al., 2024), and narrative therapy, which involves reconstructing life stories and strengthening components of hope and self-efficacy (Chan, 2023). The objective of the present study was to compare the effectiveness of these two group therapies on the amount of psychological capital of the older adults and to evaluate the sustainability of their effects during a two-month follow-up period.

Method

The present study was a quantitative and quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population of this study included retired education workers in Mashhad (65 to 80 years old). Among them, using purposive sampling, 45 participants (21 men and 24 women) were identified and randomly assigned to three groups of 15 (compassion therapy, narrative therapy, and control). The interventions administered to the experimental groups consisted of eight 90-minute sessions for each protocol (Gilbert, 2009; White, 2007). The dependent variable, psychological capital, was measured using the Psychological Capital Questionnaire (PCQ), Luthans et al. (2007), in three stages.

Findings

The statistical analysis of the results indicated a significant effect of the time factor on the dependent variable (i.e., psychological capital) ($P < 0.001$, $F = 49.47$). This finding substantiates the hypothesis that, in general, the interventions engendered alterations in psychological capital scores, such that the measurement stages elucidated nearly 53% of the variance in the scores. Pairwise Bonferroni analyses revealed the status of the groups separately. The control group did not show a significant difference in scores during the three time stages, indicating the natural stability of the variable in the absence of intervention. In contrast, the compassion therapy and narrative therapy groups exhibited a statistically significant discrepancy in scores between the pre-test (T1), post-test (T2), and follow-up stage (T3) ($P < 0.001$). The most salient finding with respect to effect stability was the absence of a significant difference between post-test (T2) and follow-up (T3) scores in both experimental groups ($p_{\text{Compassion Therapy}} = 0.062$, $p_{\text{Narrative Therapy}} = 0.052$), indicating appropriate stability and persistence of the positive effects of the treatments over a two-month period. Despite the demonstrated stability in both groups, the effect size for the compassion therapy group (84%) was estimated to be marginally higher than that of the narrative therapy group (81%), suggesting the relative superiority of compassion therapy in enhancing the psychological resources of the older adults.

Discussion

This study, by providing substantial empirical evidence, has definitively proven the essential role of both narrative therapy and compassion therapy interventions in promoting all components of psychological capital in the older adult population. The findings of this study demonstrate a complete alignment with previous research, particularly the positive effect of narrative therapy on promoting key variables such as "vitality" and "self-efficacy." This finding is in full agreement with the results reported by Esgoi et al. (2024). The validity of this study is reinforced by the corroboration of the findings reported by Chen (2023). Chen clearly demonstrated the superiority of narrative therapy over cognitive-behavioral therapy in enhancing the indicators of "hope" and "optimism." Additionally, narrative therapy was found to be more effective in strengthening "self-efficacy" and "resilience." The present study corroborates this hierarchy by enriching this comparison. These results align with the supportive findings of previous studies, including those by Bani Safar and Ahi (2023), Najibi Far (2022), Fazeli (2022), Hosseini Mehr et al. (2021), and Changizi and Panah Ali (2016). These studies have emphasized the positive impact of these approaches on psychological capital. The scientific rationale for this efficacy is rooted in each treatment's internal mechanism. Narrative therapy, by focusing on "reconstructing life narratives" and using techniques such as "externalizing the problem," provides the basis for strengthening the "sense of personal agency." By accentuating "unique outcomes" and past achievements, this process challenges deep-rooted dysfunctional beliefs and directly enhances the individual's level of "hope" and "optimism." Conversely, compassion therapy emphasizes emotional regulation. This therapeutic modality, predicated on the notion of "self-compassion," enables older adults to embrace their shortcomings and failures within a "non-judgmental" paradigm. The therapeutic effect of this approach is a reduction in "anger" and an augmentation in "emotional self-awareness." This internal acceptance serves as a foundational element for enhancing "resilience" in the face of the challenges encountered in daily life, exhibiting a direct link to the enhancement of "self-efficacy."

Given the confirmation of the effectiveness of both methods and the understanding of their different mechanisms, the main proposal focuses on the design and distribution of "comprehensive educational booklets." These booklets not only explain the effect of the treatment (theoretical development), but also provide practical exercises for both methods. These exercises allow caregivers and the old adults to take effective steps in the continuous promotion of their psychological capital without the need for the constant presence of a psychotherapist.

Keywords: Compassion-Focused Therapy; Narrative Therapy; Group Therapy; Psychological Capital; Older Adults.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مقایسه تأثیر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی سالمندان

عباس کشاورز

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

keshavarz.a7@yahoo.com

حمید نجات

دانشیار، گروه علمی مشاوره و خانواده، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، dr.nejat54@iau.ac.ir

علی اکبر ثمری

استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران. alisamari_47@iau.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۱۹	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: کشاورز، عباس؛ نجات، حمید؛ ثمری، علی اکبر. (۱۴۰۵). مقایسه تأثیر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی سالمندان. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۶(۱)، ۹۹-۱۲۰. doi: 10.22067/tpccp.2026.95099.1819			

چکیده

هدف: سالمندی به‌عنوان پدیده‌ای جهانی، یکی از چالش‌های اصلی اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. نوآوری این پژوهش در مقایسه اثربخشی مستقیم دو رویکرد درمانی نسبتاً نوین، یعنی شفقت‌درمانی گروهی و روایت‌درمانی گروهی، بر میزان سرمایه روان‌شناختی سالمندان است.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بازنشستگان آموزش و پرورش شهرستان مشهد بود که ۴۵ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. برای سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوطرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، هر دو مداخله شفقت‌درمانی و روایت‌درمانی، تغییرات معناداری در متغیر وابسته در مراحل اندازه‌گیری ایجاد کرده‌اند و تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و مراحل بعدی مشاهده شد ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که گروه شفقت‌درمانی گروهی، تغییرات معناداری بالاتری در سرمایه روان‌شناختی نسبت به روایت‌درمانی ایجاد کرد. کاربرد عملی یافته‌ها در این است که این مداخلات نوین (به‌ویژه شفقت‌درمانی) می‌توانند مستقیماً در برنامه‌های روان‌درمانی محلی و سیاست‌گذاری‌های رفاهی سالمندی برای ارتقاء سرمایه روان‌شناختی و تاب‌آوری آن‌ها بکار

گرفته شوند. بنابراین، این دو روش درمانی نوین را می‌توان به‌عنوان مبنایی برای طراحی و اجرای طرح‌های مداخله‌ای با هدف تقویت سالمندی مثبت و ارتقای جنبه‌های مثبت رفتاری در سالمندان به کار برد.

