

Research Paper



The Effectiveness of Self-Compassion-Based Intervention on Midlife Identity Crisis and Death Anxiety



Roya Shafizadeh¹, Azadeh Choobforuoshzadeh^{2*}, Azra Mohammad panah³, Elahe Shirovi⁴

1. M.A. in family Consulting, Departement of Humanities and social sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.
2. Associate Professor, Departement of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.
3. Associate Professor, Departement of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.
4. M.A. of School Counseling, Departement of Humanities and social sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17337

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17337.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Self- Compassion,
Identity Crisis, Death
Anxiety, Middle age

Received: 2023/01/01
Accepted: 2023/01/21
Available: 2024/02/20

ABSTRACT

The aim of the present study was to determine the effectiveness of Self-compassion-based intervention on middle-aged identity crisis and death anxiety among middle-aged people in Isfahan city. The research was conducted as a semi-experimental type using a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population consisted of 650 retired welfare women of Isfahan city in 2020 and the age group of 40 to 60 years, of which 30 people including two groups of 15 people were selected for the test and control groups by voluntary sampling method. Tow find Rajaei et al.'s midlife identity crisis questionnaire (1387) and Templer's death anxiety questionnaire (1970) were used to collect information. First, the midlife identity crisis and death anxiety questionnaires were administered to the groups under the same conditions. Then, an 8-session Self-compassion-based intervention course based on Gilbert's (2009) compassionate therapy theory was conducted on the experimental group, while the control group did not receive any training, and after completing the post-test training sessions, mid-life identity crisis and death anxiety from two The group came into action. Data were analyzed using analysis of covariance test. The results showed that self-compassion in the experimental group caused a significant reduction in middle-aged identity crisis and death anxiety. It can be concluded that Self-compassion-based intervention reduces the identity crisis in middle-aged people and helps people achieve a successful identity and reduce death anxiety.



* Corresponding Author: Azadeh Choobforuoshzadeh

E-mail: Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر بحران هویت میانسالی و اضطراب مرگ میانسالان



رویا شفیعی زاده^۱، آزاده چوب‌فروش‌زاده^{۲*}، عذرا محمدپناه اردکان^۳، الهه شیروی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۴. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17337

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17337.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

شفقت به خود، بحران هویت، اضطراب مرگ، میانسالان

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر بحران هویت میانسالی و اضطراب مرگ میانسالان شهر اصفهان بود. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل ۶۵۰ زن بازنشسته سازمان بهزیستی شهر اصفهان در رده سنی ۴۰ تا ۶۰ سال در سال ۱۳۹۹ بودند که تعداد ۳۰ نفر شامل دو گروه ۱۵ نفره جهت گروه‌های آزمایش و گواه به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه بحران هویت میانسالی رجائی و همکاران (۱۳۸۷) و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) استفاده شد. ابتدا پرسشنامه‌های بحران هویت میانسالی و اضطراب مرگ با شرایط یکسان بر روی گروه‌ها انجام شد. سپس یک دوره آموزش ۸ جلسه‌ای مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر اساس رویکرد شفقت درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) بر روی گروه آزمایش انجام گرفت در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند و پس از اتمام جلسات آموزش پس آزمون بحران هویت میانسالی و اضطراب مرگ از دو گروه به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داده که مداخله مبتنی بر شفقت در گروه آزمایش کاهش معناداری در بحران هویت میانسالی و اضطراب مرگ به وجود آورده است. می‌توان نتیجه‌گیری کرد مداخله مبتنی بر شفقت به خود باعث کاهش بحران هویت در میانسالان و رسیدن افراد به یک هویت موفق و کاهش اضطراب مرگ می‌گردد.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۱۰/۱۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱

منتشر شده: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: آزاده چوب‌فروش‌زاده

