

# Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Group Therapy and Group Logotherapy on Mental Toughness in Older Adults

1. Morteza Haghshenas<sup>✉</sup>: Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

2. Hossein Mahdian<sup>✉\*</sup>: Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

3. Seyyed Hamid Nabavi<sup>✉</sup>: Assistant Professor of Gerontology, Department of Health Education and Health Promotion, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran

\*Corresponding Author's Email Address: mahdian\_hossein@iau.ac.ir



## Abstract:

**Objective:** The present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused group therapy and group logotherapy on the mental toughness of older adult men aged over 65 years attending daily welfare centers in Bojnord, Iran.

**Methods and Materials:** This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of 160 older adult men, from whom 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups (n=15 each): compassion-focused group therapy, group logotherapy, and a control group. Data were collected using the 48-item Mental Toughness Questionnaire (MTQ-48). The compassion-focused intervention was delivered in eight 90-minute sessions, whereas the logotherapy program consisted of ten group sessions. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA), chi-square tests, analysis of variance, and assumption-testing procedures in SPSS software.

**Findings:** ANCOVA results indicated that, after controlling for pretest scores, there was no statistically significant difference among the compassion-focused therapy, logotherapy, and control groups regarding mental toughness ( $P = 0.293$ ). Furthermore, the comparison between the compassion-focused therapy group and the control group revealed no significant difference in mental toughness ( $P = 0.639$ ). Similarly, no significant difference was found between the logotherapy group and the control group ( $P = 0.400$ ). Statistical assumptions, including normality of distribution and homogeneity of variances, were satisfied.

**Conclusion:** Although some descriptive changes in mental toughness scores were observed following the interventions, these changes were not statistically significant. Therefore, under the conditions of the present study, neither compassion-focused group therapy nor group logotherapy significantly improved mental toughness among older adults compared with the control group, and no significant difference was found between the effectiveness of the two therapeutic approaches.

**Keywords:** *Compassion-Focused Group Therapy; Group Logotherapy; Mental Toughness; Older Adults; Mental Health.*

**How to Cite:** Haghshenas, M., Mahdian, H., & Nabavi, S. H. (2027). Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Group Therapy and Group Logotherapy on Mental Toughness in Older Adults. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 4(2), 1-15.

Received: 21 January 2026

Revised: 25 May 2026

Accepted: 02 June 2026

Initial Publish: 06 June 2026

Final Publish: 22 June 2027



Copyright: © 2027 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

# مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت با معنادرمانی گروهی بر استقامت ذهنی سالمندان

۱. مرتضی حق شناس<sup>ID</sup>؛ گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲. حسین مهدیان<sup>ID\*</sup>؛ گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. سید حمید نبوی<sup>ID</sup>؛ استادیار سالمندشناسی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

\*پست الکترونیک نویسنده مسئول: mahdian\_hossein@iau.ac.ir

## چکیده

**هدف:** هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی بر استقامت ذهنی سالمندان مرد بالای ۶۵ سال تحت پوشش مراکز روزانه سازمان بهزیستی شهر بجنورد بود.

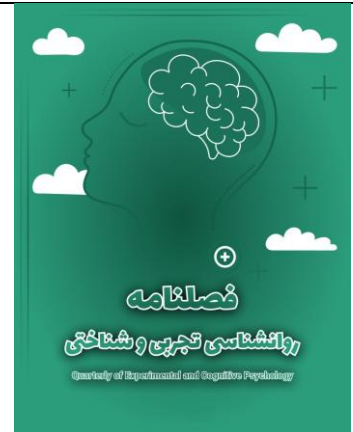
**مواد و روش:** این پژوهش از نوع کاربردی و با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل ۱۶۰ سالمند مرد بالای ۶۵ سال بود که از میان آنان ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت، معنادرمانی گروهی و گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استقامت ذهنی ۴۸ سؤالی (۴۸-MTQ) بود. مداخله شفقت‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و معنادرمانی در ۱۰ جلسه گروهی اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس، کای‌اسکوئر، تحلیل واریانس و آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌ها در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان گروه درمانی مبتنی بر شفقت، گروه معنادرمانی و گروه کنترل از نظر استقامت ذهنی وجود نداشت. ( $P=0.293$ ) همچنین مقایسه اختصاصی گروه شفقت‌درمانی با گروه کنترل نشان داد تفاوت معناداری در استقامت ذهنی مشاهده نشد. ( $P=0.639$ ) نتایج مربوط به معنادرمانی گروهی نیز حاکی از عدم تفاوت معنادار بین گروه معنادرمانی و گروه کنترل بود. ( $P=0.400$ ) علاوه بر این، تمامی پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها تأیید شد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد که اگرچه میانگین نمرات استقامت ذهنی در برخی گروه‌ها پس از مداخله تغییراتی را نشان داد، اما این تغییرات از نظر آماری معنادار نبودند. بنابراین، در شرایط اجرای این پژوهش، گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی نتوانستند به‌طور معناداری استقامت ذهنی سالمندان را در مقایسه با گروه کنترل افزایش دهند و تفاوت معناداری نیز میان اثربخشی این دو رویکرد درمانی مشاهده نشد.

**کلیدواژه‌ها:** گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت، معنادرمانی گروهی، استقامت ذهنی، سالمندان، سلامت روان.

**نحوه استناددهی:** حق شناس، مرتضی، مهدیان، حسین، و حمید نبوی، سید. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت با معنادرمانی گروهی بر استقامت ذهنی سالمندان. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۴(۲)، ۱-۱۵.



تاریخ دریافت: ۱ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۴ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۲ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ چاپ اولیه: ۱۶ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ چاپ نهایی: ۱ تیر ۱۴۰۶



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

**Extended Abstract****Introduction**

Population aging has become one of the most significant demographic developments of the twenty-first century, creating new challenges for healthcare systems, social services, and mental health professionals. Older adults often encounter multiple stressors, including declining physical functioning, chronic illnesses, loss of significant relationships, reduced social participation, retirement, and increased feelings of loneliness. These experiences can undermine psychological well-being and negatively affect individuals' ability to cope with life challenges. Consequently, identifying psychological factors that promote adaptation and resilience in later life has become a major focus of gerontological research (Baltes & Montada, 2019; Taherkhani et al., 2021).

Among the psychological resources that facilitate successful aging, mental toughness has attracted increasing attention. Mental toughness refers to an individual's ability to withstand pressure, maintain commitment under difficult circumstances, recover from setbacks, and effectively manage challenges. It encompasses dimensions such as commitment, control, challenge, and confidence, enabling individuals to perceive stressful situations as opportunities for growth rather than threats. Research has shown that higher levels of psychological hardiness and mental toughness are associated with better mental health, greater quality of life, and more adaptive coping strategies in various populations (Azizi et al., 2015; Bagheri & Taghvaei, 2017; Hashemi et al., 2015). In older adults, mental toughness may be particularly important because it contributes to adaptation in the face of age-related losses and limitations (Rahimi & Afsharinia, 2017; Safara et al., 2022).