واژه‌های کلیدی: شفقت درمانی؛ روایت درمانی؛ درمان گروهی؛ سرمایه روان‌شناختی؛ سالمندان

مقدمه

روند جهانی شدن جمعیت سالمند، یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی قرن حاضر است. این تحول نه تنها ساختارهای اقتصادی و اجتماعی جوامع را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه نیاز به توجه ویژه‌ای به ابعاد روان‌شناختی و بهزیستی این قشر را ضروری می‌سازد. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که در چهار دهه آینده، نسبت سالمندان جهان تقریباً دو برابر شده و از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید (Mathieu et al., 2024). این افزایش چشمگیر جمعیتی، چالش‌های متعددی را به ویژه در حوزه سلامت روان همراه دارد. سازمان بهداشت جهانی همچنین گزارش می‌دهد که از هر پنج سالمند، یک نفر با اختلال سلامت روان قابل تشخیص روبرو است (Tampi et al., 2022). این آمار هشدار جدی در خصوص نیاز به مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارآمد در این دوره حساس از زندگی است.

این روند شتاب یافته در ایران نیز به وضوح مشاهده می‌شود و پیش‌بینی می‌شود کشور از دهه ۱۴۲۰ شمسی وارد فاز سالخوردگی جمعیتی شود (Zanjari et al., 2024). ورود به این فاز، نیازمند برنامه‌ریزی‌های جامع ملی در حوزه‌های مختلف، به ویژه سلامت و روان‌شناسی است. با وجود چالش‌های جسمانی و روانی مرتبط با سالمندی، از جمله انزوای اجتماعی، از دست دادن نقش‌ها و کاهش قدرت کنترل، درمان‌های غیروارویی به دلیل ارجحیت‌های ایمنی، کاهش عوارض جانبی و پایداری اثرات مثبت، اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده‌اند (Beck et al., 2021). در این میان، فعالیت‌های اجتماعی معنادار و مشارکت اجتماعی به عنوان عوامل کلیدی در بهبود سلامت روان، افزایش رضایت از زندگی و ارتقای کلی کیفیت زندگی سالمندان شناخته می‌شوند (Organization, 2024).

یکی از سازه‌های اصلی در روان‌شناسی مثبت که بر ارتقای بهزیستی، عملکرد موفق و ظرفیت‌های فردی تمرکز دارد، سرمایه روان‌شناختی^۱ است. این سازه فراتر از صرف غیاب بیماری، به پتانسیل‌های رشد فرد در مواجهه با محیط می‌پردازد. سرمایه روان‌شناختی به عنوان یک "ساختار مرتبه دوم" تعریف می‌شود که از تجمیع چهار حالت روان‌شناختی حالت مانند اما نسبتاً پایدار در سطح فردی ناشی می‌شود (Avey et al., 2011). این چهار عنصر حیاتی عبارتند از:

امید^۲: داشتن اراده و مسیریابی برای دستیابی به اهداف آتی.

خودکارآمدی^۳: اعتماد به توانایی فرد برای بسیج منابع لازم جهت اجرای موفقیت‌آمیز وظایف

1 Psychological Capital - PsyCap

2 Hope

3 Self- Efficacy

خاص.

انعطاف پذیری^۱: توانایی بازگشت سریع به وضعیت مطلوب پس از مواجهه با سختی ها و ناملايمات. خوش بینی^۲: داشتن نگرش مثبت نسبت به موفقیت های فعلی و آتی.

برخلاف رویکردهای سنتی که بر آسیب شناسی روانی متمرکز بودند، سرمایه روان شناختی کمک می کند تا افراد زندگی پربارتر، معنادارتر و سازگارانه تری داشته باشند (Luthans & Broad, 2025). تحقیقات نشان داده اند که این چهار عنصر به صورت هم افزا عمل کرده و توسعه سرمایه روان شناختی از طریق مداخلات هدفمند در محیط های مختلف سازمانی و بالینی امکان پذیر است (Reichard et al., 2024). در دوران سالمندی، که با کاهش منابع حمایتی و افزایش ریسک پذیری مواجه است، تقویت این سرمایه، حیاتی ترین نقش را در حفظ سلامت روان ایفا می کند. مطالعات متعددی تأکید کرده اند که توسعه سرمایه روان شناختی در مواجهه با استرس ها و چالش های زندگی، از جمله چالش های دوران سالمندی، به عنوان یک سپر دفاعی عمل می کند و منجر به افزایش رضایت مندی شغلی (در سالمندان شاغل) و رضایت از زندگی عمومی می شود (Loghman et al., 2023).

گروه درمانی به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای طیف گسترده ای از اختلالات عاطفی و رفتاری به طور وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است (Lakin, 1977). در سال های اخیر، به دلیل افزایش توجه به رویکردهای مبتنی بر توانمندسازی و شفقت، دو رویکرد غیرپزشکی نوین، یعنی روایت درمانی و شفقت درمانی توجه محققان را به طور فزاینده ای به خود جلب کرده اند.

شفقت درمانی: شفقت درمانی، یک رویکرد تکاملی یکپارچه است که بر اساس درک عمیق از نحوه عملکرد ذهن انسان و رنج های ناشی از آن بنا شده است. این رویکرد بر انگیزه اجتماعی بنیادین برای کاهش رنج در خود و دیگران تأکید دارد (Reichard et al., 2024). شفقت درمانی به ویژه در ارتقای تنظیم هیجانی و کاهش خودانتقادی مؤثر است و تأثیرات مثبتی بر بهزیستی کلی دارد (Petrocchi et al., 2024).

روایت درمانی: روایت درمانی یک رویکرد پسا ساختارگرا است که بر قدرت داستان سرایی فردی تأکید دارد. این درمان با تمرکز بر شناسایی، بازسازی و به کارگیری عناصر حیاتی تجربیات فردی در طول عمر، به افراد کمک می کند تا چالش های زندگی را در چارچوبی معنادارتر مدیریت کنند و روایات

¹ Resilience

² Optimism

غالب و محدودکننده خود را تغییر دهند (Reichard et al., 2024). این رویکرد به خصوص در سالمندی که بازنگری در زندگی^۱ اهمیت می‌یابد، بسیار کارآمد است (Kim et al., 2023). شواهد پیشینی ارتباط مثبتی بین این رویکردهای درمانی و سازه سرمایه روان‌شناختی نشان داده‌اند. به طور خاص، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (که شباهت‌هایی با شفقت درمانی دارند) توانسته‌اند سرمایه روان‌شناختی را افزایش دهند (Fazeli Kebria et al., 2018). همچنین، برخی مطالعات تأثیر درمان شفقت‌محور را در افزایش این سازه در سالمندان نشان داده‌اند (Mohammadi et al., 2022). علاوه بر این، روایت درمانی بر مؤلفه‌هایی مانند امیدواری تأثیر مثبت داشته است (Chan, 2023) که امید یکی از اجزای اصلی سرمایه روان‌شناختی است (Luthans et al., 2007). همچنین، توانمندسازی فردی و افزایش توانایی‌هایش، که در نتیجه بازنویسی روایت‌ها حاصل می‌شود، می‌تواند خودکارآمدی را تقویت کند (Nguyen et al., 2024).