رایانامه: Azadechoobfroush@ardakan.ac.ir

مقدمه

روان شناسان دوره های اصلی تحول انسان را شامل پیش از تولد، نوباوگی و نوپایی، اوایل کودکی، اواسط کودکی، نوجوانی، اوایل بزرگسالی و جوانی، میانسالی و اواخر بزرگسالی و پیری می دانند. میانسالی^۱ به منزله مرحله ای از رشد روان شناختی در گستره زندگی و دوره ای انتقالی تعریف شده است که تغییرات زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی را در بر می گیرد (فدر و همکاران^۲، ۲۰۱۹). این دوره سنی عموماً در اواخر دهه ۳۰ یا آغاز دهه ۴۰ روی می دهد، اما مرز دقیق برای این مرحله از زندگی وجود ندارد. سن تقویمی معیار دقیقی برای میانسالی نیست، زیرا این مرحله را به واسطه حوادث تحولی و تکلیف می توان شناسایی کرد (علیشاه و بدیعی، ۱۳۹۸). این دوره حاکی از تغییر جهت گیری بیرونی بسوی یک جهت گیری درونی یعنی جستجو برای معنی بخشیدن به درون است (یونگ، ۱۹۶۶؛ به نقل از براک و گرانندی^۳، ۲۰۲۰). این بازگشت به درون ممکن است باعث بی قراری، تردید در اهداف زندگی خویش و از دست دادن موقتی لنگرگاه خویش شود (لطف آبادی، ۱۳۹۳). میانسالی می تواند اوج زندگی بشر باشد، مشروط به اینکه سلامت روان در این دوره دوام و گسترش یابد. سلامت روان در این دوره از حیات به علت تغییرات فراوان بیولوژیکی، فیزیکی، روانی و اجتماعی، مشکلات و پیامدهای این تغییرات آسیب پذیر می باشد (گراسی و همکاران^۴، ۲۰۲۰). روانشناسی مرضی تحولی، همواره تمرکز زیادی بر درک عوامل خطر ساز در پدیدآیی اختلال هایی همچون اضطراب، افسردگی و عدم سلامت روان داشته است و این اختلالات را شایع ترین مشکلات بالینی دوران میانسالی می داند (جاکوبسن و همکاران، ۲۰۱۲). علیرغم وجود دیدگاه هایی که از گذشته نگرش متعالی به دوره میانسالی داشته اند، امروزه میانسالی به طور وسیعی با اضطراب و استرس مرتبط است و دوره ای بحرانی محسوب می شود (کوون و همکاران^۵، ۲۰۱۸). هر چند این بحران پدیده ای معمولی و عادی در میانسالی نیست، اما مطمئناً برخی از افراد ممکن است در میانسالی دچار بحران شوند، به همین علت دوره میانسالی مرحله ای خاص از زندگی تلقی می شود (لاچمن و همکاران^۶، ۲۰۱۵). بحران هویت میانسالی را می توان نقطه عطفی در زندگی تلقی کرد که حاصل آن دستیابی به بینشی جدید درباره خویشتن یا اصلاحاتی در برنامه و سیر زندگی است (آلوسون و اسپایسر^۷، ۲۰۱۹). این بازنگری ممکن است سبب تأسف فرد به خاطر دست نیافتن به آرزوهایش، یا دستیابی وی به آگاهی دقیق تری از زمان بندی اجتماعی شود. فرد متوجه این نکته می شود که مهلت رشد و تحول رو به پایان است یا دیگر زمان چندانی برای بچه دار شدن یا پیدا کردن همسری مناسب باقی نمانده است (جاکوبسن^۸، ۲۰۲۰). این حالت معمولاً بازتاب هایی از شیوه ای که شخص زندگی اش را تا کنون بدان شیوه گذرانده است را شامل

می شود و معمولاً با این احساسی که به اندازه کافی زندگی وی به سامان نرسیده و نتایج قابل توجهی از آن حاصل نگردیده، همراه است (لویسون^۹، ۱۹۹۶؛ سادوک و سادوک^{۱۰}، ۲۰۱۱). فرد در این حالت ممکن است نسبت به زندگی، پیشه یا شریک زندگی خود احساس ملالت نماید و برای ایجاد تغییر در این موارد، میلی قوی را حس کند (جانسون^{۱۱}، ۲۰۰۶). بر اساس نظریه شناختی-هیجانی-مذهبی، انسان ها به دنبال پاسخ به سوال های اساسی در زندگی خود هستند. این که من چه کسی هستم؟ از کجا آمده ام؟ به کجا می روم؟ و بسیاری از سوال های وجودی و هستی شناسانه دیگر که به دنبال یافتن معنای زندگی اند و چنانچه نتوانند پاسخ مناسبی برای سوالات خود بیابند، دچار بحران هویت خواهند شد (رجائی و همکاران، ۱۳۸۸).