Recent studies have emphasized the role of positive psychological interventions in enhancing psychological resources among older adults. One such intervention is Compassion-Focused Therapy (CFT), developed by Gilbert. CFT aims to cultivate self-compassion, reduce self-criticism,

and strengthen emotional regulation through the activation of the soothing system. According to this model, many psychological difficulties arise from excessive activation of the threat system and insufficient development of self-soothing capacities. By promoting kindness toward oneself and others, CFT seeks to improve psychological adjustment and resilience (Gilbert, 2014). Empirical evidence indicates that compassion-based interventions can reduce loneliness, depression, emotional dysregulation, and caregiver burden while increasing psychological flexibility and self-compassion (Collins et al., 2017; Rezaei et al., 2025; Sadeghi et al., 2024; Tohidifar et al., 2021). Meta-analytic findings further support the effectiveness of CFT across a range of psychological outcomes (Christopher, 2022).

Theoretical perspectives suggest that self-compassion may contribute to resilience and mental toughness by encouraging adaptive responses to adversity. Individuals who treat themselves with kindness during times of failure are less likely to engage in self-blame and more likely to maintain motivation and emotional stability. Research has demonstrated positive associations between self-compassion and resilience, psychological well-being, and successful adaptation in older adults (Barnard & Curry, 2021; Inwood & Fitzgibbons, 2022; Kelly et al., 2020; Nefise et al., 2021; Petrocchi et al., 2021). Furthermore, compassion-based interventions have shown promising results in reducing compassion fatigue and enhancing resilience among caregivers and elderly populations (Rezavandi et al., 2025; Yang et al., 2025).

Another intervention increasingly applied in geriatric settings is logotherapy, which originates from Viktor Frankl's existential theory. Logotherapy is based on the premise that the primary motivational force in human beings is the search for meaning. According to Frankl, individuals can endure suffering and adversity when they are able to find meaning and purpose in their experiences (Frankl, 2014). Meaning-centered approaches have been associated with improved psychological well-being, hope, life satisfaction,

and resilience among older adults (Diseth & Melgosa, 2020; Wong & Wong, 2021). Logotherapy encourages individuals to discover meaning through creative values, experiential values, and attitudinal values, thereby fostering a sense of purpose even in the presence of unavoidable suffering (Blateau & Sari, 2020; Hassinger & Kernner, 2021).

Evidence supporting the effectiveness of logotherapy among older adults has continued to accumulate. Previous studies have demonstrated that logotherapy can reduce depression, improve positive psychological characteristics, increase hope, and enhance overall well-being in elderly populations (Asghari et al., 2012; Shariat et al., 2021; Zolfalipour Maleki et al., 2023). Moreover, contemporary meaning-centered frameworks emphasize that meaning in life serves as a protective factor against psychological distress and contributes to adaptive functioning in later life (Wong, 2022).

Despite growing evidence supporting both compassion-focused interventions and logotherapy, limited research has directly compared their effectiveness in enhancing mental toughness among older adults. Given that compassion-focused therapy and logotherapy operate through different theoretical mechanisms—one emphasizing self-compassion and emotional regulation and the other emphasizing meaning, purpose, and existential responsibility—a comparative examination of their effectiveness may provide valuable insights for mental health interventions targeting older adults. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused group therapy and group logotherapy on mental toughness among elderly men attending welfare centers in Bojnord, Iran.

### Methods and Materials

This study employed an applied, quasi-experimental design with pretest–posttest measurements and a control group. The statistical population consisted of elderly men aged 65 years and older attending day-care centers supervised by the Welfare Organization in Bojnord. From an

estimated population of 160 individuals, 45 participants were selected using convenience sampling.

After recruitment, participants were randomly assigned to three groups: a compassion-focused therapy group ( $n = 15$ ), a logotherapy group ( $n = 15$ ), and a control group ( $n = 15$ ). Inclusion criteria included being 65 years of age or older, possessing basic literacy skills, having no severe cognitive impairment, having no history of severe psychiatric disorders, and expressing willingness to participate in the study. Exclusion criteria included withdrawal from the study, absence from more than two intervention sessions, and refusal to complete the study questionnaires.

Mental toughness was measured using the Mental Toughness Questionnaire (MTQ-48), which assesses dimensions of challenge, commitment, control, and confidence. Participants completed the instrument before and after the intervention period.

The compassion-focused therapy intervention was delivered in eight weekly group sessions lasting 90 minutes each. Sessions focused on self-compassion, emotional awareness, self-kindness, empathy, mindfulness, compassion-focused imagery, self-forgiveness, and compassionate responses to personal difficulties.

The logotherapy intervention consisted of ten weekly group sessions. Topics included meaning in life, personal responsibility, existential awareness, freedom of choice, meaning in suffering, self-transcendence, values clarification, hope, purpose, and personal growth.

The control group received no psychological intervention during the study period. Data were analyzed using SPSS software. Descriptive statistics were calculated, and assumptions of normality and homogeneity of variance were evaluated. Analysis of covariance (ANCOVA) was conducted to compare posttest scores while controlling for pretest differences.

### Findings

The mean age of participants was  $76.13 \pm 7.9$  years in the compassion-focused therapy group,  $79.80 \pm 6.9$  years in the logotherapy group, and  $75.80 \pm 7.8$  years in the control

group. Analysis of variance indicated no significant age differences among groups ( $F = 1.280, p = 0.289$ ). Similarly, no significant differences were observed among groups regarding marital status, income level, educational status, occupational status, or history of illness.

Descriptive findings indicated that the mean mental toughness score in the compassion-focused therapy group changed from  $144.00 \pm 9.1$  at pretest to  $143.20 \pm 3.4$  at posttest. In the logotherapy group, the mean score increased from  $142.53 \pm 18.2$  at pretest to  $146.67 \pm 4.6$  at posttest. In the control group, the mean score changed from  $146.07 \pm 5.1$  at pretest to  $144.87 \pm 6.7$  at posttest.

Results of the Shapiro–Wilk test demonstrated that mental toughness scores were normally distributed across all groups at both measurement points. Levene’s test also indicated homogeneity of variances ( $F = 1.304, p = 0.283$ ), confirming the assumptions required for ANCOVA.

ANCOVA results showed that after controlling for pretest scores, there was no statistically significant difference among the compassion-focused therapy group, logotherapy group, and control group regarding mental toughness ( $F = 1.266, p = 0.293, \eta^2 = 0.058$ ). Additional analyses comparing the compassion-focused therapy group with the control group revealed no significant intervention effect ( $F = 0.225, p = 0.639$ ). Similarly, comparison between the logotherapy group and the control group indicated no significant effect of logotherapy on mental toughness ( $F = 0.732, p = 0.400$ ). Therefore, neither intervention produced a statistically significant improvement in mental toughness among participants.

### Discussion and Conclusion

The findings of the present study indicated that neither compassion-focused group therapy nor group logotherapy significantly improved mental toughness among older

adults. Although descriptive analyses suggested a modest increase in mental toughness scores within the logotherapy group, these changes did not reach statistical significance. Likewise, compassion-focused therapy failed to produce significant improvements compared with the control group.

