



Journal Website

**Article history:**

Received 22 December 2025

Revised 26 April 2026

Accepted 06 May 2026

Initial Published 09 May 2026

Final Publication 22 December 2026

## Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 4, pp 1-16



E-ISSN: 2981-1759

# Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Group Therapy and Group Logotherapy on Psychological Well-Being among Older Adults

Morteza. Haghshenas<sup>1</sup>, Hossein. Mahdian<sup>2\*</sup>, Seyyed Hamid. Nabavi<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Assistant Professor of Gerontology, Department of Health Education and Health Promotion, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran

\* Corresponding author email address: mahdian\_hossein@iau.ac.ir

### Article Info

### ABSTRACT

#### Article type:

Original Research

#### How to cite this article:

Haghshenas, M., Mahdian, H., & Nabavi, S. H. (2026). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Group Therapy and Group Logotherapy on Psychological Well-Being among Older Adults. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(4), 1-16.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

**Objective:** The present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused group therapy and group logotherapy on the psychological well-being of men aged over 65 years attending daytime welfare centers in Bojnord.

**Methods and Materials:** This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of older adult men over 65 years old attending daytime centers affiliated with the Welfare Organization in Bojnord. A total of 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned into three 15-member groups: compassion-focused group therapy, group logotherapy, and control group. Data were collected using Ryff's Psychological Well-Being Scale. Compassion-focused therapy was implemented in eight 90-minute sessions based on Gilbert's protocol, while group logotherapy was conducted in ten one-hour sessions following Frankl's approach. Data were analyzed using analysis of variance, analysis of covariance, Shapiro–Wilk test, Levene's test, and Bonferroni post hoc test in SPSS software.

**Findings:** The results of covariance analysis indicated a significant difference among the three groups regarding psychological well-being ( $F=4.923$ ,  $P=0.012$ ). Both therapeutic interventions significantly improved the psychological well-being of older adults compared with the control group. Bonferroni post hoc analysis demonstrated that the adjusted mean score of psychological well-being in the compassion-focused therapy group was significantly higher than that of the control group ( $P=0.012$ ). Similarly, the logotherapy group showed a significant difference compared with the control group ( $P=0.032$ ). However, no statistically significant difference was observed between the compassion-focused therapy and logotherapy groups ( $P=1.00$ ). The effect size for compassion-focused therapy was 29%, while the effect size for logotherapy was 18.1%, indicating the substantial effectiveness of both interventions in enhancing psychological well-being among older adults.

**Conclusion:** The findings demonstrated that both compassion-focused group therapy and group logotherapy are effective psychological interventions for improving psychological well-being among older adults. Although both approaches significantly enhanced well-being, compassion-focused therapy showed relatively greater effectiveness. Therefore, integrating these psychological interventions into elderly care and rehabilitation centers may contribute significantly to improving mental health, life satisfaction, and overall quality of life in older populations.

**Keywords:** Compassion-focused group therapy, group logotherapy, psychological well-being, older adults, mental health

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Population aging has become one of the most significant demographic developments of the modern era, leading to profound psychological, social, and healthcare challenges across societies. Increasing life expectancy and declining fertility rates have contributed to a rapid growth in the elderly population, making psychological well-being among older adults a major public health concern (Seeman & Adler, 1998). Older adults frequently encounter multiple stressors, including physical decline, chronic illness, loneliness, loss of significant relationships, social isolation, reduced independence, and existential concerns regarding death and meaning in life (Heine & Browning, 2014; Taherkhani et al., 2021). These experiences may negatively influence mental health and decrease psychological well-being. Contemporary approaches to successful aging emphasize not only longevity and physical health, but also emotional adjustment, meaning in life, positive relationships, autonomy, and psychological resilience (Ryff, 2018). Consequently, improving psychological well-being in older adults has become a major focus of psychological interventions.

Psychological well-being refers to a multidimensional construct involving self-acceptance, positive interpersonal relationships, environmental mastery, purpose in life, autonomy, and personal growth (Ryff, 2018). Research indicates that older adults with higher levels of psychological well-being demonstrate greater life satisfaction, emotional stability, social adjustment, and resilience in coping with stressful life events (Rahimipour & Eshagh, 2014). Conversely, lower psychological well-being has been associated with depression, hopelessness, anxiety, emotional dysregulation, and reduced quality of life (Jaghtaei et al., 2023). Therefore, identifying effective psychological interventions capable of improving emotional functioning and well-being among older adults is highly important.

One of the contemporary therapeutic approaches increasingly used in mental health interventions is Compassion-Focused Therapy (CFT). This approach, originally developed by Gilbert, aims to cultivate compassion toward oneself and others through emotional regulation, self-kindness, and reduction of self-criticism (Gilbert & Procter, 2022). Self-compassion consists of three core components: self-kindness, common humanity, and mindfulness (Neff, 2016). Older adults often struggle with feelings of inadequacy, loneliness, dependency, and fear associated with aging; therefore, compassion-focused interventions may help them develop emotional acceptance and psychological safety. Previous studies have shown that compassion-based interventions can significantly improve mental health and emotional resilience. For example, compassion-focused therapy has been associated with reduced depression and increased psychological well-being among older adults (Farrokhzadian & Mirdrikvand, 2017). Similarly, compassion-based interventions have demonstrated effectiveness in decreasing loneliness and improving cognitive flexibility in elderly men (Tohidifar et al., 2021). Recent evidence has also shown that self-compassion mediates the relationship between death anxiety and self-acceptance in older adults (Kia et al., 2025). Moreover, compassion-based therapeutic approaches have been effective in reducing emotional burden and increasing resilience among caregivers of older adults (Sadeghi et al., 2024; Yang et al., 2025).