افرادی که به یک هویت موفق دست پیدا نمی کنند، ناامید شده و فکر می کنند که هرگز به اهداف زندگی خود دست پیدا نخواهند کرد همچنین احساس می کنند که زندگی ناعادلانه است و از مرگ می ترسند (گودکیس و لاول^{۱۲}، ۲۰۱۷). بسیاری از تغییراتی که میانسالان با آن مواجه می شوند مانند؛ مرگ دوستان و عزیزان، انزوا و مشکلات سلامتی می تواند باعث ایجاد اضطراب و افسردگی در آن ها شود. که این مسئله می تواند بر سلامت روانی، جسمانی و حافظه آن ها اثر گذاشته و باعث کاهش آن شود و در نتیجه مانع لذت بردن از زندگی شان گردد (آلوسون و اسپایسر^{۱۳}، ۲۰۱۹). اضطراب^{۱۴} نیز یکی از عمده مسائل و مشکلاتی است که در بین میانسالان به وفور دیده می شود. اضطراب، واکنشی است در برابر خطری نامعلوم و مبهم و منشأ آن، ناخودآگاه و غیر قابل مهار است که عوامل متعددی آن را ایجاد می کنند. در این میان، انواع خاصی از اضطراب، بر اساس منشأ آن شناخته و نامگذاری شده اند که اضطراب مرگ یکی از مهم ترین آن ها است. اضطراب مرگ، شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (نیمایر و ون برانت^{۱۵}، ۲۰۱۸). این اضطراب نوعی از اضطراب است که انسان ها در زمان حیات آن را تجربه می کنند و می تواند سلامتی فردی، مخصوصاً کارکرد سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین اضطراب مرگ بر شخصیت و سلامت روان تأثیر گذاشته و ممکن است به بحران های وجودی از جمله بحران هویت کمک کند. با این حال اگر افراد از خود و زندگی درک درستی داشته باشند، ممکن است اضطراب مرگ در آن ها کاهش بیابد (نیا و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۴). اگر افراد به این درک برسند که اضطراب مرگ یک پدیده جهان شمول است که همه انسان ها زمانی با آن مواجه خواهند شد، بهتر می توانند بر ترس و اضطراب ناشی از آن غلبه کنند. باورهای سالم سبب تحقق هدف ها و خلق راه حل های جدید برای مشکلات می گردد؛ ولی باورهای ناسالم تضعیف و درگیر شدن با عواطف ناسالم شده و ممانعت فرد از حرکت را موجب می شود (روویرا^{۱۷}،

1. Middle age
2. Feder, Fred-Torres, Southwick & Charney
3. Burke & Grandey
4. Grassi, Caruso, Da Ronch, Härter, Schulz, Volkert, ... & Nanni
5. Kwon, Kim, Lee & Park
6. Lachman, Teshale & Agrigoroaei
7. Alvesson & Spicer
8. Jackson

9. Levinson
10. Sadok & Saduk
11. Johnson
12. Goodcase & Love
13. Anxiety
14. Neimeyer & Van Brunt
15. Nia, Ebadi, Lehto, Mousavi, Peyrovi & Chan
16. Rovira

کنترل چالش‌های زندگی در دوره میانسالی می‌تواند پیامد بلندمدتی بر روی سلامتی (درولیز و همکاران^۱، ۲۰۱۷) و حتی خطر مرگ (نیمایر و ون برانت، ۲۰۱۸) داشته باشد. همچنین شادکامی و رفاه خانواده تا حد زیادی به توانایی افراد در زندگی میانسالی برای ایفای نقش‌هایی همچون فرزندپروری و پرستاری و مراقبت از والدین بستگی دارد (جاکوبسن، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه مسایل و مشکلات متعدد در دوره میانسالی موجب بحرانی شدن این مرحله از زندگی و به خطر افتادن سلامت روان این افراد می‌گردد (ساین و ساین، ۲۰۰۶) و در نظر گرفتن این که زنان بیش از مردان مبتلا به اختلالات روانی هستند و میانسالان بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض ابتلا به اختلالات روانی می‌باشند (هادوی و همکاران، ۲۰۰۶). تغییر سهم گروه‌های مختلف سنی در جامعه و تغییر آهنگ رشدی جمعیت به سمت سالخوردگی و توجه به این مهم که شمار جمعیت میانسال در سال‌های آتی افزایش چشمگیری خواهد داشت، ضرورت انجام پژوهش‌هایی در جهت افزایش سلامت روان این گروه را مطرح می‌سازد. با این حال در کشور ایران در زمینه‌ی مداخلات درمانی و آموزشی به منظور بهبود سلامت روانشناختی افرادی که بحران میانسالی را تجربه می‌کنند، تلاش‌های معدودی انجام شده و به ثبت رسیده است. با توجه به مطالب ذکر شده، در پژوهش حاضر این سوال مطرح می‌شود که آیا مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر بحران هویت میانسالی و اضطراب مرگ میانسالان تأثیر دارد؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل زنان بازنشسته سازمان بهزیستی استان اصفهان در سال ۱۳۹۹ است که شامل ۶۵۰ نفر بودند که از این میان به شیوه داوطلبانه ۳۰ نفر از افرادی که ملاک ورود به پژوهش را داشتند از جمله داشتن سلامت جسمی و روانی، داشتن حداقل سطح سواد و قرار داشتن در بازه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال، انتخاب و به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) واگذار شدند. اطلاعات جمعیت شناختی مورد بررسی در این افراد شامل سن، سطح تحصیلات و جنسیت بود.