Several explanations may account for these findings. Mental toughness is often conceptualized as a relatively stable psychological characteristic that develops over many years through accumulated life experiences. Unlike emotional states such as anxiety, depression, or loneliness, mental toughness may require longer intervention periods and sustained behavioral practice to demonstrate measurable change. Consequently, the relatively brief duration of the interventions may have limited their ability to influence this complex psychological construct.

Another possible explanation concerns the characteristics of the participants. Many participants experienced chronic health conditions, limited financial resources, and age-related challenges that may have exerted stronger influences on their psychological functioning than short-term therapeutic interventions. In such contexts, improvements in emotional well-being may not immediately translate into measurable increases in mental toughness.

The results also suggest that compassion-focused therapy and logotherapy may primarily affect intermediary psychological variables rather than mental toughness directly. Compassion-focused interventions are designed to reduce self-criticism, enhance emotional regulation, and cultivate self-kindness, whereas logotherapy seeks to increase meaning, purpose, and existential fulfillment. These outcomes may contribute indirectly to resilience and mental toughness over time, but such effects may not emerge during short-term intervention periods.

می‌تواند موقعیت‌های دشوار را نه به‌عنوان تهدید، بلکه به‌عنوان فرصت‌هایی

برای رشد و سازگاری تجربه کند (Azizi et al., 2015; Bagheri & Taghvaei, 2017). سالمندانی که از استقامت ذهنی بالاتری برخوردارند، در برابر ناکامی‌ها، بیماری‌ها، تنهایی و محدودیت‌های جسمانی واکنش سازگارانه‌تری نشان می‌دهند و احتمالاً در برابر فشارهای روانی، نشانه‌های افسردگی و احساس درماندگی مقاومت بیشتری دارند. در مقابل، ضعف در استقامت ذهنی می‌تواند سالمندان را در برابر ناامیدی، کناره‌گیری اجتماعی، اضطراب و کاهش معنا در زندگی آسیب‌پذیرتر کند. پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که سرسختی روان‌شناختی با سلامت عمومی، سرمایه اجتماعی، تحمل ناکامی و تمایز یافتگی در سالمندان ارتباط دارد و می‌تواند به‌عنوان منبعی روان‌شناختی در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا عمل کند (Hashemi et al., 2015; Rahimi & Afsharinia, 2017; Safara et al., 2022).

از منظر روان‌شناسی رشد، سالمندی صرفاً دوره‌ای از افول و کاهش توانایی‌ها نیست، بلکه مرحله‌ای از بازنگری زندگی، بازتعریف معنا، پذیرش محدودیت‌ها و تداوم رشد روانی نیز محسوب می‌شود. با این حال، سالمندان برای دستیابی به چنین سازگاری‌ای نیازمند منابع روان‌شناختی و مداخلات حمایتی مناسب هستند. مطالعات جدید نشان داده‌اند که متغیرهایی مانند معنا در زندگی، شفقت به خود، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان می‌توانند نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری روانی سالمندان داشته باشند (Diseth & Melgosa, 2020; Wong & Wong, 2021). در این میان، استقامت ذهنی را می‌توان نقطه تلاقی چندین سازه مثبت‌نگر دانست؛ زیرا فردی که از استقامت ذهنی بالاتری برخوردار است، معمولاً توان بیشتری برای حفظ معنا، تحمل رنج، مدیریت هیجان، پذیرش واقعیت و تلاش برای ادامه زندگی دارد. به همین دلیل، بررسی مداخلاتی که بتوانند استقامت ذهنی سالمندان را تقویت کنند، اهمیت نظری و کاربردی قابل توجهی دارد.

سالمندی یکی از مراحل بنیادین و اجتناب‌ناپذیر چرخه زندگی انسان است که با تغییرات گسترده جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه می‌شود و در بسیاری از موارد، توانایی فرد برای سازگاری با فشارهای زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزایش امید به زندگی و رشد جمعیت سالمندان در دهه‌های اخیر سبب شده است که سلامت روان سالمندان به یکی از موضوعات مهم در پژوهش‌های روان‌شناسی، توانبخشی و سالمندی تبدیل شود. سالمندان به دلیل کاهش توانایی‌های عملکردی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، کاهش نقش‌های اجتماعی، بازنشستگی، از دست دادن همسر یا دوستان، کاهش استقلال فردی و تجربه تنهایی، بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض افت کیفیت زندگی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی قرار دارند (Baltes & Montada, 2019; Taherkhani et al., 2021). در همین راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل جسمانی و سبک زندگی، از جمله فعالیت بدنی، نقش مهمی در حفظ کیفیت زندگی سالمندان دارند و کاهش تحرک می‌تواند پیامدهای روانی و اجتماعی سالمندی را تشدید کند (Niazi et al., 2022). همچنین گزارش‌های مرتبط با وضعیت سالمندی در ایران نشان می‌دهد که افزایش جمعیت سالمندان، ضرورت طراحی مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر را برای حفظ سلامت روان، سازگاری و بهزیستی این گروه برجسته‌تر کرده است (Parvaneh et al., 2017; Tohidifar et al., 2021).

یکی از متغیرهای مهم در سلامت روان سالمندان، استقامت ذهنی یا سرسختی روان‌شناختی است. استقامت ذهنی به توانایی فرد در مقابله مؤثر با فشارها، حفظ عملکرد در شرایط دشوار، بازیابی پس از تجربه شکست و تداوم تلاش در مسیر اهداف اشاره دارد. این سازه معمولاً با مؤلفه‌هایی مانند کنترل، تعهد، چالش و اعتماد همراه است و نشان می‌دهد که فرد تا چه اندازه

شواهد تجربی نیز از اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت حمایت کرده‌اند. فراتحلیل‌های جدید نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و بهبود شاخص‌های سلامت روان مؤثر باشد (Christopher, 2022). همچنین مطالعات مرتبط با سالمندان و مراقبان سالمند نشان داده‌اند که مداخلات شفقت‌محور می‌تواند تنهایی، فرسودگی، بار مراقبتی، دشواری‌های هیجانی و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را هدف قرار دهند (Collins et al., 2017; Rezaei et al., 2025; Rezavandi et al., 2025; Sadeghi et al., 2024). در پژوهش‌های دیگر، نقش خودشفقتی در پیش‌بینی تاب‌آوری و استقامت روانی سالمندان نیز مورد توجه قرار گرفته است و یافته‌ها نشان می‌دهد که سالمندانی که نسبت به خود نگرش مهربانانه‌تر و غیرقضاوتی‌تری دارند، در برابر فشارهای زندگی از توان روانی بالاتری برخوردارند (Nefise et al., 2021). با این حال، برخی مطالعات نشان داده‌اند که اثربخشی مداخلات شفقت‌محور ممکن است تحت تأثیر ویژگی‌های نمونه، مدت مداخله، شدت مشکلات روان‌شناختی و زمینه اجتماعی شرکت‌کنندگان قرار گیرد (Barnard & Curry, 2021; Petrocchi et al., 2021; Yang et al., 2025).