Another influential intervention in improving mental health among older adults is group logotherapy. Rooted in Viktor Frankl's existential theory, logotherapy emphasizes the human search for meaning and purpose in life (Prochaska et al., 2016). According to Frankl, the inability to find meaning in life contributes significantly to psychological distress, hopelessness, and depression. Older adults are

especially vulnerable to existential emptiness due to retirement, social withdrawal, bereavement, and physical limitations. Therefore, meaning-centered interventions may help older adults reinterpret their life experiences, restore hope, and strengthen psychological adaptation. Previous studies have supported the effectiveness of logotherapy in reducing depression and enhancing psychological adjustment among older adults (Asghari et al., 2012; Kaviani & Rahimi, 2002). Research has also demonstrated positive associations between meaning in life, life satisfaction, hope, and mental health (Nasiri & Jokar, 2008). Furthermore, Hill reported that meaning-centered group therapy significantly enhanced purpose in life and psychological well-being among elderly individuals (Hill, 2023). Meta-analytic findings have similarly confirmed that existential and spiritual interventions positively affect psychological functioning among aging populations (Pargament, 2024).

Despite substantial evidence supporting both compassion-focused therapy and logotherapy, limited studies have directly compared these two interventions in older adults. Compassion-focused therapy primarily addresses emotional regulation and self-acceptance, whereas logotherapy focuses on existential meaning and purpose. Since both approaches may influence psychological well-being through different psychological mechanisms, comparing their effectiveness can contribute to the development of more effective interventions for elderly populations. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused group therapy and group logotherapy on psychological well-being among older adults.

### **Methods and Materials**

The present study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and a control group. The statistical population consisted of elderly men over the age of 65 attending daytime welfare centers affiliated with the Welfare Organization in Bojnord. The population size was estimated at approximately 160 individuals. Among them, 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned into three equal groups: compassion-focused therapy group, logotherapy group, and control group, with 15 participants in each group.

Inclusion criteria included age above 65 years, literacy, absence of severe cognitive impairment, absence of acute psychiatric disorders, and willingness to participate in the study. Exclusion criteria included absence from more than two treatment sessions, unwillingness to continue participation, and incomplete questionnaire responses.

Data were collected using Ryff's Psychological Well-Being Scale. The 18-item short form of the scale was used in this study. The questionnaire measures six dimensions of psychological well-being, including autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relations with others, purpose in life, and self-acceptance. Responses were scored on a six-point Likert scale.

The compassion-focused therapy intervention was implemented based on Gilbert's therapeutic model and consisted of eight 90-minute weekly sessions conducted in a group format. Sessions focused on emotional awareness, self-kindness, compassion toward self and others, mindfulness, emotional regulation, compassionate imagery, and reducing self-criticism. The logotherapy intervention was based on Frankl's meaning-centered approach and included ten one-hour group sessions. The sessions focused on meaning in life, responsibility, existential anxiety, values, hope, freedom of choice, suffering, and self-transcendence.

Descriptive statistics including mean and standard deviation were used for data description. Inferential analyses included one-way ANOVA, chi-square test, repeated measures analysis, covariance analysis (ANCOVA), and Bonferroni post hoc test. Data were analyzed using SPSS software.

### **Findings**

The findings showed that the mean age of participants in the compassion-focused therapy group was  $76.13 \pm 7.90$  years, while the mean ages in the logotherapy and control groups were  $79.80 \pm 6.90$  and  $75.80 \pm 7.80$  years, respectively. One-way analysis of variance revealed no statistically significant age differences among the three groups ( $F=1.280$ ,  $P=0.289$ ). Additionally, chi-square analysis demonstrated no significant differences among groups regarding marital status or medical history, indicating demographic homogeneity across groups.

Descriptive statistics showed that psychological well-being scores increased in both intervention groups from pretest to posttest. In the compassion-focused therapy group, the mean psychological well-being score increased from  $69.73 \pm 4.20$  at pretest to  $73.60 \pm 2.30$  at posttest. In the logotherapy group, the mean score increased from  $68.13 \pm 6.10$  to  $72.60 \pm 4.60$ . In contrast, the control group showed only a slight increase from  $69.13 \pm 4.80$  to  $70.13 \pm 4.20$ .

Assumptions underlying covariance analysis were examined prior to hypothesis testing. Shapiro-Wilk tests indicated acceptable normality of score distributions, and Levene's test confirmed homogeneity of variances ( $F=2.071$ ,  $P=0.139$ ). Therefore, ANCOVA was considered appropriate for analyzing treatment effects.

Results of covariance analysis demonstrated a statistically significant difference among the three groups regarding psychological well-being after controlling for pretest scores ( $F=4.923$ ,  $P=0.012$ ). The effect size indicated that approximately 19.4% of the variance in posttest psychological well-being was explained by group membership. Bonferroni post hoc comparisons revealed that both compassion-focused therapy and logotherapy significantly improved psychological well-being compared with the control group. The adjusted mean difference between the compassion-focused therapy group and control group was 3.415 ( $P=0.012$ ), while the adjusted mean difference between the logotherapy group and control group was 2.984 ( $P=0.032$ ). However, the difference between compassion-focused therapy and logotherapy was not statistically significant ( $P=1.00$ ).

### **Discussion and Conclusion**

The findings of the present study demonstrated that both compassion-focused group therapy and group logotherapy significantly improved psychological well-being among older adults. These findings suggest that interventions addressing emotional acceptance, existential meaning, and psychological adjustment can positively influence mental health in elderly populations. The effectiveness of compassion-focused therapy may be explained through its role in reducing self-criticism, increasing emotional regulation, and promoting self-kindness. Older adults often experience emotional vulnerability associated with loneliness, dependency, chronic illness, and fears related to aging and mortality. Compassion-focused interventions help individuals develop a more accepting and supportive relationship with themselves, thereby reducing emotional distress and enhancing psychological resilience.

Similarly, logotherapy appears to improve psychological well-being by strengthening meaning in life, hope, and existential purpose. Older adults frequently encounter existential concerns resulting from retirement, social isolation, bereavement, and physical decline. Meaning-centered interventions help

participants reinterpret life experiences, identify personal values, and develop a renewed sense of purpose. As a result, participants become more psychologically adaptable and emotionally resilient.