شکاف پژوهشی اصلی در این حوزه، کمبود مطالعات تجربی مقایسه‌ای است که اثربخشی مستقیم این دو رویکرد درمانی نوین (شفقت درمانی گروهی در مقابل روایت درمانی گروهی) را به طور همزمان بر سازه سرمایه روان‌شناختی در جامعه خاص سالمندان ایرانی مورد سنجش قرار داده باشد. در حالی که مطالعات مجزایی به بررسی هر یک از این درمان‌ها بر ابعاد روان‌شناختی پرداخته‌اند، هیچ مطالعه‌ای به مقایسه کارایی نسبی آنها در ارتقاء مجموعه‌ای از چهار مؤلفه سرمایه روان‌شناختی در سالمندان ایران نپرداخته است. این مطالعه در پی پر کردن این شکاف است و به بررسی این موضوع می‌پردازد که شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی، چه تأثیری بر سرمایه روان‌شناختی سالمندان دارد و کدام یک کارایی بالاتری در این جمعیت خاص نشان می‌دهد. هدف نهایی، شناسایی مؤثرترین درمان غیردارویی مبتنی بر گروه برای تقویت ظرفیت‌های روانی سالمندان در مواجهه با چالش‌های پیری است.

روش

پژوهش حاضر از نظر طرح، یک مطالعه کمی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و مؤلفه‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. این طراحی به محقق اجازه می‌دهد تا اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را بر متغیر وابسته مورد نظر، در طول زمان و در مقایسه با گروه کنترل، ارزیابی نماید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیهٔ بازنشستگان آموزش و پرورش شهرستان مشهد در محدوده سنی ۶۵ تا ۸۰ سال بود که در فصل پاییز ۱۴۰۲ به کانون بازنشستگان مراجعه کرده بودند. برای انتخاب

نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند^۱ استفاده شد تا اطمینان حاصل شود که شرکت‌کنندگان دارای ویژگی‌های اصلی مورد نیاز پژوهش هستند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عضویت فعال در کانون بازنشستگان آموزش و پرورش مشهد، قرارگیری در دامنه سنی ۶۵ تا ۸۰ سال، کسب نمرات پایین در مقیاس سرمایه روان‌شناختی (به‌منظور سنجش نیاز به مداخله)، امکان حضور منظم در جلسات درمانی. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه و عدم پایبندی به انجام تکالیف محوله بود. پس از غربالگری، ۴۵ نفر از سالمندان واجد شرایط (۲۱ مرد و ۲۴ زن) شناسایی شدند. این شرکت‌کنندگان سپس به شکل تصادفی^۲ به سه گروه تخصیص داده شدند: گروه آزمایش شفقت درمانی، گروه آزمایش روایت درمانی و گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر، با توزیع تقریباً برابر جنسیتی). جلسات درمانی به صورت گروهی و در مجموع ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد؛ ۸ جلسه به اجرای پروتکل شفقت درمانی و ۸ جلسه به اجرای پروتکل روایت درمانی اختصاص یافت. پس از اتمام دوره مداخله، آزمون‌های پس‌آزمون اجرا شدند. علاوه بر این، به‌منظور ارزیابی پایداری اثرات درمان، آزمون‌ها پس از گذشت دو ماه در مرحله پیگیری نیز اجرا شدند. نوآوری این پژوهش در مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی شفقت درمانی و روایت درمانی به‌طور همزمان بر سرمایه روان‌شناختی در جمعیت سالمندان شهر مشهد نهفته است که تاکنون مورد توجه قرار نگرفته است.

ابزار: مقیاس سرمایه روان‌شناختی

متغیر وابسته این پژوهش، سرمایه روان‌شناختی است که به عنوان یک وضعیت رشد روانی مثبت قابل توسعه در فرد تعریف می‌شود (Luthans et al., 2007). این سازه از چهار مؤلفه اصلی تشکیل شده است که به صورت سرواژه عبارت انگلیسی آن‌ها (Hope, Efficacy, Resilience, Optimism - HERO) مشخص می‌شوند: امیدواری^۳، خودکارآمدی^۴، تاب‌آوری^۵ و خوش‌بینی^۶.

مقیاس استاندارد این سازه توسط لوتانز و همکاران (Luthans et al., 2007)، تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای است که هر مؤلفه دارای ۶ گویه می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۶) است. گویه‌های ۱ تا ۶ به ترتیب به سنجش

1 Purposive Sampling

2 Random Assignment

3 Hope

4 Efficacy

5 Resilience

6 Optimism

خودکارآمدی، ۷ تا ۱۲ امیدواری، ۱۳ تا ۱۸ تاب‌آوری، و ۱۹ تا ۲۴ خوش‌بینی اختصاص دارند. نمره کل سرمایه روان‌شناختی، مجموع نمرات چهار مؤلفه است. روایی صوری و محتوای این مقیاس در مطالعات متعددی تأیید شده است. برای سنجش پایایی ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده‌اند. محسن‌آبادی و همکاران (Mohsenabadi et al., 2021)، پایایی کل مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با روش بازآزمایی پس از ۴ هفته ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند که حاکی از اعتبار مطلوب ابزار است. در پژوهش حاضر، به‌منظور سنجش پایایی آزمون-بازآزمایی با فاصله زمانی دو ماهه، ضرایب زیر به دست آمد: کل مقیاس ۰/۸۹۲، امیدواری ۰/۸۷۶، خودکارآمدی ۰/۸۸، تاب‌آوری ۰/۸۸۲ و خوش‌بینی ۰/۸۷۷. این ضرایب نشان‌دهنده ثبات و همسانی درونی بسیار مناسب ابزار برای جامعه مورد مطالعه است. سونگ و همکاران (Song et al., 2024) نیز پایایی کلی را ۰/۶۷ و برای مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۶۱ (امیدواری)، ۰/۵۴ (خودکارآمدی)، ۰/۶۸ (تاب‌آوری) و ۰/۵۵ (خوش‌بینی) گزارش کرده‌اند.