در کنار درمان متمرکز بر شفقت، معنادرمانی نیز یکی از رویکردهای مهم در کار با سالمندان محسوب می‌شود. معنادرمانی که بر اساس اندیشه‌های ویکتور فرانکل شکل گرفته، بر این اصل تأکید دارد که انسان حتی در دشوارترین شرایط نیز می‌تواند معنایی برای زندگی خود بیابد و همین معنا، نیرویی برای تحمل رنج و ادامه زندگی فراهم می‌کند (Frankl, 2014). از دیدگاه معنادرمانی، مشکل اصلی انسان نه صرفاً رنج، بلکه بی‌معنایی رنج است. هنگامی که فرد بتواند برای تجربه‌های دردناک، محدودیت‌ها و فقدان‌های زندگی معنایی بیابد، توانایی بیشتری برای پذیرش واقعیت و حرکت به سوی اهداف ارزشمند خواهد داشت. این رویکرد برای سالمندان

یکی از رویکردهای درمانی که در سال‌های اخیر در حوزه سلامت روان سالمندان مورد توجه قرار گرفته، درمان متمرکز بر شفقت است. این رویکرد که بر مبنای مدل گیلبرت شکل گرفته، بر پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران، کاهش خودانتقادگری، افزایش پذیرش بدون قضاوت و فعال‌سازی نظام آرام‌سازی هیجانی تأکید دارد (Gilbert, 2014). درمان متمرکز بر شفقت بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، به‌ویژه شرم، خودسرزنشگری، اضطراب و افسردگی، از تعامل میان نظام تهدید و ناتوانی فرد در فعال‌سازی نظام مراقبت و آرامش ناشی می‌شوند. بنابراین، آموزش شفقت می‌تواند به فرد کمک کند تا در برابر شکست‌ها، رنج‌ها و محدودیت‌های زندگی با مهربانی، پذیرش و حمایت درونی واکنش نشان دهد. این مسئله در سالمندی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا سالمندان اغلب با تجربه فقدان، بیماری، تنهایی و کاهش کارآمدی روبه‌رو می‌شوند و ممکن است خود را به دلیل کاهش توانایی‌ها یا وابستگی به دیگران سرزنش کنند. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که شفقت به خود با پیامدهای مثبت روان‌شناختی ارتباط دارد. خودشفقتی می‌تواند خودتنظیمی رفتارهای سلامت را تقویت کند، از شدت خودانتقادگری بکاهد و به افراد کمک کند تا در مواجهه با شکست‌ها و ناکامی‌ها، واکنش‌های سازگارانه‌تری نشان دهند (Biber & Ellis, 2019; Kelly et al., 2020). افزون بر این، درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از تمرین‌هایی مانند تصویرسازی شفقت‌ورز، تنفس آرام‌ساز، صندلی خالی، نامه شفقت‌آمیز و تمرین‌های ذهن‌آگاهی، به افراد امکان می‌دهد رابطه‌ای امن‌تر و مهربانانه‌تر با تجربه‌های دردناک خود برقرار کنند (Bell et al., 2020; Inwood & Fitzgibbons, 2022). از منظر نظری، این فرایند می‌تواند به افزایش استقامت ذهنی منجر شود؛ زیرا فرد به جای اجتناب از رنج یا تسلیم شدن در برابر آن، می‌آموزد با خود به شیوه‌ای حمایت‌گرانه برخورد کند و توان روانی لازم برای ادامه مسیر را بازیابد.

از طریق تقویت معنا، امید، مسئولیت‌پذیری و پذیرش رنج، بر استقامت ذهنی سالمندان اثرگذار باشد.

با وجود مبانی نظری قوی و شواهد تجربی مرتبط با هر دو رویکرد، هنوز مقایسه مستقیم درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی گروهی در حوزه استقامت ذهنی سالمندان نیازمند بررسی بیشتر است. درمان متمرکز بر شفقت بیشتر بر رابطه فرد با خود، کاهش خودانتقادگری، تنظیم هیجان و پرورش مهربانی درونی تأکید دارد، در حالی که معنادرمانی بیشتر بر کشف معنا، مسئولیت‌پذیری، آزادی انتخاب و جهت‌گیری ارزشی در برابر رنج متمرکز است. هر دو رویکرد از مسیرهای متفاوتی می‌توانند به تقویت توان روان‌شناختی سالمندان کمک کنند، اما روشن نیست کدام‌یک در بهبود استقامت ذهنی سالمندان اثربخشی بیشتری دارد یا آیا تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود دارد. از سوی دیگر، سالمندان ساکن یا مرتبط با مراکز روزانه بهزیستی ممکن است به دلیل شرایط جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و عاطفی خاص، پاسخ متفاوتی به مداخلات روان‌شناختی نشان دهند. بنابراین، انجام پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی در این زمینه می‌تواند به شناسایی مداخلات مناسب‌تر برای ارتقای سلامت روان سالمندان کمک کند.

با توجه به اهمیت فزاینده سلامت روان سالمندان، نقش استقامت ذهنی در سازگاری با چالش‌های دوران سالمندی، و ضرورت مقایسه مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شفقت و معنا، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی بر استقامت ذهنی سالمندان بود.

### روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مردان سالمند بالای ۶۵ سال مراکز روزانه تحت پوشش سازمان بهزیستی

اهمیت خاصی دارد، زیرا سالمندی اغلب با بازنگری گذشته، مواجهه با مرگ، فقدان نقش‌های پیشین و ضرورت یافتن معنایی تازه برای زندگی همراه است. معنا در زندگی یکی از عوامل محافظت‌کننده مهم در سلامت روان سالمندان است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود معنا با سلامت روان، تاب‌آوری، امید، بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی ارتباط دارد (Wong, 2022; Wong & Wong, 2021). معنادرمانی با کمک به افراد برای کشف ارزش‌های خلاق، تجربی و نگرشی، آنان را به سمت پذیرش مسئولیت، انتخاب آگاهانه و بازسازی هدف زندگی هدایت می‌کند (Blateau & Sari, 2020; Hassinger & Kernner, 2021). این مؤلفه‌ها می‌توانند با استقامت ذهنی سالمندان ارتباط داشته باشند؛ زیرا فردی که زندگی خود را دارای معنا می‌داند، در برابر رنج و محدودیت کمتر دچار فروپاشی روانی می‌شود و بیشتر می‌تواند با دشواری‌ها به‌عنوان بخشی از مسیر زندگی مواجه شود. بر همین اساس، معنا در زندگی نه‌تنها یک پیامد مثبت روان‌شناختی، بلکه منبعی برای تداوم کوشش، تحمل فشار و حفظ انسجام روانی است.