Although compassion-focused therapy demonstrated slightly higher posttest means compared with logotherapy, the difference between the two interventions was not statistically significant. This finding suggests that both therapeutic approaches are similarly effective in enhancing psychological well-being among older adults, despite operating through different psychological mechanisms. Compassion-focused therapy primarily targets emotional processes and self-related cognitions, whereas logotherapy addresses existential dimensions of human experience.

Overall, the findings emphasize the importance of integrating psychological interventions into elderly care programs. Psychological well-being in older adults cannot be maintained solely through physical healthcare services; emotional, social, and existential dimensions must also be considered. Group-based therapeutic interventions may provide older adults with opportunities for emotional support, social connection, meaning reconstruction, and psychological growth. Therefore, implementing compassion-focused and meaning-centered therapeutic programs in elderly care centers may contribute substantially to improving quality of life, reducing emotional distress, and promoting successful aging among older populations.



## مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت با معادرمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان

مرتضی حق شناس<sup>۱</sup>، حسین مهدیان<sup>۲</sup>، سید حمید نبوی<sup>۳</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران  
۲. استادیار سالمندشناسی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: [mahdian\\_hossein@iau.ac.ir](mailto:mahdian_hossein@iau.ac.ir)

### اطلاعات مقاله

### چکیده

### نوع مقاله

پژوهشی اصیل

### نحوه استناد به این مقاله:

حق شناس، مرتضی، مهدیان، حسین، و نبوی، سید حمید. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت با معادرمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*. ۵(۴)، ۱۶-۱.



© ۱۴۰۵ 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.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معادرمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مرد بالای ۶۵ سال تحت پوشش مراکز روزانه سازمان بهزیستی شهر بجنورد بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل سالمندان مرد بالای ۶۵ سال مراکز روزانه تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر بجنورد بود که از میان آنان ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت، معادرمانی گروهی و گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف بود. گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل گیلبرت اجرا شد و معادرمانی گروهی نیز در ۱۰ جلسه یک‌ساعته مبتنی بر رویکرد فرانکل انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس، تحلیل کوواریانس، آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین سه گروه از نظر بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=0.012$  و  $F=4.923$ ). هر دو مداخله درمانی نسبت به گروه کنترل موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی سالمندان شدند. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد میانگین تعدیل شده بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان مبتنی بر شفقت به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود ( $P=0.012$ ) و معادرمانی گروهی نیز نسبت به گروه کنترل تفاوت معنادار داشت ( $P=0.032$ ). با این حال، تفاوت میان دو گروه درمانی مبتنی بر شفقت و معادرمانی از نظر آماری معنادار نبود ( $P=1.00$ ). همچنین اندازه اثر گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت برابر با ۲۹ درصد و معادرمانی گروهی برابر با ۱۸.۱ درصد گزارش شد که نشان‌دهنده اثربخشی مطلوب هر دو مداخله بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت و معادرمانی گروهی می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مورد استفاده قرار گیرند. هرچند هر دو درمان اثربخشی معناداری داشتند، گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت از نظر میزان تأثیرگذاری عملکرد مطلوب‌تری نشان داد.

**کلیدواژگان:** گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت، معادرمانی گروهی، بهزیستی روان‌شناختی، سالمندان، سلامت روان



## مقدمه

سالمندی یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی قرن حاضر محسوب می‌شود که پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های اجتماعی، روان‌شناختی، اقتصادی و سلامت عمومی به همراه داشته است. افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ زاد و ولد موجب شده است که نسبت سالمندان در بسیاری از کشورها به طور چشمگیری افزایش یابد و این موضوع، توجه پژوهشگران و سیاست‌گذاران را به نیازهای جسمانی و روانی این قشر معطوف کرده است (Seeman & Adler, 1998). سالمندان در کنار تغییرات زیستی و جسمانی، با چالش‌های متعددی نظیر کاهش عملکرد شناختی، افت توان جسمانی، از دست دادن همسر یا دوستان، انزوای اجتماعی، احساس تنهایی و کاهش تعاملات اجتماعی مواجه می‌شوند که می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (Heine & Browning, 2014; Taherkhani et al., 2021). در سال‌های اخیر، پژوهش‌های گسترده‌ای نشان داده‌اند که توجه صرف به سلامت جسمانی سالمندان کافی نیست و سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی آنان نیز باید به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی سالمندی موفق مورد توجه قرار گیرد (Jaghtaei et al., 2023). در واقع، سالمندی موفق تنها به معنای افزایش طول عمر نیست، بلکه برخورداری از احساس رضایت، معنا، استقلال، تعامل مثبت با دیگران و سلامت روانی نیز از ارکان اصلی آن به شمار می‌رود (Ryff, 2018).

بهزیستی روان‌شناختی یکی از مفاهیم اساسی در روان‌شناسی مثبت‌گرا است که به ارزیابی فرد از کیفیت زندگی، احساس رضایت، رشد فردی و توانایی مقابله با چالش‌های زندگی اشاره دارد (Ryff, 2018). ریف بهزیستی روان‌شناختی را متشکل از ابعادی نظیر پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی می‌داند که هر یک در سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان نقش مهمی ایفا می‌کنند (Ryff, 2018). سالمندانی که سطح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند، معمولاً از سازگاری بهتر، امید بیشتر، رضایت از زندگی بالاتر و توانایی مؤثرتری در مقابله با استرس‌ها برخوردارند (Rahimipour & Eshagh, 2014). در مقابل، کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند با افسردگی، اضطراب، احساس پوچی، انزوای اجتماعی و افت کیفیت زندگی همراه باشد (Jaghtaei et al., 2023). از این رو، شناسایی مداخلات مؤثر برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، به یکی از دغدغه‌های اصلی پژوهشگران حوزه سالمندی تبدیل شده است.