ساختار جلسات درمانی

جدول ۱. پروتکل درمان گروهی بر اساس روایت درمانی، (White, 2007)

جلسه	شرح فعالیت
۱	توضیح و تشریح جلسات، ساختار کلی جلسات و تعیین چارچوب‌ها و قوانین اصلی گروه، شناخت کلی اعضا گروه، اجرای پیش‌آزمون: سرمایه روان‌شناختی، توصیف ساده‌ای از داستان‌های زندگی و اصول روایت درمانی
۲	شروع برون‌سازی، بررسی و توجه به داستان‌های غالب، جایگاه و تأثیر داستان‌های غالب، امور متفاوت زندگی فرد، شخصی‌سازی داستان مملو از مشکل، اکتشاف استعاره خود (چگونگی ساخت داستان‌ها)
۳	توجه و دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد- تشویق افراد به بیان داستان‌های خود، بررسی استعاره‌های فردی، دیدن داستان از منظر دیگران
۴	تأثیر تفکر و زبان، ادبیات گفتگو تازه درباره داستان، نام‌گذاری مشکل، نگاه کردن به مشکل (کاهش قدرت مشکل)، بحث گروهی در مورد نگرش‌های متفاوت نسبت به مشکل
۵	بحث گروهی، چالش بین اعضا، تعیین عواطف مثبت و منفی در مشکل، بررسی چالش‌های اساسی زندگی، تکلیف منزل (تغییر ادبیات با مشکلات)
۶	خلاصه جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی بازسازی داستان، بررسی پیامدهای جدید، تغییر بحران، ادامه چالش‌های گروه برای پویایی داستان‌سازی
۷	بررسی داستان جدید، تکیه بر نقاط قوت، تحلیل جایگاه داستان و روایت جدید، اثر آن بر زندگی حال و آینده
۸	بحث گروهی، نظرسنجی درباره تغییرات، بررسی شواهد تغییر، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. پروتکل درمان گروهی بر اساس شفقت درمانی، (Gilbert, 2009)

جلسه	شرح فعالیت
۱	آشنایی اعضای گروه، اجرای پیش آزمون، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی شفقت درمانی.
۲	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستمهای مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال می کنند.
۳	آشنایی با خیوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی.
۴	مرور جلسه قبل و تمرینات، خودشناسی در مورد شفقت داشتن یا نداشتن، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش و تربیت ذهن مشفقانه (همدلی و هم دردی با خود و دیگران) آموزش بخشایش
۵	تمرین جلسه قبل، تمرین های پرورش ذهن مشفقانه مانند بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش بردباری و صبر
۶	تمرین ایجاد تصاویر با شفقت، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و نحوه بکارگیری این روش ها در زندگی روزمره برای خانواده و دوستان
۷	آموزش نوشتن نامه های مشفقانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن شرایط
۸	جمع بندی، مرور جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سوال ها، ارایه راهکار برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی، اجرای پس آزمون

یافته ها

برای آزمون نرمال بودن داده های پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده های پژوهش از آزمون نرمال بودن برخوردار است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده های پژوهش از آزمون نرمال بودن برخوردار است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده های پژوهش از آزمون نرمال بودن برخوردار است.

برای آزمون نرمال بودن داده های پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده شد.

جدول ۳. آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه ها

مقیاس	خرده مقیاس	کنترل		شفقت درمانی		روایت درمانی	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری

1 Shapiro-Wilk Test

۰/۸۹۴	۰/۰۷۷	۰/۹۵۲	۰/۵۵۱	۰/۹۱۴	۰/۱۵۷	امیدواری
۰/۹۶۸	۰/۸۲۴	۰/۹۱۹	۰/۱۸۶	۰/۹۳۲	۰/۲۹۳	خودکارآمدی
۰/۹۴۷	۰/۴۷۹	۰/۹۱۷	۰/۱۷۳	۰/۹۱۱	۰/۱۴۰	تاب‌آوری
۰/۹۷۳	۰/۹۰۴	۰/۹۵۹	۰/۶۸۰	۰/۸۹۹	۰/۰۹۱	خوش‌بینی

سرمایه روان‌شناختی

سطح معناداری بدست آمده ابعاد سرمایه روان‌شناختی در هر سه گروه از ۰/۰۵ بزرگتر می‌باشد ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین فرض صفر تأیید شده و داده‌های تحقیق نرمال است یعنی توزیع نمونه و توزیع جامعه هم‌قوارگی دارند و برای آزمون متغیرهای تحقیق می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. تحلیل واریانس مکرر یکی از شیوه‌های بررسی مقایسه میانگین‌های همبسته است که دارای هر تعداد متغیر مستقل باشند ولی کمتر از ۲ مورد نباشد. برای انجام تحلیل واریانس دوطرفه و بالاتر سه فرض وجود دارد که باید قبل از شروع تحلیل بررسی شوند. ۱. به صورت تصادفی برای شرایط درمانی طراحی شوند، برای تحقق این فرض در مطالعه پیش‌رو از هم‌تا بودن میانگین‌های گروه در خط پایه (پیش‌آزمون) استفاده شد. ۲. توزیع متغیر وابسته نرمال باشد که این فرض نیز با انجام آزمون شاپیرو-ویلک صورت پذیرفت. ۳. سومین فرض همگن بودن واریانس است که برای بررسی این مفروضه از آزمون لوین از طریق تحلیل واریانس استفاده شد.

جدول ۴. آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت عضویت گروهی در متغیرهای تحقیق در مرحله پیش‌آزمون

F	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
۰/۴۵۱	۱/۴۴۸	۰/۰۴۶	۰/۹۶۴
	۱/۴۴۸	۰/۰۴۶	۰/۹۶۴

سرمایه روان‌شناختی

برابری واریانس‌ها
نابرابری واریانس‌ها

جدول ۴. نشان داد میانگین نمرات در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). بنابراین گروه‌ها در مرحله پیش‌تست با یکدیگر همسان می‌باشند و فرض شرایط درمانی به صورت تصادفی طراحی شده باشند، برای انجام تحلیل واریانس دوطرفه و درجه بالاتر محقق می‌باشد.