مطالعات پیشین اثربخشی معنادرمانی را در حوزه سالمندی و سلامت روان تأیید کرده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنادرمانی گروهی می‌تواند به کاهش افسردگی سالمندان و افزایش ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت کمک کند (Asghari et al., 2012; Shariat et al., 2021). همچنین یافته‌های جدیدتر نشان می‌دهد که معنادرمانی در شرایط بحرانی و در مواجهه با بیماری‌ها و تهدیدهای وجودی می‌تواند امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را بهبود بخشد (Zolfalipour Maleki et al., 2023). در چنین رویکردی، سالمند به جای تمرکز صرف بر فقدان‌ها و محدودیت‌ها، به ارزش‌های باقی‌مانده، روابط معنادار، مسئولیت‌های فردی و امکان انتخاب نگرش در برابر رنج توجه می‌کند. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که معنادرمانی

مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر اساس رویکرد گیلبرت طراحی شد و در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، طی هشت هفته پیاپی به صورت گروهی اجرا گردید. محتوای جلسات شامل آشنایی اعضا با ساختار گروه، بررسی مشکلات و اجرای پیش‌آزمون، آموزش مفاهیم پایه شفقت، آشنایی با سیستم‌های هیجانی مغز، تمرین واریسی بدنی و تنفس، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود و دیگران، کاهش خودانتقادگری، آموزش بخشایش، پذیرش بدون قضاوت، بردباری، شیوه‌های ابراز شفقت، تمرین صندلی خالی، نوشتن نامه شفقت‌آمیز، تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و در نهایت جمع‌بندی، مرور آموخته‌ها و اجرای پس‌آزمون بود.

مداخله معنادرمانی گروهی بر اساس رویکرد فرانکل و پروتکل‌های تدوین‌شده در مطالعات پیشین اجرا شد و شامل ده جلسه یک‌ساعته گروهی بود. در این جلسات، ابتدا اهداف و قوانین گروه مشخص شد و اعضا با مفهوم معنادرمانی و ضرورت معنا در زندگی آشنا شدند. سپس موضوعاتی مانند پذیرش خویشتن، شناخت ویژگی‌های فردی، آزادی معنوی، مسئولیت‌پذیری، اضطراب وجودی، خودآگاهی، حفظ هویت، ارتباط با دیگران، معنای عشق، معنای رنج، آزادی و انتخاب، ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، معناجویی، هدفمندی در زندگی، نقش بی‌هدفی در ناامیدی و تنهایی و مفهوم خودشکوفایی بررسی شد. جلسه پایانی نیز به جمع‌بندی مباحث، مرور تجربه‌های اعضا و اجرای پس‌آزمون اختصاص یافت.

داده‌های پژوهش پس از گردآوری در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمرات متغیرهای پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، ابتدا پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها بررسی شد. برای بررسی تفاوت

شهر بجنورد بود که تعداد آنان ۱۶۰ نفر برآورد شد. از میان این جامعه، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق مراجعه به مراکز روزانه تحت پوشش سازمان بهزیستی و خانه سالمندان انتخاب شدند و سپس به صورت کاملاً تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه درمانی مبتنی بر شفقت، گروه معنادرمانی و گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن نقص عضو، نداشتن اختلالات شناختی حاد، نداشتن سابقه بستری یا بیماری در بخش‌های روان‌پزشکی و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل انصراف از ادامه همکاری، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروه‌درمانی و خودداری از تکمیل پرسشنامه‌ها بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان شامل سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، میزان درآمد، وضعیت تأهل، میزان فعالیت بدنی، مدت حضور در مرکز سالمندان و سابقه بیماری ثبت شد.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استقامت ذهنی ۴۸ سؤالی استفاده شد. این پرسشنامه توسط پیتر کلاگ در سال ۱۹۸۲ طراحی شده و دارای ۴۸ گویه است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار چهار مؤلفه اصلی چالش، تعهد، کنترل و اعتماد را می‌سنجد و مؤلفه‌های کنترل و اعتماد نیز شامل زیرمؤلفه‌هایی مانند کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به خود و اعتماد بین‌فردی هستند. در مطالعات پیشین، پایایی کلی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در سطح مطلوب گزارش شده است و ضرایب مربوط به خرده‌مقیاس‌ها نیز نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار بوده‌اند. همچنین روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی شده و نتایج نشان داده است که ساختار عاملی آن از برازش مناسبی برخوردار است.

## دوره چهارم، شماره دوم

در گروه معنادرمانی  $6.9 \pm 79.80$  و در گروه کنترل  $7.8 \pm 75.80$  بود و نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معناداری میان سه گروه از نظر سن وجود ندارد ( $F=1.280, P=0.289$ ). همچنین نتایج آزمون کای اسکور نشان داد که سه گروه از نظر وضعیت تأهل ( $P=0.153$ )، وضعیت درآمد ( $P=0.122$ ) و سابقه بیماری ( $P=0.207$ ) تفاوت معناداری نداشتند. از نظر تحصیلات و وضعیت شغلی نیز همه شرکت‌کنندگان در هر سه گروه دارای سواد خواندن و نوشتن و از نظر وضعیت شغلی بیکار بودند؛ بنابراین، گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی اصلی همگن بودند.

گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، آزمون‌های مناسب مانند کای اسکور و تحلیل واریانس به کار رفت. همچنین برای بررسی اثربخشی مداخلات و مقایسه گروه‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد و سطح معناداری آزمون‌ها  $0.05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۵ سالمند مرد بالای ۶۵ سال در سه گروه درمانی مبتنی بر شفقت، معنادرمانی گروهی و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، بررسی شدند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمانی مبتنی بر شفقت  $76.13 \pm 7.9$ .

جدول ۱. آمار توصیفی متغیر استقامت ذهنی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه درمانی مبتنی بر شفقت؛ میانگین $\pm$ انحراف معیار	معنادرمانی؛ میانگین $\pm$ انحراف معیار	کنترل؛ میانگین $\pm$ انحراف معیار
استقامت ذهنی	پیش‌آزمون	$144.00 \pm 9.1$	$142.53 \pm 18.2$	$146.07 \pm 5.1$
استقامت ذهنی	پس‌آزمون	$143.20 \pm 3.4$	$146.67 \pm 4.6$	$144.87 \pm 6.7$

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات استقامت ذهنی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه نرمال است؛ زیرا سطح معناداری در همه موارد بیشتر از  $0.05$  بود. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که واریانس نمرات استقامت ذهنی در سه گروه همگن است ( $F=1.304, df_1=2, df_2=42, P=0.283$ ). بنابراین، با تأیید مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها، استفاده از تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر مداخلات مجاز بود.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره استقامت ذهنی در گروه معنادرمانی از  $142.53$  در پیش‌آزمون به  $146.67$  در پس‌آزمون افزایش یافت. در مقابل، میانگین نمره استقامت ذهنی در گروه درمانی مبتنی بر شفقت از  $144.00$  به  $143.20$  و در گروه کنترل از  $146.07$  به  $144.87$  کاهش جزئی داشت. بنابراین، از نظر توصیفی، بیشترین تغییر مثبت مربوط به گروه معنادرمانی بود؛ با این حال، قضاوت درباره معناداری این تغییرات نیازمند آزمون‌های استنباطی است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر مداخلات بر استقامت ذهنی سالمندان