یکی از رویکردهای نوین و مؤثر در ارتقای سلامت روان سالمندان، درمان مبتنی بر شفقت است. این رویکرد که توسط گیلبرت توسعه یافته، بر پرورش نگرش مهربانانه و پذیرنده نسبت به خود و دیگران تأکید دارد و تلاش می‌کند احساس امنیت روانی، همدلی و خودپذیری را در افراد تقویت کند (Gilbert & Procter, 2022). شفقت به خود به معنای برخوردی مهربانانه با خود در هنگام تجربه شکست‌ها، ناکامی‌ها و دردهای روانی است و شامل سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود، درک اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی می‌شود (Neff, 2016). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای شفقت به خود بالا، در مواجهه با مشکلات روانی، انعطاف‌پذیری بیشتری دارند و کمتر دچار افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی می‌شوند (Baker et al., 2019). در سالمندان، شفقت به خود می‌تواند از طریق کاهش خودانتقادی، افزایش احساس ارزشمندی و پذیرش محدودیت‌های ناشی از سالمندی، به ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی کمک کند (Ritchie, 2014). همچنین، درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد احساس امنیت عاطفی و حمایت درونی، زمینه لازم برای مقابله مؤثر با استرس‌ها و بحران‌های دوران سالمندی را فراهم می‌کند (Nouri, 2016).

مطالعات متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را در سالمندان و مراقبان آنان تأیید کرده‌اند. فرخزادیان و میردیکوند نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی سالمندان می‌شود (Farrokhzadian &



(Mirdrikvand, 2017). همچنین توحیدی‌فر و همکاران گزارش کردند که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان را بهبود بخشد (Tohidifar et al., 2021). رزوندی و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش تاب‌آوری و شفقت به خود در پرستاران سالمند شده است (Rezavandi et al., 2025). در مطالعه‌ای دیگر، رضایی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری با تأکید بر شفقت توانسته است احساس تنهایی و خودشفقتی سالمندان را بهبود بخشد (Rezaei et al., 2025). علاوه بر این، پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که شفقت به خود در سالمندان با کاهش اضطراب مرگ و افزایش خودپذیری ارتباط دارد (Kia et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهد که شفقت می‌تواند به عنوان یک منبع روان‌شناختی مهم در دوران سالمندی عمل کند و به سازگاری بهتر افراد با تغییرات و محدودیت‌های این دوره کمک نماید.

در کنار درمان مبتنی بر شفقت، معنادرمانی نیز یکی از رویکردهای مهم و تأثیرگذار در حوزه سلامت روان سالمندان محسوب می‌شود. معنادرمانی که ریشه در نظریه فرانکل دارد، بر این اصل استوار است که انسان در هر شرایطی می‌تواند برای زندگی خود معنا بیابد و همین معنا، مهم‌ترین عامل مقابله با رنج‌ها و بحران‌های زندگی است (Prochaska et al., 2016). فرانکل معتقد بود که فقدان معنا و هدف در زندگی، زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی، ناامیدی و احساس پوچی است و دستیابی به معنا می‌تواند موجب ارتقای سلامت روان و افزایش رضایت از زندگی شود (Prochaska et al., 2016). سالمندان به دلیل تجربه بازنشستگی، کاهش نقش‌های اجتماعی، از دست دادن عزیزان و مواجهه با محدودیت‌های جسمانی، بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض احساس بی‌معنایی قرار دارند؛ از این رو، معنادرمانی می‌تواند نقش مهمی در بازسازی امید، هدفمندی و احساس ارزشمندی در آنان داشته باشد (Pargament, 2024).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر معنا در سالمندان، تأثیر مثبتی بر سلامت روان و کیفیت زندگی آنان دارد. نصیری و جوکار نشان دادند که معنا در زندگی با امید، رضایت از زندگی و سلامت روان رابطه مثبت دارد (Nasiri & Jokar, 2008). همچنین اصغری و همکاران گزارش کردند که معنادرمانی گروهی توانسته است افسردگی سالمندان را کاهش دهد و به عنوان یک روش توانبخشی مؤثر عمل کند (Asghari et al., 2012). کاویانی و رحیمی نیز نشان دادند که مداخلات مبتنی بر معنا موجب کاهش افسردگی و افزایش سازگاری روانی می‌شود (Kaviani & Rahimi, 2002). در سال‌های اخیر، هیل نیز در یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده گزارش کرد که معنادرمانی گروهی موجب افزایش احساس هدفمندی، امید و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان شده است (Hill, 2023). افزون بر این، پارگامنت در فراتحلیل خود نشان داد که مداخلات معنوی و وجودی در جمعیت سالمندان، اثر قابل توجهی بر کاهش اضطراب و افزایش سلامت روان دارند (Pargament, 2024).

از سوی دیگر، افزایش فشارهای روانی ناشی از مراقبت از سالمندان ناتوان، بیماری‌های مزمن و فرسودگی هیجانی در خانواده‌ها و مراقبان، اهمیت مداخلات مبتنی بر شفقت و معنا را دوچندان کرده است (Yang et al., 2025). پژوهش یانگ و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی و شفقت می‌تواند نقش مهمی در کاهش فرسودگی روانی مراقبان سالمندان ایفا کند (Yang et al., 2025). همچنین صادقی و همکاران نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر موجب کاهش افسردگی، بار مراقبتی و آشفتگی هیجانی می‌شود (Sadeghi et al., 2024). این یافته‌ها بیانگر آن است که رویکردهای مبتنی بر شفقت و معنا نه تنها برای خود سالمندان، بلکه برای اطرافیان و مراقبان آنان نیز مزایای روان‌شناختی قابل توجهی به همراه دارد.

با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنادرمانی، مقایسه مستقیم این دو رویکرد در سالمندان، به‌ویژه در جامعه ایرانی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هر یک از این درمان‌ها از مسیر متفاوتی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارند؛ درمان مبتنی بر شفقت بیشتر بر پذیرش خود، کاهش خودانتقادی و ایجاد احساس امنیت هیجانی تأکید دارد، در حالی که معنادرمانی بر یافتن معنا،



هدف و ارزش در زندگی متمرکز است (Gilbert & Procter, 2022; Pargament, 2024). از این رو، مقایسه اثربخشی این دو رویکرد می‌تواند در انتخاب مداخلات مناسب برای سالمندان و طراحی برنامه‌های روان‌درمانی مؤثر در مراکز سالمندی اهمیت فراوانی داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان انجام شد.

## مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان سالمند بالای ۶۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز روزانه تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر بجنورد بود که تعداد آن‌ها حدود ۱۶۰ نفر برآورد شد. از میان جامعه آماری، تعداد ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق مراجعه به مراکز روزانه سالمندان انتخاب شدند. پس از بررسی معیارهای ورود و خروج، شرکت‌کنندگان به‌صورت کاملاً تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه درمان مبتنی بر شفقت، گروه معنادرمانی و گروه کنترل جایگزین شدند. در پژوهش حاضر، حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد؛ زیرا در روان‌درمانی گروهی، افزایش تعداد اعضای گروه بیش از این میزان ممکن است موجب کاهش کیفیت تعاملات درمانی و پویایی جلسات شود. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن بالاتر از ۶۵ سال، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن نقص عضو شدید، نداشتن اختلالات شناختی حاد، نداشتن سابقه بستری در بخش‌های روان‌پزشکی و تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. همچنین، معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در روند درمان، انصراف از ادامه همکاری و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل ارزیابی بود. علاوه بر این، اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، سطح درآمد، سابقه بیماری، فعالیت بدنی روزانه و مدت حضور در مراکز سالمندان از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد. این مقیاس نخستین بار توسط ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی شد و نسخه اصلی آن شامل ۱۲۰ گویه بود که در سال‌های بعد فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی از آن تهیه شد. در پژوهش حاضر از نسخه ۱۸ سؤالی این مقیاس که توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ بازنگری شده است، استفاده گردید. این ابزار دارای شش مؤلفه اصلی شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌باشد. پاسخ‌دهی به سؤالات بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» صورت می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی هستند. مطالعات متعدد روایی و پایایی مطلوب این مقیاس را گزارش کرده‌اند. دایرونک همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰.۷۷ تا ۰.۹۰ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش زنجانی طبعی، ضریب پایایی کل آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰.۹۴ و ضریب بازآزمایی برابر با ۰.۷۶ گزارش شد. در پژوهش بیانی و همکاران نیز ضرایب هماهنگی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰.۸۶ تا ۰.۹۳ و پایایی بازآزمایی بین ۰.۸۱ تا ۰.۸۶ به دست آمد. علاوه بر این، در پژوهش کاظمیان مقدم، آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰.۸۳ گزارش شد که بیانگر پایایی مناسب ابزار در جمعیت ایرانی است.

مداخله‌های درمانی این پژوهش شامل گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی بود. درمان مبتنی بر شفقت بر اساس پروتکل گیلبرت طراحی شد و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول ۸ هفته متوالی به‌صورت گروهی اجرا گردید. در جلسات ابتدایی، اعضای گروه با ساختار جلسات، قوانین گروهی و مفهوم شفقت آشنا شدند و سپس آموزش‌هایی در زمینه شناخت هیجان‌ها، شفقت نسبت به خود و دیگران، پذیرش بدون قضاوت، همدلی، بخشش، ذهن‌آگاهی، تنفس ریتمیک آرام‌ساز و تصویرسازی ذهنی شفقت‌ورز دریافت کردند. همچنین از تکنیک‌هایی نظیر ایفای نقش، صندلی خالی، نامه‌نویسی شفقت‌آمیز و ثبت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت استفاده شد تا



شرکت‌کنندگان بتوانند مهارت‌های شفقت‌ورزی را در زندگی روزمره خود به کار گیرند. در مقابل، معنادرمانی گروهی بر اساس رویکرد فرانکل و ترجمه صالحیان و میلانی اجرا شد و شامل ۱۰ جلسه یک‌ساعته بود. در این جلسات، موضوعاتی نظیر معنای زندگی، آزادی و مسئولیت‌پذیری، اضطراب وجودی، معنای رنج، ارزش‌های خلاق و تجربی، عشق، امید، خودآگاهی و خود شکوفایی مورد بحث قرار گرفت. شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا از طریق تعامل گروهی، بازنگری در نگرش‌های زندگی و یافتن اهداف معنادار، درک عمیق‌تری از معنا و ارزش زندگی خود به دست آورند. در پایان جلسات هر دو گروه درمانی، پس‌آزمون برای ارزیابی تغییرات بهزیستی روان‌شناختی اجرا شد.

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی، شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش محاسبه گردید و نتایج در قالب جداول و نمودارها ارائه شد. در بخش استنباطی، ابتدا به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. سپس به‌منظور مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون مجذور کای استفاده گردید. برای بررسی اثربخشی مداخلات درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، از تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و به‌منظور مقایسه زوجی بین گروه‌ها، آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۵ مرد سالمند بالای ۶۵ سال در سه گروه گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت، معنادرمانی گروهی و کنترل قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان مبتنی بر شفقت برابر با  $76.13 \pm 7.90$ ، در گروه معنادرمانی برابر با  $79.80 \pm 6.90$  و در گروه کنترل برابر با  $75.80 \pm 7.80$  بود. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که تفاوت میانگین سن در سه گروه از نظر آماری معنادار نبود ( $F=1.280, P=0.289$ ). همچنین نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که سه گروه از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری نداشتند ( $\chi^2=3.750, P=0.153$ ). از نظر سابقه بیماری نیز اختلاف معناداری میان گروه‌ها مشاهده نشد ( $\chi^2=3.150, P=0.207$ ). بنابراین، گروه‌های پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی اصلی همگن بودند و تفاوت‌های احتمالی در نتایج پس‌آزمون را می‌توان بیشتر به اثر مداخلات درمانی نسبت داد.