جدول ۵. آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها

متغیرها	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سرمایه روان‌شناختی پس‌تست	۲/۴۹۶	۲	۴۲	۰/۰۹۵

برای آزمون همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به سطح معناداری ($p > ۰/۰۵$)، فرض تساوی واریانس‌ها برقرار، و بین گروه‌ها تفاوت معناداری نیست. و پیش‌فرض‌ها رعایت شده و

داده های پژوهش قابلیت ورود به تحلیل واریانس با اندازه های مکرر را دارا می باشند.

جدول ۶. اطلاعات توصیفی سرمایه روان شناختی به تفکیک گروه و مرحله

کنترل			شفقت درمانی			روایت درمانی		
$\bar{X}$	S	SD	$\bar{X}$	S	SD	$\bar{X}$	S	SD
۳۲/۸۷	۳۲/۷۳	۳۲/۶	۳۲/۲	۵۶/۶	۵۵/۴۷	۳۲/۸	۵۱	۴۹/۹۳
۳/۷۸	۳/۴۳	۳/۱۱	۳/۶۵	۱۱/۲۸	۱۰/۳۹	۴/۱۴	۹/۲۹	۸/۲۹
۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵

جدول ۶، تعداد، انحراف معیار و میانگین گروه کنترل با دو گروه درمانی را نشان می دهد. در هر

گروه، تفاوت در میانگین به چشم می خورد ولی از آنجایی که واریانس ها متفاوت هستند، ممکن است تفاوت ها از لحاظ آماری معنی دار نباشند. اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه مکرر انجام شد.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر.

اثر	نام آزمون	ارزش	F	df1	df2	sig	مربع اتای جزئی
گروه*عامل (کنترل)	پیلایی	۰/۰۲۱	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
	لامبدای ویلکز	۰/۹۷۹	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
	اثر هتلینگ	۰/۰۲۲	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۰۲۲	۰/۱۴۱	۲	۱۳	۰/۸۷۰	۰/۰۲۱
گروه*عامل (شفقت)	پیلایی	۰/۸۴	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	اثر هتلینگ	۵/۲۵	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	بزرگترین ریشه روی	۵/۲۵	۳۴/۱۲۴	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴
گروه*عامل (روایت)	پیلایی	۰/۸۰۶	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶
	اثر هتلینگ	۴/۱۴۸	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶
	بزرگترین ریشه روی	۴/۱۴۸	۲۶/۹۶	۲	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶

جدول ۷، ارزش ها، مقدار F، خطای درجه آزادی، سطح معناداری و مربع اتا را نشان می دهد، در گروه

کنترل تفاوت میانگین ها معنادار نیست ($0/05 > 0/87$). ولی در دو گروه آزمایش مطابق ستون Sig

می توان، فرض برابری میانگین را رد کرد. زیرا مقدار Sig کوچکتر از حداقل احتمال خطای نوع اول ($0/05$) شده است. و همه آماره های آزمون در گروه آزمایش شفقت درمانی، با کنترل اثر پیش آزمون ها،

شامل: اثر پیلای^۱ (۰/۸۴)، لاندای ویلک^۲ (۰/۱۶)، اثر هوتلینگ^۳ (۵/۲۵) و بزرگترین ریشه روی^۴ (۵/۲۵) و در گروه آزمایش روایت درمانی با اثر پیلای (۰/۸۰۶)، لاندای ویلک (۰/۱۹۴)، اثر هوتلینگ (۴/۱۴۸) و بزرگترین ریشه روی (۴/۱۴۸) رای به رد برابری میانگین‌ها می‌دهد. و می‌توان ادعا کرد که در متغیر سرمایه شناختی بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مربع اتا جزئی حامی از آن است که ۸۴ درصد و حدود ۸۱ درصد از تغییرات همزمان متغیر وابسته (سرمایه روان شناختی) به ترتیب مرتبط به گروه شفقت درمانی و روایت درمانی است.

جدول ۸. نتایج آزمون موچلی

مداخلات	موچلی	مجدور خی	df	معناداری	گرینهاوس-گیسر	هاین-فلت
کنترل	۰/۳۶۴	۱۳/۱۲۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	۰/۶۳۹
آزمایش شفقت	۰/۰۶۱	۳۶/۳۰۴	۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶	۰/۵۱۹
آزمایش روایت	۰/۰۶۵	۳۵/۵۸۲	۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷	۰/۵۲۱

براساس آماره موچلی^۵ پیش فرض کرویت رد می‌شود. تخطی از پیش فرض کرویت موجب عدم دقیق بودن آماره F تحلیل واریانس می‌شود. جهت رفع مشکل و افزایش دقت آماره F درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرینهاوس-گیسر^۶ و هاین-فلت^۷ تصحیح می‌کنند. برای تصحیح، استیونس (Stevens, 1996) پیشنهاد می‌کند اگر مقدار اپسیلون^۸ بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین-فلت استفاده شود و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ و یا اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرینهاوس-گیسر استفاده شود. مقدار اپسیلون برای شاخص گرینهاوس-گیسر (۰/۶۱، ۰/۵۱۶ و ۰/۵۱۷) و هاین-فلت (۰/۶۳۹، ۰/۵۱۹ و ۰/۵۲۱) به دست آمد.

جدول ۸. آزمون معناداری تفاوت میانگین‌ها با آماره گرینهاوس-گیسر

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجموع مجدورات	F	معناداری	مجدور اتا
مراحل	۵۶۹۹/۲۴	۱/۰۱۵	۵۶۱۳/۷۸	۴۹/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۵۲۹
خطا	۱۶۱/۰۲۲	۵۰/۵۲	۳/۱۸۷			