مقایسه	متغیر وابسته	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مقایسه سه گروه	استقامت ذهنی	پیش‌آزمون	۲۹۳.۴۰۷	۱	۲۹۳.۴۰۷	۱۴.۸۱۴	۰.۰۰۰	۰.۰۵۸
مقایسه سه گروه	استقامت ذهنی	گروه	۵۰.۱۴۵	۲	۲۵.۰۷۴	۱.۲۶۶	۰.۲۹۳	۰.۰۵۸
شفقت‌درمانی با کنترل	استقامت ذهنی	پیش‌آزمون	۳۰۵.۱۲۸	۱	۳۰۵.۱۲۸	۱۶.۵۱۰	۰.۰۳۱	۰.۰۰۸

۰.۰۰۸	۰.۶۳۹	۰.۲۲۵	۴.۱۶۶	۱	۴.۱۶۶	گروه	استقامت ذهنی	شفقت‌درمانی با کنترل
۰.۰۲۶	۰.۰۰۲	۱۱.۶۹۱	۲۸۳.۱۵۴	۱	۲۸۳.۱۵۴	پیش‌آزمون	استقامت ذهنی	معنادرمانی با کنترل
۰.۰۲۶	۰.۴۰۰	۰.۷۳۲	۱۷.۷۲۸	۱	۱۷.۷۲۸	گروه	استقامت ذهنی	معنادرمانی با کنترل

درمانی بر استقامت ذهنی سالمندان تأیید نشد و هیچ‌یک از دو مداخله نتوانستند برتری معناداری نسبت به دیگری یا نسبت به گروه کنترل نشان دهند.

یکی از تبیین‌های احتمالی این یافته آن است که استقامت ذهنی به عنوان یک ویژگی نسبتاً پایدار شخصیتی و روان‌شناختی، در مقایسه با متغیرهایی نظیر خلق، اضطراب، افسردگی یا احساس تنهایی، به مداخلات کوتاه‌مدت مقاومت بیشتری نشان می‌دهد. بر اساس دیدگاه‌های مرتبط با استقامت ذهنی، این سازه حاصل سال‌ها تجربه زیسته، مواجهه با دشواری‌ها و شکل‌گیری تدریجی الگوهای شناختی و هیجانی است و ممکن است تغییر آن به زمان بیشتری نسبت به دوره‌های هشت یا ده جلسه‌ای نیاز داشته باشد (Azizi et

al., 2015; Rahimi & Afsharinia, 2017).

سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش عمدتاً با سابقه بیماری، محدودیت‌های عملکردی و شرایط خاص زندگی سالمندی مواجه بودند و ممکن است این عوامل، ظرفیت تغییر در یک بازه زمانی کوتاه را محدود کرده باشند. از این منظر، هرچند مداخلات اجراشده توانسته‌اند در سطح توصیفی تغییراتی ایجاد کنند، اما شدت و پایداری این تغییرات برای ایجاد تفاوت معنادار آماری کافی نبوده است.

در خصوص درمان مبتنی بر شفقت، یافته‌های پژوهش حاضر با برخی مطالعات پیشین همسو نیست. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند تنهایی، افسردگی، بار هیجانی و مشکلات روان‌شناختی سالمندان را کاهش داده و به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشفقتی منجر شوند (Rezaei et al., 2025; Sadeghi et al., 2024; Tohidifar et al., 2021).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان سه گروه درمانی مبتنی بر شفقت، معنادرمانی و کنترل از نظر استقامت ذهنی مشاهده نشد ( $F=1.266, P=0.293$ ). همچنین مقایسه گروه درمانی مبتنی بر شفقت با گروه کنترل نشان داد که این مداخله تأثیر معناداری بر استقامت ذهنی سالمندان نداشته است ( $F=0.225, P=0.639$ ). افزون بر این، نتایج مقایسه گروه معنادرمانی با گروه کنترل نیز نشان داد که معنادرمانی گروهی بر استقامت ذهنی سالمندان اثر معناداری نداشته است ( $F=0.732, P=0.400$ ). بنابراین، با وجود برخی تغییرات توصیفی در میانگین نمرات، هیچ‌یک از دو مداخله درمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود معنادار استقامت ذهنی سالمندان نشدند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان گروه درمانی مبتنی بر شفقت، گروه معنادرمانی و گروه کنترل از نظر استقامت ذهنی سالمندان وجود ندارد. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نه گروه درمانی مبتنی بر شفقت و نه معنادرمانی گروهی، هیچ‌یک به صورت مستقل نتوانستند تغییر معناداری در استقامت ذهنی سالمندان در مقایسه با گروه کنترل ایجاد کنند. اگرچه در سطح توصیفی، میانگین نمرات استقامت ذهنی در گروه معنادرمانی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافت، اما این تغییر از نظر آماری معنادار نبود. به همین ترتیب، تغییرات مشاهده‌شده در گروه درمانی مبتنی بر شفقت نیز به سطح معناداری آماری نرسید. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تفاوت اثربخشی دو رویکرد

معنادرمانی را در بهبود افسردگی، امید، بهزیستی روان‌شناختی و ویژگی‌های مثبت روانی سالمندان گزارش کرده‌اند (Asghari et al., 2012; Shariat et al., 2021). همچنین پژوهش‌های جدیدتر نشان داده‌اند که معنادرمانی می‌تواند در شرایط دشوار زندگی، احساس هدفمندی، امید و رضایت از زندگی را افزایش دهد (Wong, 2022; Zolfalipour Maleki et al., 2023). با این حال، همانند درمان مبتنی بر شفقت، بخش عمده این پژوهش‌ها بر متغیرهایی تمرکز داشته‌اند که نسبت به استقامت ذهنی، انعطاف‌پذیری بیشتری برای تغییر در کوتاه‌مدت دارند. در نتیجه، عدم دستیابی به تفاوت معنادار در استقامت ذهنی لزوماً به معنای ناکارآمدی معنادرمانی نیست، بلکه می‌تواند نشان‌دهنده پیچیدگی بیشتر این سازه باشد.

از دیدگاه فرانکل، انسان زمانی می‌تواند در برابر رنج‌ها مقاومت کند که برای آن‌ها معنا بیابد و زندگی خود را هدفمند درک کند (Frankl, 2014). پژوهشگران معاصر نیز تأکید کرده‌اند که معنا در زندگی با سلامت روان، تاب‌آوری و سازگاری سالمندان ارتباط مثبت دارد (Diseth & Melgosa, 2020; Wong & Wong, 2021). بنابراین انتظار می‌رود که معنادرمانی از طریق تقویت احساس معنا، مسئولیت‌پذیری و امید، در بلندمدت بر استقامت ذهنی اثر بگذارد. با این حال، تحقق چنین تغییری ممکن است مستلزم فرصت بیشتری برای درونی‌سازی مفاهیم وجودی، بازنگری در تجارب زندگی و بازسازی نگرش نسبت به رنج و محدودیت‌های سالمندی باشد. از این رو، دوره زمانی نسبتاً کوتاه مداخله در پژوهش حاضر می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در عدم مشاهده تفاوت معنادار باشد (Blateau & Sari, 2020; Hassinger & Kernner, 2021).