## جدول ۱

میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی سالمندان در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت	معنادرمانی گروهی	کنترل
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	$69.73 \pm 4.20$	$68.13 \pm 6.10$	$69.13 \pm 4.80$
بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	$73.60 \pm 2.30$	$72.60 \pm 4.60$	$70.13 \pm 4.20$

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان مبتنی بر شفقت از ۶۹.۷۳ در پیش‌آزمون به ۷۳.۶۰ در پس‌آزمون افزایش یافت. همچنین در گروه معنادرمانی، میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی از ۶۸.۱۳ در پیش‌آزمون به ۷۲.۶۰ در پس‌آزمون رسید. در مقابل، گروه کنترل تغییر اندکی را از ۶۹.۱۳ به ۷۰.۱۳ نشان داد. این الگوی توصیفی بیانگر آن است که هر دو مداخله درمانی موجب افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی سالمندان شده‌اند، اما میزان افزایش در گروه‌های درمانی بیشتر از گروه کنترل بوده است. همچنین



کاهش انحراف معیار در گروه درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد که نمرات اعضای این گروه پس از مداخله همگن‌تر شده است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات بهزیستی روان‌شناختی در بیشتر گروه‌ها از الگوی نرمال پیروی می‌کند و با توجه به ماهیت طرح نیمه‌آزمایشی و حجم برابر گروه‌ها، امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک فراهم بود. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است ( $F=2.071, P=0.139$ )، زیرا سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰.۰۵ بود. بنابراین، واریانس نمرات بهزیستی روان‌شناختی در سه گروه تفاوت معناداری نداشت و شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس فراهم شد.

## جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس اثر گروه بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۲۰.۴۴۵	۱	۲۲۰.۴۴۵	۲۲.۴۷۱	۰.۰۰۰	۰.۱۹۴
بهزیستی روان‌شناختی	گروه	۹۶.۵۹۲	۲	۴۸.۲۹۶	۴.۹۲۳	۰.۰۱۲	۰.۱۹۴

بر اساس نتایج جدول ۲، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان سه گروه در نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی مشاهده شد ( $F=4.923, P=0.012$ ). این یافته نشان می‌دهد که نوع مداخله درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اثر معناداری داشته است. مقدار اندازه اثر برابر با ۰.۱۹۴ بود؛ بنابراین، حدود ۱۹.۴ درصد از واریانس نمرات بهزیستی روان‌شناختی پس از مداخله توسط عضویت گروهی تبیین شده است. بر این اساس، می‌توان گفت گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی در مقایسه با شرایط کنترل توانسته‌اند به‌طور معناداری موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی سالمندان شوند.

## جدول ۳

مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده بهزیستی روان‌شناختی با آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین تعدیل‌شده	P
بهزیستی روان‌شناختی	گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت	کنترل	۳.۴۱۵	۰.۰۱۲
بهزیستی روان‌شناختی	معنادرمانی گروهی	کنترل	۲.۹۸۴	۰.۰۳۲
بهزیستی روان‌شناختی	گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت	معنادرمانی گروهی	۰.۴۳۰	۱.۰۰۰

نتایج جدول ۳ نشان داد که تفاوت میانگین تعدیل‌شده بهزیستی روان‌شناختی بین گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل معنادار بود ( $P=0.012$ )؛ بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نسبت به گروه کنترل شده است. همچنین تفاوت میانگین تعدیل‌شده بین گروه معنادرمانی و گروه کنترل نیز معنادار بود ( $P=0.032$ )، که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار معنادرمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی سالمندان است. با این حال، تفاوت میان گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه معنادرمانی معنادار نبود ( $P=1.000$ ). بنابراین، هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل اثربخش بودند، اما از نظر آماری تفاوت معناداری میان میزان اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی مشاهده نشد.



## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله درمانی موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی سالمندان شده‌اند و در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر قابل توجهی بر ارتقای سلامت روان شرکت‌کنندگان داشته‌اند. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نوع درمان بر نمرات بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اثر معناداری داشته و هر دو رویکرد درمانی توانسته‌اند سطح بهزیستی روان‌شناختی را در مرحله پس‌آزمون افزایش دهند. اگرچه گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت از نظر میانگین نمرات پس‌آزمون عملکرد اندکی بهتر از معنادرمانی گروهی نشان داد، اما تفاوت میان دو گروه درمانی از نظر آماری معنادار نبود. این یافته بیانگر آن است که هر دو مداخله می‌توانند به‌عنوان رویکردهای مؤثر برای ارتقای سلامت روان سالمندان مورد استفاده قرار گیرند.

یافته‌های مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. فرخزادیان و میردریکوند گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی سالمندان می‌شود (Farrokhzadian & Mirdrikvand, 2017). همچنین توحیدی‌فر و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش احساس تنهایی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در سالمندان می‌شود (Tohidifar et al., 2021). این نتایج نشان می‌دهد که شفقت‌ورزی می‌تواند با ایجاد نگرش مهربانانه نسبت به خود، کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش هیجان‌ها، به سالمندان کمک کند تا با چالش‌های روانی دوران سالمندی سازگارتر شوند. از منظر نظری، گیلبرت معتقد است که درمان مبتنی بر شفقت از طریق فعال‌سازی سیستم آرام‌سازی هیجانی و کاهش سیستم تهدید، موجب احساس امنیت روانی و آرامش در افراد می‌شود (Gilbert & Procter, 2022). سالمندان به دلیل مواجهه با محدودیت‌های جسمانی، تغییر نقش‌های اجتماعی و نگرانی‌های مرتبط با بیماری و مرگ، بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض فعال شدن سیستم تهدید قرار دارند و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با تقویت احساس ایمنی روانی، از شدت اضطراب و آشفتگی هیجانی آنان بکاهد.