1 Pillai's Trace

2 Wilks' Lambda

3 Hotelling's Trace

4 Roy's Largest Root

5 Mauchly's W

6 Greenhouse-Geisser

7 Huynh-Feldt

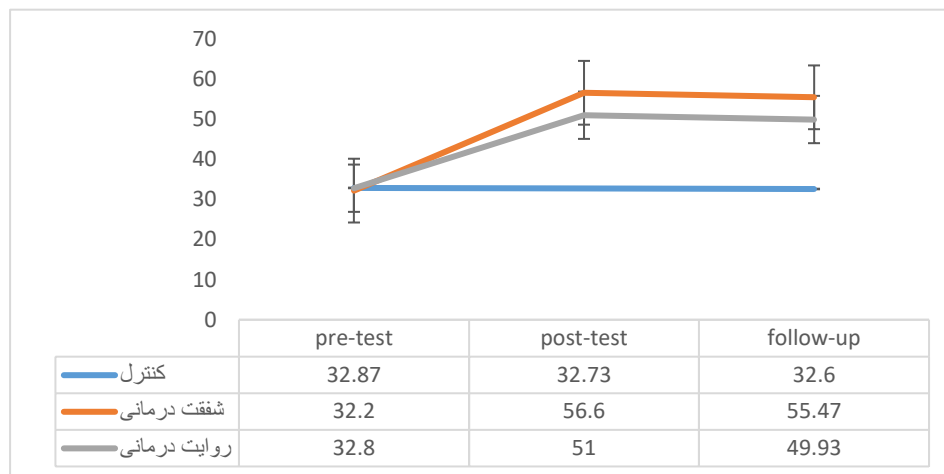
8 Epsilon

مقدار f محاسبه شده برای مراحل برابر با $۴۹/۴۷$ می باشد که در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است. بنابراین بین مراحل تفاوت وجود دارد. مجذور اتای محاسبه شده برای مراحل $۰/۵۲۹$ می باشد که نشان می دهد نزدیک ۵۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط مراحل اندازه گیری قابل تبیین است. جهت بررسی تفاوت گروه ها در مرحله پس آزمون و پیگیری، مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت.

جدول ۹. آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی

گروه	I	J	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
کنترل	1	2	۰/۱۳۳	۰/۶۰۱	۱/۰۰۰
		3	۰/۲۶۷	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
		1	-۰/۱۳۳	۰/۶۰۱	۱/۰۰۰
	2	3	۰/۱۳۳	۰/۲۵۶	۱/۰۰۰
		1	-۰/۲۶۷	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
	3	2	-۰/۱۳۳	۰/۲۵۶	۱/۰۰۰
آزمایش شفقت درمانی	1	2	-۲۴/۴*	۲/۸۷۲	۰/۰۰۰
		3	-۲۳/۲۶۷*	۲/۷۱۴	۰/۰۰۰
		1	۲۴/۴*	۲/۸۷۲	۰/۰۰۰
	2	3	۱/۱۳۳	۰/۴۳۵	۰/۰۶۲
		1	۲۳/۲۶۷*	۲/۷۱۴	۰/۰۰۰
	3	2	-۱/۱۳۳	۰/۴۳۵	۰/۰۶۲
آزمایش روایت درمانی	1	2	-۱۸/۲*	۲/۴۳۴	۰/۰۰۰
		3	-۱۷/۱۳۳*	۲/۲۵۱	۰/۰۰۰
		1	۱۸/۲*	۲/۴۳۴	۰/۰۰۰
	2	3	۱/۰۶۷	۰/۳۹۶	۰/۰۵۲
		1	۱۷/۱۳۳*	۲/۲۵۱	۰/۰۰۰
	3	2	-۱/۰۶۷	۰/۳۹۶	۰/۰۵۲

جدول ۹، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد، تفاوت میانگین ها در گروه کنترل معنادار نیست. در هر دو گروه شفقت درمانی و روایت درمانی در مرحله پس آزمون- پیگیری با توجه به $Sig= ۰/۰۶۲$ و $Sig= ۰/۰۵۲$ تفاوت معنادار نیست، و در دیگر مراحل تفاوت معنادار است ($p<۰/۰۵$).



نمودار ۱. روند تغییرات میانگین سرمایه روان‌شناختی به تفکیک مرحله سنجش و گروه

نمودار خطی ۱، تفاوت میانگین‌های سرمایه روان‌شناختی را در سه مرحله پیش‌تست، پس‌تست و پیگیری در گروه کنترل، شفقت درمانی و روایت درمانی نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودار مشهود است در گروه کنترل میانگین‌های هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ندارند که با یافته‌های جدول ۷. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز انطباق دارد. در گروه شفقت درمانی و روایت درمانی نیز با این که میانگین‌ها در پیش‌تست تا حدودی یکسان بودند ولی در پس‌تست و پیگیری رشد را نشان دادند که این افزایش در گروه شفقت درمانی بیشتر است.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر شفقت درمانی گروهی و روایت درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی سالمندان انجام شد. سرمایه روان‌شناختی، مجموعه‌ای از منابع مثبت فردی شامل امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که نقش حیاتی در سازگاری موفقیت‌آمیز با چالش‌های زندگی، به ویژه در دوره سالمندی، ایفا می‌کند. تحلیل نتایج حاصل از آزمون‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو نوع درمان، بر سرمایه روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری دارند. این تأثیر به گونه‌ای است که میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی در هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به طور قابل توجهی افزایش یافته است. با این تفاوت که اثربخشی شفقت درمانی نسبت به روایت درمانی بیشتر بود. به صورت مشخص، اندازه‌گیری اندازه اثر نشان داد که ۸۴٪ از واریانس تغییرات

در نمرات سرمایه روان شناختی در گروه شفقت درمانی و ۸۱٪ در گروه روایت درمانی با افزایش امیدواری، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی همراه بود. این تفاوت هرچند اندک، اما از نظر بالینی حائز اهمیت است و مسیرهای متفاوتی را برای مداخله در سالمندان پیشنهاد می دهد.

یافته های اصلی پژوهش حاکی از آن است که هر دو رویکرد درمانی توانسته اند فرایندهای شناختی - هیجانی زیربنایی را در سالمندان هدف قرار داده و باورهای ناکارآمد مرتبط با وقایع تلخ زندگی، ترس از آینده و دیدگاه های منفی نسبت به خویش را اصلاح کنند.

در چارچوب شفقت درمانی تمرکز بر توسعه ظرفیت دلسوزی نسبت به خود است. سالمندان اغلب با بار سنگینی از سرزنش، شرم و انتقاد از خود به دلیل شکست ها یا بیماری های جسمی مواجه هستند. شفقت درمانی از طریق مؤلفه های اصلی خود شامل: آگاهی از رنج، درک مشترک انسانیت و پاسخ دلسوزانه به خود، توانست این مکانیسم ها را فعال کند. مواجهه بدون قضاوت و پذیرش: سالمندان از طریق تمرین های مانیفست ها و مواجهه با هیجان های منفی (مانند ترس از تنهایی یا ناتوانی) بدون فیلتر قضاوت شدید، توانستند احساس ناکامی و انتقاد از خود را کاهش دهند (Mottaghinia, 2018). این امر مستقیماً به افزایش مؤلفه های مثبت سرمایه روان شناختی کمک کرد، زیرا کاهش خودانتقادی راه را برای خودکارآمدی بیشتر باز می کند. بازسازی دیدگاه دلسوزانه: رشد نگرش مشفقانه سبب افزایش حرمت نفس و انگیزه حل مسئله شد. هنگامی که فرد خود را سزاوار مهربانی می داند، تمایل بیشتری به مقابله فعالانه با چالش های سالمندی نشان می دهد. افزایش هوشیاری هیجانی و پیوند: تمرین های شفقت، احساس پیوند انسانی و معنا در زندگی را تقویت نمودند (کاهش احساس انزوای وجودی)، که به طور مستقیم با مؤلفه های امیدواری و خوش بینی مرتبط است. نتایج نشان داد که تأثیر شفقت درمانی در کاهش هیجانات بازدارنده قوی تر عمل کرده است. این قدرت بیشتر احتمالاً به دلیل هدف گیری مستقیم سازوکارهای تنظیم هیجان و ایجاد یک نظام انگیزشی جدید مبتنی بر مراقبت به جای تهدید است.