نکته قابل توجه آن است که هر دو رویکرد درمانی بر جنبه‌های متفاوتی از تجربه انسانی تأکید دارند، اما در نهایت هدف مشترک آن‌ها ارتقای سازگاری روان‌شناختی است. درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش پذیرش،

سالمندان و مراقبان سالمندان نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند تاب‌آوری و سازگاری روان‌شناختی را افزایش دهد (Collins et al., 2017; Rezavandi et al., 2025). افزون بر این، فراتحلیل‌های انجام‌شده درباره درمان متمرکز بر شفقت نیز اثربخشی این رویکرد را در بهبود شاخص‌های سلامت روان گزارش کرده‌اند (Christopher, 2022). با وجود این، باید توجه داشت که اغلب این پژوهش‌ها متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب، خودشفقتی، انعطاف‌پذیری شناختی یا تاب‌آوری را بررسی کرده‌اند و نه استقامت ذهنی را. از این رو، ممکن است درمان مبتنی بر شفقت ابتدا بر متغیرهای هیجانی و شناختی اثر بگذارد و سپس در بلندمدت به بهبود استقامت ذهنی منجر شود.

از منظر نظری نیز درمان مبتنی بر شفقت عمدتاً بر کاهش خودانتقادگری، فعال‌سازی نظام آرام‌سازی هیجانی و پرورش نگرش مهربانانه نسبت به خود متمرکز است (Gilbert, 2014; Petrocchi et al., 2021). این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا رنج‌های خود را با پذیرش بیشتری تجربه کنند و از سرزنش مداوم خود فاصله بگیرند. در سالمندان، چنین تغییراتی ممکن است بیش از آنکه مستقیماً استقامت ذهنی را تحت تأثیر قرار دهد، ابتدا موجب کاهش تنهایی، افسردگی و احساس شرم شود (Inwood & Fitzgibbons, 2020; Kelly et al., 2022). به بیان دیگر، مسیر اثرگذاری شفقت‌درمانی بر استقامت ذهنی احتمالاً غیرمستقیم و زمان‌بر است. این تبیین با یافته‌های پژوهش‌هایی که نقش میانجی خودشفقتی را در شکل‌گیری تاب‌آوری و سازگاری روان‌شناختی نشان داده‌اند، همخوانی دارد (Barnard & Curry, 2021; Nefise et al., 2021).

نتایج مربوط به معنادرمانی گروهی نیز نشان داد که این مداخله نتوانست تفاوت معناداری در استقامت ذهنی سالمندان ایجاد کند. این یافته نیز با بخشی از ادبیات پژوهشی موجود ناهمسو است؛ زیرا مطالعات متعددی اثربخشی

یافته بر ضرورت توجه به ماهیت پیچیده و چندبعدی استقامت ذهنی و نیز لزوم طراحی مداخلات طولانی‌تر و جامع‌تر برای ارتقای این سازه در دوران سالمندی تأکید می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود، اجرای مطالعه تنها بر روی سالمندان مرد، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن جامعه آماری به مراکز روزانه تحت پوشش سازمان بهزیستی یک شهر، و فقدان مرحله پیگیری برای بررسی پایداری اثرات مداخله اشاره کرد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد. علاوه بر این، شرایط جسمانی، بیماری‌های مزمن و تفاوت‌های فردی سالمندان از عواملی بودند که کنترل کامل آن‌ها در پژوهش امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از حجم نمونه بزرگ‌تر و نمونه‌های متنوع‌تر شامل زنان و مردان سالمند انجام شوند. همچنین بررسی اثرات بلندمدت درمان مبتنی بر شفقت و معنادرمانی از طریق مطالعات پیگیری و طراحی مداخلات طولانی‌تر می‌تواند درک دقیق‌تری از اثربخشی این رویکردها فراهم کند. مطالعه نقش متغیرهای واسطه‌ای نظیر خودشفقتی، امید، معنا در زندگی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری نیز می‌تواند به روشن شدن سازوکارهای اثرگذاری این مداخلات کمک کند. افزون بر این، مقایسه این دو رویکرد با سایر درمان‌های روان‌شناختی و ترکیب آن‌ها با برنامه‌های توانبخشی و آموزشی می‌تواند موضوع مناسبی برای پژوهش‌های آتی باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، متخصصان حوزه سالمندی و روان‌شناسان می‌توانند از درمان مبتنی بر شفقت و معنادرمانی به عنوان مداخلات مکمل برای ارتقای سلامت روان سالمندان استفاده کنند، اما انتظار تغییر سریع در استقامت ذهنی از طریق دوره‌های کوتاه‌مدت واقع‌بینانه نیست. توصیه می‌شود این مداخلات در قالب برنامه‌های جامع و مستمر همراه با

مهربانی با خود و تنظیم هیجان عمل می‌کند، در حالی که معنادرمانی بر معنایابی، مسئولیت‌پذیری و جهت‌گیری ارزشی متمرکز است (Frankl, 2014; Gilbert, 2014). با وجود تفاوت در مبانی نظری، هر دو رویکرد ممکن است ابتدا متغیرهای واسطه‌ای مانند امید، انعطاف‌پذیری شناختی، احساس معنا، خودشفقتی و سلامت روان را تحت تأثیر قرار دهند و تنها در مراحل بعدی موجب افزایش استقامت ذهنی شوند. از این رو، عدم مشاهده تفاوت معنادار میان دو مداخله در این پژوهش می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که هر دو رویکرد برای اثرگذاری بر استقامت ذهنی به زمان بیشتری نیاز دارند. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین از این منظر قابل تفسیر است که سالمندان شرکت‌کننده در مراکز روزانه بهزیستی با مجموعه‌ای از چالش‌های مزمن جسمانی، اقتصادی و اجتماعی روبه‌رو بودند. نتایج جمعیت‌شناختی نشان داد که بخش قابل توجهی از شرکت‌کنندگان فاقد درآمد مستقل بوده و اغلب دارای سابقه بیماری بودند. چنین شرایطی ممکن است موجب شود که عوامل محیطی و عینی نقش پررنگ‌تری نسبت به مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدت در شکل‌گیری استقامت ذهنی داشته باشند. مطالعات مرتبط با سالمندی نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، وضعیت سلامت جسمانی و منابع اقتصادی از عوامل مهم مؤثر بر سازگاری روان‌شناختی سالمندان هستند (Taherkhani et al., 2021; Yang et al., 2025). بنابراین، ممکن است ترکیب مداخلات روان‌شناختی با برنامه‌های حمایتی اجتماعی و توانبخشی، نتایج مؤثرتری در افزایش استقامت ذهنی سالمندان ایجاد کند.