یکی دیگر از تبیین‌های مهم برای اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، نقش آن در افزایش خودشفقتی و خودپذیری است. نف، شفقت به خود را شامل مهربانی با خود، درک اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی می‌داند (Neff, 2016). سالمندانی که توانایی بیشتری در برخورد مهربانانه با خود دارند، کمتر دچار احساس شرم، ناتوانی و خودسرزنشگری می‌شوند و در نتیجه، سلامت روان بهتری را تجربه می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه کیا و همکاران نیز همسو است که نشان دادند شفقت به خود نقش میانجی در رابطه بین اضطراب مرگ و خودپذیری سالمندان دارد (Kia et al., 2025). از آنجا که سالمندی معمولاً با افزایش نگرانی‌های وجودی و اضطراب مرگ همراه است، افزایش شفقت به خود می‌تواند به پذیرش بهتر شرایط زندگی و کاهش تنش‌های روانی کمک کند. همچنین رضایی و همکاران نشان دادند که درمان‌های مبتنی بر شفقت موجب کاهش احساس تنهایی و افزایش شفقت به خود در سالمندان می‌شود (Rezaei et al., 2025). این موضوع حاکی از آن است که شفقت نه تنها بر هیجان‌های فردی، بلکه بر کیفیت ارتباطات اجتماعی سالمندان نیز تأثیرگذار است.

نتایج پژوهش حاضر درباره اثربخشی معنادرمانی گروهی نیز با یافته‌های مطالعات پیشین همخوانی دارد. اصغری و همکاران گزارش کردند که معنادرمانی گروهی به‌عنوان یک روش توانبخشی، توانسته است افسردگی سالمندان را کاهش دهد (Asghari et al., 2012). همچنین نصیری و جوکار نشان دادند که معنا در زندگی با امید، رضایت از زندگی و سلامت روان رابطه مثبت دارد (Nasiri & Jokar, 2008). بر اساس نظریه فرانکل، انسان زمانی می‌تواند با رنج‌ها و دشواری‌های زندگی مقابله کند که برای زندگی خود معنا و هدفی مشخص بیابد (Prochaska et al., 2016). سالمندان به دلیل تجربه بازنشستگی، کاهش مسئولیت‌های اجتماعی و مواجهه با فقدان‌ها، ممکن است دچار احساس پوچی و



بی‌هدفی شوند؛ از این رو، معنادرمانی می‌تواند با بازسازی احساس معنا، امید و هدفمندی، سطح بهزیستی روان‌شناختی آنان را افزایش دهد. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه هیل نیز همسو است که نشان داد معنادرمانی گروهی موجب افزایش هدفمندی و رضایت از زندگی سالمندان می‌شود (Hill, 2023).

تأثیر معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان از منظر وجودی نیز تبیین کرد. سالمندان در این مرحله از زندگی با پرسش‌هایی درباره معنای حیات، ارزش زندگی، مرگ و تنهایی مواجه می‌شوند و در صورتی که نتوانند پاسخی معنادار برای این دغدغه‌ها بیابند، ممکن است دچار اضطراب وجودی شوند. پارگامنت در فراتحلیل خود نشان داد که مداخلات معنوی و وجودی می‌توانند اضطراب و افسردگی سالمندان را کاهش داده و سلامت روان آنان را بهبود بخشند (Pargament, 2024). معنادرمانی از طریق تشویق سالمندان به بازنگری تجربیات زندگی، کشف ارزش‌ها و یافتن معنا در رنج‌ها، به آنان کمک می‌کند تا نگرش مثبت‌تری نسبت به زندگی و آینده داشته باشند. علاوه بر این، رحیمی‌پور و اسحاق نشان دادند که هوش معنوی نقش واسطه‌ای در رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی سالمندان دارد (Rahimipour & Eshagh, 2014). این یافته‌ها بیانگر آن است که عوامل معنوی و وجودی می‌توانند نقش مهمی در سازگاری روانی سالمندان ایفا کنند.

با وجود اثربخشی هر دو مداخله، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت از نظر میانگین نمرات پس‌آزمون عملکرد اندکی بهتر از معنادرمانی داشته است؛ هرچند این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. یکی از دلایل احتمالی این موضوع می‌تواند آن باشد که درمان مبتنی بر شفقت به‌صورت مستقیم‌تر بر هیجان‌ها، خودانتقادی و تنظیم هیجانی تمرکز دارد. سالمندان معمولاً با احساساتی نظیر تنهایی، ناامیدی، احساس سربار بودن و نگرانی درباره بیماری و وابستگی مواجه هستند و درمان مبتنی بر شفقت با آموزش مهارت‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، پذیرش، خودمهربانی و همدلی می‌تواند سریع‌تر بر این هیجان‌ها تأثیر بگذارد (Nouri, 2016). در مقابل، معنادرمانی بیشتر بر بازسازی نگرش وجودی و یافتن معنا تمرکز دارد که ممکن است نیازمند زمان بیشتری برای ایجاد تغییرات عمیق روان‌شناختی باشد. با این حال، شباهت اثربخشی دو رویکرد نشان می‌دهد که هر دو درمان توانسته‌اند از مسیرهای متفاوت، سلامت روان سالمندان را بهبود بخشند. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین از دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌گرا قابل تبیین است. ریف معتقد است که بهزیستی روان‌شناختی زمانی حاصل می‌شود که فرد بتواند احساس رشد فردی، هدفمندی، خودپذیری و روابط مثبت را تجربه کند (Ryff, 2018). درمان مبتنی بر شفقت با تقویت خودپذیری و کاهش هیجان‌های منفی، و معنادرمانی با افزایش هدفمندی و معنا در زندگی، هر دو می‌توانند ابعاد مختلف بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا دهند. همچنین جگتایی و همکاران در مرور حیطه‌ای خود تأکید کردند که بهزیستی سالمندان مفهومی چندبعدی است و علاوه بر سلامت جسمانی، عوامل روانی، اجتماعی و معنوی نیز در آن نقش دارند (Jaghtaei et al., 2023). بنابراین، مداخلات چندبعدی مانند شفقت‌درمانی و معنادرمانی می‌توانند در ارتقای سلامت روان سالمندان اثربخش باشند.

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش با مطالعات انجام‌شده در زمینه سلامت روان مراقبان سالمندان نیز همسو است. یانگ و همکاران نشان دادند که شفقت و حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش فرسودگی روانی و افزایش رضایت هیجانی مراقبان سالمندان دارد (Yang et al., 2025). همچنین صادقی و همکاران گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش بار مراقبتی و آشفتگی هیجانی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر شده است (Sadeghi et al., 2024). این یافته‌ها بیانگر آن است که رویکردهای مبتنی بر شفقت و معنا می‌توانند نه تنها برای سالمندان، بلکه برای خانواده‌ها و مراقبان آنان نیز مزایای روان‌شناختی قابل توجهی به همراه داشته باشند.