ابزار

پرسشنامه بحران هویت میانسالی (ICQ): این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ توسط رجایی، بیاضی و حبیبی پور تهیه و تدوین گردیده است و شامل ۵۰ سؤال بر اساس نظریه درمان شناختی هیجانی - دینی (RCET) تدوین گردیده است. پرسشنامه بحران هویت شامل ده مولفه است که عبارتند از: بی هدفی، پوچی، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، بی ارزشی، نارضایتی از زندگی، اضطراب، غمگینی، پرخاشگری و عصبانیت. روایی این پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این زمینه مورد تأیید قرار گرفته است. برای

۲۰۱۷). به همین خاطر روانشناسان به مفهوم سازی‌های جایگزین برای معرفی نگرش و ارتباط سالم با خود در راستای پیشگیری مشکلات سلامت روان اقدام کردند. که یکی از مفاهیم مهم، مفهوم خود شفقتی^۱ است. شفقت به خود یک مفهوم ذهنی است که مظهر بهزیستی و نگرش سالم نسبت به خود است. افراد، هیجان‌های منفی را همانند غم، ناراحتی، دلزدگی و شکست در زندگی‌شان، تجربه می‌کنند. به منظور مقابله با چنین هیجان‌های منفی، آن‌ها نیازمند تسکین دادن و مرتفع ساختن مشکلات و نیازمند غلبه بر هیجان‌های منفی، بدون هرگونه آسیب روان شناختی جانبی دیگر هستند. این افراد باید شفقت به خودشان را در برخورد با هیجان‌های منفی افزایش دهند (نف^۲، ۲۰۲۲). خودشفقتی باعث می‌شود افراد چشم انداز گسترده‌ای نسبت به مشکلات خود داشته باشند، چالش‌های زندگی و شکست‌های فردی را به عنوان بخشی از زندگی خود در نظر بگیرند، در هنگام درد و رنج به جای احساس انزوا بیش از پیش با دیگران رابطه برقرار کنند و به جای سرکوب کردن، قضاوت کردن و اجتناب، از افکار، هیجانات و احساسات آگاه باشند (گیلبرت^۳، ۲۰۰۹). این عوامل به افراد کمک می‌کند که ذهنی گشوده‌تر داشته باشند، توانایی بیشتری برای تغییر دادن شناخت‌ها و پاسخ‌های رفتاری مناسب با شرایط کسب نمایند و راهبردهای مقابله‌ای موثرتری به کار ببرند که این امر باعث می‌شود که حالات هیجانی ناسازگار مانند اضطراب، افسردگی و استرس کاهش یابد و بهزیستی هیجانی بهبود یابد (بیر و الیس^۴، ۲۰۱۹). شفقت به خود شامل سه جزء اساسی است: الف) نگرش مهربانانه و درک خود و عدم انتقاد از خود ب) درک تجارب خود به عنوان احساسات مشترک بشری ج) آگاهی از تجارب دردناک و عدم تسلیم در برابر شرایط سخت (نف، ۲۰۲۲). شفقت به خود مستلزم وجود یک رویکرد متعادل نسبت به تجربیات منفی است تا احساسات دردناک را بپذیرد و نه این که آن‌ها را سرکوب کند. این احساسات بر اساس ارزیابی عملکرد خود و مقایسه آن با دیگران به دست نمی‌آید؛ بلکه آن‌ها از طریق شناخت ترس‌های طبیعی انسان‌ها در شرایط انسانی ناشی می‌شود (لینکلن و همکاران^۵، ۲۰۱۳). خود شفقت ورزی و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود (وارن و همکاران^۶، ۲۰۱۲). اثربخشی این درمان در برخی از آزمایش‌های تصادفی و کنترل شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه و عزت نفس (ایمری و تروپ^۷، ۲۰۱۲)؛ کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (هریوت-میتلند و همکاران^۸، ۲۰۱۴)؛ درمان افسردگی، بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب (رئیس‌ی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش نشانه‌ها و علائم متداول اضطراب، استرس و افسردگی (لوکر و کورتن^۹، ۲۰۱۳) در گروه‌های مختلف نشان داده شده است.

1. Wren, Somers, Melissa, Goetz, Leary, Fras, & et al
2. Imrie & Troop
3. Heriot-Maitland, Vidal, Ball & Irons
4. Lucre & Corten
5. Drewelies, Wagner, Tesch-Römer, Heckhausen & Gerstorf

1. Self_Compassion
2. Neff
3. Gilbert
4. Biber & Ellis
5. Lincoln, Hohenhau & Hartmann

ششم	مدیریت	تشخیص جایگاه عواطف و احساسات، آرام کردن خود
هفتم	احساسات و عواطف	در هنگام بروز تنش
هشتم	تغییر در روابط	تغییر در روابط دریاور، استفاده از تمرین‌های شفقت در برخورد با افراد ناخوشایند
زندگی	قبول و پذیرش	کنار گذاشتن تعصبات منفی و عذاب‌آور