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگرچه درمان مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی از رویکردهای معتبر و مؤثر در حوزه سلامت روان محسوب می‌شوند و پژوهش‌های متعددی اثربخشی آن‌ها را در بهبود شاخص‌های مختلف روان‌شناختی تأیید کرده‌اند، اما در شرایط اجرای پژوهش حاضر نتوانستند تغییر معناداری در استقامت ذهنی سالمندان ایجاد کنند. این

- Hardiness, Quality of Life, and Self-Concept in Addicts. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 11(3), 50-56.
- Baltes, P. B., & Montada, L. (2019). Life Span Perspectives on Development and Aging. In M. E. Lachman (Ed.), *The Handbook of Midlife Development* (pp. 3-39). Wiley.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2021). The Relationship of Clergy Burnout to Self-Compassion and Other-Centeredness. *Review of Religious Research*, 63(2), 215-234.
- Bell, T., Montague, J., Elander, J., & Gilbert, P. (2020). A Definite Feel-It Moment: Embodiment, Externalisation and Emotion During Chairwork in Compassion-Focused Therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1), 143-153.
- Biber, D. D., & Ellis, R. (2019). The Effect of Self-Compassion on the Self-Regulation of Health Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 2060-2071.
- Blateau, S., & Sari, H. (2020). Logotherapy: An Existential Approach to Finding Meaning in Life. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(4), 523-545.
- Christopher, G. (2022). Compassion-Focused Therapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical psychology review*, 92, 102-128.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2017). The Evaluation of a Compassion-Focused Therapy Group for Couples Experiencing a Dementia Diagnosis. *Clinical Gerontologist*, 11, 1-13.
- Diseth, Å., & Melgosa, M. (2020). Meaning in Life and Resilience Among Older Adults: A Longitudinal Study. *Aging & mental health*, 24(11), 1824-1833.
- Frankl, V. E. (2014). *Man's Search for Meaning*. Beacon Press.
- Gilbert, P. (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Hashemi, N., Souri, A., & Ashouri, J. (2015). The Relationship of Social Capital and Psychological Hardiness with General Health in Patients with Type 2 Diabetes. *Scientific-Research Quarterly of Diabetes Nursing*, 4(1), 43-53.
- Hassinger, H. J., & Kernner, T. C. (2021). Logotherapy and Existential Analysis in Geriatric Care. *Geropsych*, 34(2), 87-98.
- Inwood, E., & Fitzgibbons, D. (2022). Compassion-Focused Therapy for Shame and Self-Criticism. In *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 245-268). Wiley.
- Kelly, A. C., Carter, J. C., Zuroff, D. C., & Gilbert, P. (2020). Self-Compassion and Fear of Self-Compassion Interact to Predict Response to Eating Disorder Treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 949-960.
- Nefise, O., Yildirim, M., & Gülcan, S. (2021). The Role of Self-Compassion in Predicting Mental Resilience Among Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(7), 1045-1053.
- Niazi, M., Malekian Fini, E., & Shafaei Moghadam, E. (2022). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *Journal of Culture and Health Promotion, Academy of Medical Sciences*, 6(3), 443-447.
- Parvaneh, E., Karimi Parvaneh, A., & Azizi, K. (2017). The Effectiveness of Hope Therapy in Increasing Happiness among Older Adults. *Aging Psychology*, 1(1), 41-47.
- Petrocchi, N., Cosentino, T., Pellegrini, V., Femia, G., & D'Innocenzo, G. (2021). Compassion-Focused Therapy for Shame and Self-Criticism: A Theoretical Overview. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(2), 89-98.

فعالیت‌های اجتماعی، آموزشی و حمایتی اجرا شوند. همچنین مراکز نگهداری و روزانه سالمندان می‌توانند با فراهم کردن فرصت‌های بیشتر برای تعاملات اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های معنادار و آموزش مهارت‌های روان‌شناختی، زمینه ارتقای سازگاری و توانمندی روانی سالمندان را فراهم آورند.

### تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

### موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

### مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

### تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

### References

- Asghari, N., Ali-Akbari, M., & Dadkhah, A. (2012). Group Logotherapy as a Rehabilitation Method for Reducing Depression in Elderly Women. *Journal of Disability Studies*, 2(1), 31-38.
- Azizi, M., Rezaei Mirqaed, M., & Samiei, M. (2015). Comparing Ego Strength and Mental Toughness in Gifted-School Female Students and Regular-School Female Students. *Quarterly Journal of Empowering Exceptional Children*, 6(2), 54-59.
- Bagheri, M., & Taghvaei, D. (2017). Examining the Relationship Between Addictive Substance Abuse and Psychological

- Rahimi, N., & Afsharinia, K. (2017). Predicting Psychological Hardiness Based on Differentiation and Frustration Tolerance in Older Adults. *Aging Psychology, 3*(2), 127-136.
- Rezaei, S., Moghadam Amir Aslani, M., Moazzi Vesal, M., Najafi, Z., & Heydari Sharaf, P. (2025). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Loneliness and Self-Compassion in the Elderly. *J Gerontol, 10*(2), 64-73.
- Rezavandi, M., Ariapooran, S., & Karami, J. (2025). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Fatigue, Self-Compassion and Resilience of Elderly Home Nurses. *Journal of Modern Psychological Researches, 20*(77), 37-47. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.58536.5837>
- Sadeghi, A., Jahangiri, M., & Taghvaei, D. (2024). The effectiveness of self-compassion-focused therapy on depression, caregiver burden, and emotional dysregulation in caregivers of elderly patients with Alzheimer's disease. *Journal of Research in Psychological Health, 18*(2), 1-20. <https://system.khu.ac.ir/rph/article-1-4524-fa.pdf>
- Safara, M., Safadoost, T., Mousavinejad, S. M., & Gholamnejad, H. (2022). The Relationship Between Spiritual Health and Psychological Coherence in Older Adults: The Mediating Role of Psychological Hardiness. *Aging Psychology, 8*(4), 375-387.
- Shariat, A., Ghazanfari, A., Yarmohammadian, A., Solati, K., & Cherami, M. (2021). The Effectiveness of Logotherapy on Depression and Positive Psychological Characteristics of Older Adults. *Aging Psychology, 7*(3), 283-300.
- Taherkhani, M., Mohammadi, F., Rashvand, F., & Matlabi, S. A. (2021). Predictors of Caregiver Burden among Caregivers of Older Adults Undergoing Dialysis. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 16*(4), 485-496.
- Tohidifar, M., Kazemian Moghadam, K., & Haroun Rashidi, H. (2021). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Loneliness and Cognitive Flexibility in Elderly Men. *Psychological studies, 17*(2), 97-116.
- Wong, P. T. P. (2022). Meaning Therapy: Assessments and Interventions.
- Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (2021). *Meaning in Life and Mental Health*. Springer.
- Yang, Q. Q., Chen, Y. D., Schwade, M., & Zhang, Q. (2025). Exploring the dynamics of compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in family caregivers of disabled elderly: A moderated mediation analysis of social support. *Geriatric Nursing, 65*, 103537. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103537>
- Zolfalipour Maleki, S., Bakhshandeh, A., Khorasani, F., & Esmakhani Akbarinejad, H. (2023). Comparing the Effectiveness of Logotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Hope for Life and Psychological Well-Being in Patients with Coronavirus. *33*(1), 80-90.