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و معنادرمانی گروهی می‌توانند به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مورد استفاده قرار گیرند. این نتایج بر اهمیت توجه به ابعاد هیجانی،



معنوی و وجودی در مداخلات مرتبط با سالمندی تأکید دارد و نشان می‌دهد که رویکردهای مبتنی بر پذیرش، شفقت و معنا می‌توانند نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی سالمندان ایفا کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن حجم نمونه و انتخاب شرکت‌کنندگان از مراکز روزانه سالمندان یک شهر اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی و ویژگی‌های شخصیتی شرکت‌کنندگان قرار گیرد. نبود مرحله پیگیری بلندمدت نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود؛ بنابراین، مشخص نیست که آثار درمان‌ها تا چه مدت پس از پایان جلسات پایدار باقی می‌ماند. علاوه بر این، کنترل کامل متغیرهای فردی مانند شرایط اقتصادی، روابط خانوادگی و شدت بیماری‌های جسمانی امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنادرمانی در نمونه‌های بزرگ‌تر و در شهرها و فرهنگ‌های مختلف بررسی شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، اجرای مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری چندماهه می‌تواند پایداری اثرات درمانی را مشخص کند. مقایسه این دو رویکرد با سایر مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی - رفتاری، ذهن‌آگاهی و درمان پذیرش و تعهد نیز می‌تواند به شناسایی مؤثرترین مداخلات برای سالمندان کمک کند. علاوه بر این، بررسی نقش متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی، سبک زندگی و سلامت جسمانی در اثربخشی درمان‌ها می‌تواند درک عمیق‌تری از سازوکارهای تغییر فراهم آورد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز سالمندی، خانه‌های سالمندان و مراکز خدمات روان‌شناختی از مداخلات گروهی مبتنی بر شفقت و معنا برای ارتقای سلامت روان سالمندان استفاده کنند. آموزش مهارت‌های شفقت‌ورزی، خودپذیری، ذهن‌آگاهی و معناجویی می‌تواند به سالمندان در سازگاری بهتر با تغییرات دوران سالمندی کمک کند. همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای خانواده‌ها و مراقبان سالمندان درباره اهمیت حمایت عاطفی، همدلی و توجه به نیازهای روان‌شناختی سالمندان می‌تواند کیفیت زندگی این قشر را بهبود بخشد. طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات گروهی کم‌هزینه در مراکز اجتماعی نیز می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقای سلامت روان و کاهش احساس تنهایی و افسردگی در سالمندان باشد.

## تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازین اخلاقی

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



## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی راییت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- Asghari, N., Aliakbari, M., & Dadkhah, A. (2012). Group Logotherapy as a Rehabilitation Method for Reducing Depression in Elderly Women. *Journal of Disability Studies*, 2(1), 31-38.
- Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. R. (2019). Self-Compassion and Depression, Anxiety, and Resilience in Adults with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 90(3), 154-161.
- Farrokhzadian, A. A., & Mirdrikvand, F. (2017). The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Increasing Psychological Well-Being and Reducing Depression in Older Adults. *Aging Psychology*, 3(4), 293-302.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2022). *Compassion-Focused Therapy: Distinctive Features*. Routledge.
- Heine, C., & Browning, C. J. (2014). Mental Health and Dual Sensory Loss in Older Adults: A Systematic Review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 68-83.
- Hill, P. L. (2023). Meaning-Centered Group Therapy for Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Aging and Health*, 35(4), 215-228.
- Jaghtaei, F., Mohagheghi Kamali, S. H., Basekha, M., Goharnejad, S., Saniei, N., Rafiei, H., & Delbari, A. (2023). Dimensions, Indicators, and Components of Well-Being in Older Adults: A Scoping Review. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 19(4).
- Kaviani, H., & Rahimi, P. (2002). Problem Solving in Depressed Patients Who Attempted Suicide. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 7(4), 25-30.
- Kia, B., Tizdast, T., & Eslahi Farshami, F. (2025). The Structural Model of Death Anxiety and Self-Acceptance Based on Differentiation with the Mediating Role of Self-Compassion in the Elderly. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 6(5), 1-12. <https://journals.kmanpub.com/index.php/aftj/article/view/4120>
- Nasiri, H., & Jokar, B. (2008). Meaningfulness of Life, Hope, Life Satisfaction, and Mental Health in Women: A Group of Employed Cultural Women. *Women's Research Journal*, 6(2), 157-176.
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale Is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Nouri, H. R. (2016). *Compassion and Mindfulness*. Kian Afraz Publications.
- Pargament, K. I. (2024). Spiritual and Existential Interventions in Aging Populations: A Meta-Analytic Review. *Psychology and Aging*, 39(1), 45-60.
- Prochaska, J., Norcross, J., & SeyedMohammadi, Y. (2016). *Theories of Psychotherapy: An Interdisciplinary Analysis* (56 ed.). Ravan.
- Rahimipour, M., & Eshagh, K. (2014). The Mediating Role of Spiritual Intelligence in Psychological Well-Being and Life Satisfaction Among Older Adults in Mehriz County, Yazd. *Rehabilitation Medicine*, 3(3), 72-81.
- 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>
- Ritchie, J. E. (2014). *Self-Compassion for Women in Later Midlife: A Feminist Approach to Conscious Aging* [Doctoral dissertation, Saybrook University].
- Ryff, C. D. (2018). Well-Being with Soul: Science in Pursuit of Human Potential. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 242-248.
- 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>
- Seeman, T. E., & Adler, N. (1998). Older Americans: Who Will They Be? *National Forum*, 78(2), 22-26.
- Taherkhani, M., Mohammadi, F., Rashvand, F., & Matlabi, S. A. (2021). Predictors of Caregiver Burden in 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.
- 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>