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی پژوهش در این پژوهش، تعداد ۳۰ زن بازنشسته بهزیستی شهر اصفهان در بازه‌ی سنی بین ۴۰ تا ۶۰ بودند. که دو نفر تحصیلات کارشناسی ارشد، دوازده نفر تحصیلات کارشناسی، یازده نفر تحصیلات فوق دیپلم و پنج نفر دیپلم حضور داشتند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای بحران هویت و اضطراب مرگ با توجه به تفکیک آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل محاسبه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون متغیرها به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

گروه آزمایش (تعداد: ۱۵ نفر)		گروه کنترل (تعداد: ۱۵ نفر)			
پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
میان	انحراف	میان	انحراف	میان	انحراف
۱/۷۵	۲۲/۰۲	۱/۷۵	۲۲/۴۸	۱/۴۲	۲۸/۱۱
۳۴	۱۸	۱۷	۱۸	۱۵	۱۸
۸/۶۷	۱/۷۳	۶/۱۷	۲/۰۵	۱/۹۲	۸/۴۲
۱/۷۵	۲۲/۰۲	۱/۷۵	۲۲/۴۸	۱/۴۲	۲۸/۱۱
۳۴	۱۸	۱۷	۱۸	۱۵	۱۸
۸/۶۷	۱/۷۳	۶/۱۷	۲/۰۵	۱/۹۲	۸/۴۲

براساس جدول ۲، میانگین متغیر بحران هویت گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۳۴/۷۵ و در مرحله پس آزمون برابر با ۱۱۸/۷۵ است و در گروه کنترل میانگین این متغیر در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۱۷/۴۲ و در پس آزمون برابر با ۱۱۸/۵۰ است. همچنین میانگین متغیر اضطراب مرگ در گروه کنترل ۸/۶۷ و در مرحله پس آزمون ۶/۱۷ است و در گروه کنترل میانگین اضطراب مرگ در پیش آزمون برابر با ۸/۴۲ و در پس آزمون برابر با ۸/۵۰ است.

برای تحلیل داده‌ها، قبل از بررسی آزمون تحلیل کوواریانس، آنچه باید در نظر گرفته شود، مباحث مربوط به رعایت و بررسی کردن پیش فرض‌های آماری است که در این پژوهش، پیش فرض همگنی واریانس‌ها به وسیله‌ی آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاصل از آزمون نشان داد که مقدار آماره F که نشان‌دهنده‌ی مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل است، در متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست ($p > 0.05$). بنابراین با توجه به این نتیجه که در جدول ۳، ارائه شده است، پیش فرض همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

محاسبه اعتبار این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. برای این منظور پایلوتی بر روی ۴۵ نفر از دانشجویان انجام گردید، که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۹۳۱ بدست آمد که بیانگر پایداری بالای این آزمون می باشد (رجایی، بیاضی و حبیب‌پور، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۸۹ بدست آمد. **آزمون اضطراب مرگ (DAS):** این پرسشنامه توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. این مقیاس، پرسشنامه‌ای خوداجرای متشکل از پانزده سؤال بلی-خیر است. این پرسشنامه توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) به فارسی برگردانده شده است. زیرگروه‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: ۱) اضطراب مرگ صرف، ۲) عامل عمومی، ۳) ترس از درد و جراحی. در این پرسشنامه پاسخ بلی نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا پانزده است و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط نمره ۸) معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا پانزده متغیر است که نمره بالاتر افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ، نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است، ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل به دست آمده‌اند، به این ترتیب ۰/۴۹، ۰/۶۸ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب باز آزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. پایداری پرسشنامه در پژوهش قاسم‌پور و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۶۵ به دست آمده است. در پژوهش رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) برای بررسی روایی، از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجه ۳۴٪ همبستگی را نشان می‌دهد.

پروتکل مداخله مبتنی بر شفقت به خود: درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) در ۸ جلسه تهیه شده است. برای این پژوهش گروه آزمایش مداخله مبتنی بر شفقت طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای مبتنی بر پروتکل درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت را دریافت نمودند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. در جدول ۱ خلاصه جلسات شفقت درمانی آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسه	هدف	تکلیف
اول	درک شفقت به خود	تمرین عبارات شفقت به خود، یافتن نقطه‌ی آرامش‌بخش در بدن
دوم	تمرین ذهن آگاهی	تمرین تنفس، تمرکز بر شیئی براق در هنگام درگیری ذهنی
سوم	تمرین مهربانی و مهرورزی	تکرار و تمرین عبارات مثبت، تمرین تن آرامی
چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خود	به عمل در آوردن عبارات مشفقانه
پنجم	عمیق زندگی کردن	تمرکز بر نقاط قوت خود، تهیه لیستی از توانایی‌ها و امکانات بالقوه