در روایت درمانی، تمرکز بر بازسازی و سازماندهی تجربیات زندگی است. سالمندان با بازگو کردن خاطرات و تجربیات گذشته خود در فضایی امن، شروع به جدا کردن هویت خود از مشکلات و روایت های غالب منفی کردند. بازسازی خودکارآمدی از طریق عاملیت: بازگو کردن تجربیات و ساخت روایت های تازه از زندگی موجب افزایش حس عاملیت شخصی^۱ و بازسازی خودکارآمدی گردید (Reichard et al., 2024).

سالمندان درمی یابند که صرفاً قربانی وقایع نبوده اند، بلکه کنشگرانی بوده اند که در طول زندگی انتخاب‌هایی داشته اند و می توانند آینده را نیز متفاوت روایت کنند. الگوبرداری و تعامل گروهی: سالمندان با شنیدن روایت‌های دیگر اعضای گروه، الگوهای مقابله‌ای جدیدی یافتند. این تعامل اجتماعی، به شکل گیری حس امید مشترک و تقویت تاب‌آوری ذهنی یاری رساند.

مقایسه با شفقت درمانی: با وجود کارایی روایت درمانی در بازسازی شناختی و معنایی، شفقت درمانی از آن جهت مؤثرتر بود که افزون بر بازسازی شناختی، مستقیماً هیجانات منفی عمیق و تضادهای درونی (مانند احساس گناه مزمن) را هدف قرار می دهد. این رویکرد هیجانی قوی تر سبب شد اثرات مثبت آن نه تنها در پس آزمون، بلکه در مراحل پیگیری نیز پایدارتر حفظ شود.

نتایج حاضر با یافته‌های مطالعات داخلی و جهانی در زمینه روان‌شناسی سالمندی و مداخلات مبتنی بر شواهد، همخوان است:

تأثیر روایت درمانی: پژوهش‌های متعددی، اثر مثبت روایت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی، به ویژه افزایش تاب‌آوری و معنابخشی در سالمندان را تأیید کرده اند (Reichard et al., 2024).

تأثیر شفقت درمانی: مطالعاتی نظیر (Hosseinimehr et al., 2021)، تأثیر شفقت درمانی را بر مولفه‌های خاص سرمایه روان‌شناختی مانند خودکارآمدی و امید نشان داده اند.

همچنین، افزایش امید و شادکامی سالمندان در گروه‌های مبتنی بر بازسازی شناختی-اجتماعی (مانند روایت درمانی) نیز گزارش شده است (Changizi & Panahali, 2016).

اهمیت شفقت: مطالعات جدیدتر، ضمن تأکید بر نقش محوری شفقت در کاهش خودانتقادی و استیگما، بر همبستگی مستقیم آن با سلامت روان مثبت و مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی تأکید دارند Siefy & Haroon Rashidi, 2024.

همسویی کلی نتایج بیانگر کارایی هر دو رویکرد در ارتقای سلامت روان جمعیت سالمندی است، اما تفاوت جزئی مشاهده شده، اهمیت تنظیم هیجان به شیوه‌های دلسوزانه (شفقت درمانی) را در تقویت ظرفیت‌های روان‌شناختی سالمندان برجسته می سازد.

جمع بندی تحلیلی:

سرمایه روان‌شناختی حاصل تعادل پویای میان ابعاد شناختی (باورها و خوش بینی)، هیجانی (تاب‌آوری و تحمل سختی) و معنایی (امید به آینده) در زندگی است. هر دو درمان با تمرکز بر ابعاد مختلف این ساختار سه گانه، در سالمندان نوعی بازآفرینی روانی ایجاد کردند که در آن معنا و امید دوباره شکل گرفته

است.

نقش مداخلات گروهی: ماهیت گروهی هر دو مداخله، عنصری حیاتی در موفقیت آنها بود. مشارکت فعال، حمایت اجتماعی غیرقضاوتی و مشاهده تجربیات زیسته مشترک، به تقویت تاب آوری و احساس توانمندی کمک شایانی نمود. گروه به مثابه یک کانون امن برای آزمون فرضیه های جدید درباره خویشتن عمل کرد.

مسیرهای متفاوت تقویت: از دیدگاه نظری، شفقت درمانی با تمرکز بر شناخت های هیجانی درونی و ایجاد ظرفیت خود-تنظیمی در مواجهه با درد، مسیر درون نگر و ترمیم کننده را طی کرد. در مقابل، روایت درمانی با تأکید بر ساخت های معنایی بین فردی (تأثیر روایت بر دیگران و درک متقابل)، مسیر برون نگر و معناساز را فراهم کرد. اگرچه هر دو مسیر مؤثر بودند، تفاوت اندک در سودمندی به این معناست که برای سالمندانی که بیش از همه با رنج مزمن و خودسرزنشگری دست و پنجه نرم می کنند، مداخله ای که مستقیماً به ترمیم رابطه فرد با درد خویش می پردازد (شفقت درمانی) ممکن است نتایج کمی پایدارتر و قوی تری ایجاد کند. البته، ترکیب تلفیقی این دو رویکرد، یعنی بازسازی داستان زندگی در چارچوب دلسوزی و پذیرش، می تواند در پژوهش های آینده مؤثرتر باشد.

هر پژوهشی، علیرغم دقت های انجام شده، دارای محدودیت هایی است که در تفسیر نتایج باید مد نظر قرار گیرند:

محدودیت نمونه: نمونه پژوهش محدود به بازنشستگان آموزش و پرورش شهر مشهد در بازه سنی ۶۵ تا ۸۰ سال بود. این ویژگی ها ممکن است امکان تعمیم نتایج به سایر گروه های سالمندی (مثلاً سالمندان با وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت یا ساکن آسایشگاه ها) را محدود کند.