از آنجا که نتایج تحلیل مانکوا حاکی از اثربخشی درمان بر حداقل یکی از عوامل می باشد، لذا جهت بررسی تاثیر درمان بر هریک از متغیرها در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری ارایه می گردد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در مرحله پس آزمون

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۱۵/۷۵۷ ۹۹	۱	۱۳/۱۲۶	۰/۰۱۳	۰/۲۲۷
اضطراب مرگ	۱۱/۲۳۱	۱	۲۹/۴۲۰	۰/۰۰۲	۰/۳۲۳
بحران هویت	۱۱/۳۴۴ ۶۲۲	۱	۹۵/۳۶۲	۰/۰۰۰	۰/۷۵۲
اضطراب مرگ	۴۵/۶۹۲	۱	۳۴/۱۶۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸۸

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده، بین میانگین نمرات بحران هویت (گروه آزمایش و گروه کنترل) در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.05$). بنابراین مداخله‌ی مبتنی بر شفقت‌درمانی موجب بهبود بحران هویت در میانسالان شده است و میزان تاثیر مداخله نیز ۷۵ درصد می باشد. هم چنین میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شفقت درمانی بر کاهش اضطراب مرگ میانسالان نیز موثر است، میزان تاثیر مداخله نیز ۵۹ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شفقت به‌خود بر بحران هویت میانسالی و اضطراب مرگ میانسالان بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر روی بحران هویت میانسالان اثربخش بوده و در کاهش این بحران و رسیدن افراد به یک هویت موفق، عملکرد نسبتاً خوبی داشته است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قربانی و همکاران (۱۳۹۲)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۹)، برنیز و چن (۲۰۱۲) و لاچمن و همکاران (۲۰۱۵)، بیبر و الیس (۲۰۱۹) در زمینه درمان مبتنی بر شفقت انجام داده‌اند همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کسانی که در دوره‌ی میانسالی هستند معمولاً افرادی هستند که در سایر موقعیت‌های زندگی دچار تحولاتی شامل مرگ یا بیماری یکی از نزدیکان، مسئولیت تربیت فرزندان، مشکلات و مسائل اقتصادی خانواده، ازدواج فرزندان، علائم جسمی و نشانه‌های شناختی و جسمی ناشی از کهنوت سن و ... باشند (کوون و همکاران، ۲۰۱۸). شفقت به خود با افزایش بعد رضایت از زندگی (یکی از زیر مقیاس‌های بحران هویت) در افراد همراه است، وقتی رضایت از زندگی فعلی و آینده با هم در نظر گرفته شود، زندگی میانسالی در یک مسیر صعودی قرار می‌گیرد (نف و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی باعث افزایش امید و ایجاد انگیزه برای اهداف آتی در زندگی می‌شود که باعث می‌شود افراد با وجود محدودیت‌ها از سطح فعلی بالاتر رفته و امکان بهبودی در آنان افزایش یابد که این امر بیانگر انعطاف‌پذیری بودن آن‌هاست (بیبر و الیس، ۲۰۱۹). همین انعطاف‌پذیری در سطح رفتاری و یا عصبی عمل کرده و این تصور را به وجود می‌آورد که هنوز هم فرصت

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرها

متغیرها	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	آماره F	سطح معناداری
بحران هویت	۱	۲۸	۰/۵۸۲	۰/۴۵۴
اضطراب مرگ	۱	۲۸	۰/۵۲۱	۰/۴۷۸

براساس نتایج به دست آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف در جدول ۴، سطوح معنی‌داری در همه متغیرهای آزمون‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون بحران هویت و اضطراب مرگ به غیر از یک مورد، بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. در نتیجه می‌توان پذیرفت که توزیع متغیرها، نرمال می‌باشد، بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش

نوع آزمون	متغیرهای مورد بررسی	نوع آزمون	مقدار P (دو دانه)	آزمون Z کولموگروف اسمیرنوف
پیش آزمون	بحران هویت	گروه آزمایش	۰/۰۴۷	۰/۲۵۳
		گروه گواه	۰/۲۰۰	۰/۱۲۹
	اضطراب مرگ	گروه آزمایش	۰/۱۹۶	۰/۲۰۹
		گروه گواه	۰/۲۰۰	۰/۱۷۶
پس آزمون	بحران هویت	گروه آزمایش	۰/۲۰۰	۰/۱۳۳
		گروه گواه	۰/۲۰۰	۰/۱۴۳
	اضطراب مرگ	گروه آزمایش	۰/۱۸۶	۰/۲۱۱
		گروه گواه	۰/۲۰۰	۰/۱۷۱