تمرکز بر یک نقطه از طیف: پژوهش بر افرادی متمرکز بود که در ابتدای مطالعه دارای سرمایه روان شناختی پایین تری بودند؛ بنابراین، اثربخشی این مداخلات بر سالمندان با سرمایه روان شناختی بالاتر مورد بررسی قرار نگرفت.

ملاحظات خودگزارشی: داده های حاصل از پرسشنامه ها عمدتاً مبتنی بر خودگزارشی شرکت کنندگان بود که ممکن است تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی^۱ قرار گرفته باشد.

با توجه به نتایج و محدودیت ها، پژوهش های آتی می توانند مسیرهای زیر را دنبال کنند:
رویکردهای تلفیقی: بررسی کارآیی ترکیب شفقت درمانی و روایت درمانی (مانند شفقت ورزی به

¹ Social Desirability Bias

داستان‌های گذشته زندگی) در مقایسه با هر یک از روش‌های مجزا. گروه‌های متفاوت: اجرای این مداخلات بر گروه‌های سالمند متنوع‌تر، به ویژه سالمندان ساکن مراکز مراقبتی یا سالمندان با شرایط سلامت جسمانی مزمن، برای سنجش میزان تعمیم‌پذیری نتایج. ارزیابی طولانی مدت: سنجش تأثیر طولانی مدت مداخلات با پیگیری‌های سه ماهه و شش ماهه پس از پایان درمان برای تعیین میزان ماندگاری اثرات مشاهده شده، به خصوص در گروه روایت درمانی که ممکن است نیاز به زمان بیشتری برای تثبیت روایت‌های جدید داشته باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این پژوهش به وضوح تأیید می‌کند که شفقت درمانی و روایت درمانی گروهی هر دو سازوکارهای کارآمدی برای افزایش سرمایه روان‌شناختی، امید و تاب‌آوری در سالمندان فراهم می‌آورند. با درک بهتر سازوکارهای هیجانی (شفقت) و شناختی-معنایی (روایت) این تغییرات، می‌توان مداخلات سلامت روان سالمندان را با دقت بیشتری طراحی کرد. پیشنهاد نهایی پژوهش، توسعه کتابچه‌های آموزشی مبتنی بر اصول عملیاتی درمان‌های مبتنی بر شفقت و روایت، متناسب با نیازهای شناختی و هیجانی دوران سالمندی، برای استفاده در مراکز مشاوره، کانون‌های بازنشستگی و مراکز خدمات اجتماعی است. این امر می‌تواند گامی مؤثر در ارتقای سلامت روان و اجتماعی دوران سالمندی بر اساس توانمندسازی منابع درونی افراد باشد.

از کلیه اساتید راهنما و مشاوران محترم و همچنین سالمندان بازنشسته آموزش و پرورش مشهد که با صبر و همکاری خود موجب تحقق این پژوهش شدند، عمیقاً قدردانی به عمل می‌آید. هیچگونه تعارض منافع میان نویسندگان وجود ندارد. این مطالعه برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی است (کد اخلاق: IR.IAU.SRB.REC.1403.035) و اجرا و گردآوری داده‌های آن بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمان خاصی انجام شده است. رضایت آگاهانه تمامی شرکت‌کنندگان، مطابق با اصول اخلاق پژوهش، اخذ گردیده است.

References:

- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human resource development quarterly*, 22(2), 127-152.
- Beck, A. T., Finkel, M. R., & Beck, J. S. (2021). The theory of modes: Applications to schizophrenia and other psychological conditions. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 391-400.
- Chan, G. H. (2023). Therapeutic comparison in psychological capital. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1114170.
- Fazeli Kebria, M., Hassanzadeh, R., Mirzaeian, B., & Khajevand Khosheli, A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological capital in cardiovascular patients in Babol. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 20(4), 68-73.
- Hosseinimehr, N., Khezri Moghadam, N., & Pourehshan, S. (2021). The effectiveness of compassion focused training (cft) on social self-efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolescent girls under welfare organization care. *Positive Psychology Research*, 7(2), 33-48.
- Kim, E., Kim, S., & Rhee, J. (2023). A study on model of psychotherapy narration focused on mental well-being for stress management in the elderly. *Sustainability*, 15(3), 2656.
- Lakin, M. (1977). Group Interactions Among the Elderly and Group Therapy Interventions.
- Luthans, F. L., Avolio, B. J., & Avey, J. A. (2007). Psychological capital questionnaire.
- Mathieu, J., Robert, M.-È., Châtillon, C.-É., Descarreaux, M., & Marchand, A.-A. (2024). Appropriateness of specialized care referrals for LBP: a cross-sectional analysis. *Frontiers in Medicine*, 10, 1292481.
- Mohammadi, Z., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2022). Differential effects of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on psychological capital and self-compassion. *Positive Psychology Research*, 8(3), 99-120.
- Mohsenabadi, H., Fathi-Ashtiani, A., & Ahmadizadeh, M. J. (2021). Psychometric properties of the Persian Version of the Psychological Capital Questionnaire-24 (PCQ-24) in a military unit. *Journal of Military Medicine*, 23(9), 738-749.
- Mottaghinia, M. R. (2018). Self-efficacy: essence and the application in teacher preparation and development. *Theory and Practice in Teachers Education*, 4(5), 29-52.
- Nguyen, T. D., Cao, T. H., Nguyen, T. M., & Nguyen, T. T. (2024). Psychological capital: a literature review and research trends. *Asian Journal of Economics and Banking*, 8(3), 412-429.
- Organization, W. H. (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 230.
- Reichard, R. J., Smith, D. J., Avey, J. B., & Mhatre, K. H. (2024). A bibliometric study of positive psychological capital: investigating intellectual foundations through co-citation and content analyses. *Management Review Quarterly*, 1-31.

- Siefy, Z., & Haroon Rashidi, H. (2024). The Effectiveness of Compassion Therapy on Cognitive Fusion and Self-Criticism in Older Adults with Post-Traumatic Stress Disorder. *Aging Psychology*, 9(4), 361-375.
- Song, L., Zhou, Y., Zheng, J., Wang, Y., Li, H., & Feng, X. (2024). Psychological capital of Chinese employees: Investigating its measurement and latent profiles. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 18, 18344909241254497.
- Stevens, J. (1996). Applied multivariate statistics for the behavioral sciences.
- Zanjari, N., Kalantari Banadaki, S. Z., Sadeghi, R., & Delbari, A. (2024). A futures study of the challenges and drivers of population aging in Iran using the scenario analysis technique. *Iranian Journal of Ageing*, 19(2), 258-275.