با توجه به این که مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است و می‌توان از این آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر درمان مبتنی بر بحران هویت و اضطراب مرگ در مرحله پس آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل مانکوا متغیرهای بحران هویت و اضطراب مرگ در مرحله پس آزمون

آزمون	ارزش F	درجه فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلای	۲۲/۵۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸
لامبدای ویلکز	۲۲/۵۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸
اثر هتلینگ	۲۲/۵۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸
بزرگترین ریشه روی	۲۲/۵۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از ابعاد اندازه گیری شده تفاوت معنادار وجود دارد ($P = 0.000$). میزان آماره F برابر با ۲۲/۵۴ و میزان تاثیر ۷۸ درصد بوده است. به عبارت دیگر ۷۸ درصد واریانس نمرات بحران هویت و اضطراب مرگ در دو گروه مربوط به عضویت گروهی یا تاثیر درمان مبتنی بر شفقت می‌باشد.

برای تغییر و پیشرفت وجود دارد و همین باعث می‌شود تا فرد به این نتیجه برسد که می‌توان آسیب‌های جسمی یا روانی مربوط به این دوره را برطرف کرد. برای به حداقل رساندن یا کاهش این آسیب‌ها فرد نیازمند منابع حمایتی و محافظتی است (جاکوبسن، ۲۰۲۰). درمان شفقت با فراهم کردن این منابع به وسیله خود فرد و ایجاد تغییر در افراد به وسیله مؤلفه‌های مهربانی و ذهن آگاهی باعث تغییر در سبک زندگی و رفتار افراد می‌شود که نتیجه‌ی آن کاهش محدودیت‌ها و اثرات مضر عوامل جسمی خواهد بود. مسئله سازگاری با تغییرات دوره میانسانی در درمان شفقت به خود با تقویت مهربانی و خود دلسوزی در افراد و درک این مسئله که مشکلات انسانی پدیده‌ای خاص و مختص به آن‌ها نیست و همه افراد با مشکلاتی کم و بیش مشابه روبرو هستند، موجب می‌شود که این افراد درک بهتری نسبت به خود و زندگی‌شان داشته و در برابر بی‌هدفی ناشی از بحران عملکرد بهتری داشته باشند و در نتیجه به هویت موفق‌تری دست یابند. افراد پس از شرکت در جلسات شفقت به خود و ترغیب به کنار گذاشتن دیدگاه منفی نسبت به خود و زندگی، آگاهی از مشکلات و توانایی‌های خود، گرایش به سمت پذیرش آن‌ها و کسب هویت موفق‌تر، کاهش معناداری را در میزان علائم بحران هویت میانسانی نشان دادند.

یافته بعدی پژوهش نشان داد که پس از شرکت در جلسات شفقت بر خود، نمره اضطراب مرگ افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است. بنابراین درمان شفقت بر خود، موجب کاهش اضطراب مرگ در میانسالان می‌شود. یافته‌ی پژوهش حاضر با نتیجه پژوهش کاواکلی، اوغوز و ترکمن (۲۰۲۰)، یوسفی افراشته و معصومی (۲۰۲۱)، وری، مؤمنی و مرادی (۲۰۱۸) و فروغی و سبزه‌آرا (۱۳۹۸) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت مؤلفه‌های تشکیل دهنده سازه شفقت خود سه عامل دو وجهی هستند. مهربانی با خود در مقابل قضاوت و سرزنش خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و بهشیاری در مقابل فزون همانندسازی. مهربانی با خود به این موضوع اشاره دارد که افراد در مقابل شکست‌هایی که خود منشأ آن هستند و محدودیت‌ها و ضعف‌های خود به جای انتقادات و قضاوت‌های سختگیرانه نسبت به خود، خود را درک کرده و با ملاحظت با خود رفتار کنند (یوسفی افراشته و معصومی، ۲۰۲۱). احساس مشترکات انسانی به این موضوع اشاره دارد که فرد به هنگام مواجهه با کاستی‌های خود به این باور معتقد باشد که سایر انسان‌ها نیز همچون وی محدودیت‌ها و نقص‌هایی دارند و ممکن است در نتیجه همین کاستی‌ها برایشان مشکلات و پیامدهای نامطلوبی رخ دهد و در نهایت بهشیاری به آگاه بودن از محدودیت‌ها، شکست‌ها و کاستی‌های خود بدون ترس، اضطراب، نشخوار فکری و غرق شدن در آن اشاره می‌کند (فروغی و سبزه‌آرا، ۱۳۹۸). با توجه به موارد ذکر شده دور از ذهن نیست که افراد با شفقت خود بالاتر در مواجهه با افکار مرتبط با مرگ و پذیرش این محدودیت با خود به مهربانی و مدارا رفتار کنند، خود را همانند دیگران دانسته و به جای اضطراب و غرق شدن در این افکار با ذهن آگاهی و بهوشی بیشتری به این پدیده بنگرند و در نتیجه اضطراب مرگ کمتری را تجربه کنند.

جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها، و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی پیش می‌آورد که باید در نظر گرفته شوند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه از میانسالانی را شامل می‌شود که از طبقه اجتماعی-اقتصادی متوسط بودند و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. از جمله تک جنسیتی بودن نمونه پژوهش حاضر و محدود بودن جامعه پژوهش به یک شهر خاص و غیرتصادفی بودن شیوه نمونه‌گیری نیز تعمیم نتایج پژوهش را با محدودیت رو به رو می‌کند. همچنین محدودیت دسترسی به نمونه وسیع‌تر باعث شد که پژوهشگر نتواند اثربخشی این روش درمانی را با مداخله‌ای دیگر مورد مقایسه قرار دهد. باید توجه داشت آزمون‌هایی مانند پرسشنامه بحران هویت میانسانی و پرسشنامه اضطراب مرگ، آزمون‌های خودسنجی هستند. در این خودسنجی نگرش‌ها و خصیصه‌های مورد سنجش، بر درک فرد از خود مبتنی است و به عبارت دیگر، ارتباط نزدیکی با «خودپنداره» فرد دارد و در صورتی که خودپنداره فرد منطبق با واقعیت نباشد، این گونه مقیاس‌ها نمی‌توانند به خوبی توانایی‌های واقعی فرد را انعکاس دهند و تنها بیانگر درک فرد از خود هستند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این روش درمانی با دیگر رویکردهای درمان روانشناختی مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد پژوهشگر به محققان آتی که قصد انجام پژوهش در حوزه بهبود سلامت روانشناختی میانسالان را دارند، ارائه مداخله مبتنی بر شفقت به صورت انفرادی (غیر گروهی) برای این افراد می‌باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه عزیزانی که در این پژوهش همکاری داشتند به خصوص کانون بازنشستگان بهزیستی شهر اصفهان، قدردانی نمایند.

منابع

- رجبی، غ. و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوابق مقیاس اضطراب مرگ، *مجله روانشناسی سلامت*. ۲۰: ۲۱۴-۱۹۷
- قربانی، ا. سعادت‌مند، س.، سپهریان آذر، ف.، اسدنی، س. و فیضی پور، م. (۱۳۹۲). رابطه امید، اضطراب مرگ با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه ارومیه. *مجله مطالعات علوم پزشکی*; ۲۴ (۸): ۶۰۷-۶۱۶
- رئیس، ح.، شریفی، ط.، غضنفری، ا. و چرامی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان خودشفقت ورزی و آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی. *تحقیقات علوم رفتاری*; ۱۸ (۴): ۴۹۲-۴۸۱
- رجایی، ع. و بیاضی، م. و حبیبی پور، ح. (۱۳۸۸). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*; ۶ (۲۲): ۹۷-۱۰۷
- علی‌شاه، ع. و بدیعی، م. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی آموزش شفقت به خود بر سطوح خود انتقادی در بحران میانسالی زنان میانسال شهر تهران، *اولین کنفرانس علوم انسانی و توسعه*، دانشگاه پیام نور استان فارس.
- لطف آبادی، حسین. (۱۳۹۳). *روانشناسی رشد (۲) نوجوانی، جوانی و بزرگسالی*. چاپ چهاردهم، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

- Alvesson, M., & Spicer, A. (2019). Neo-institutional theory and organization studies: a mid-life crisis?. *Organization Studies*, 40(2), 199-218.
- 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.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-1143.
- Burke, V., & Grandey, A. A. (2020). "Midlife crisis" on the road to successful workforce aging. *Industrial and Organizational Psychology*, 13(3), 388-394.
- Calvaresi, E., & Bryan, J. (2003). Symptom experience in Australian men and women in midlife. *Maturitas*, 44(3), 225-236.
- Chang, T. Y., & Chueh, K. H. (2011). Relationship between elderly depression and health status in male veterans. *Journal of Nursing Research*, 19(4), 298-304.
- Corsini, R. J. (2014). The dictionary of psychology. Brunner/Mazel: Taylor & Francis Group.
- Drewelies, J., Wagner, J., Tesch-Römer, C., Heckhausen, J., & Gerstorf, D. (2017). Perceived control across the second half of life: The role of physical health and social integration. *Psychology and Aging*, 32(1), 76.
- Feder, A., Fred-Torres, S., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2019). The biology of human resilience: opportunities for enhancing resilience across the life span. *Biological psychiatry*, 86(6), 443-453.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Goodcase, E. T., & Love, H. A. (2017). From despair to integrity: Using narrative therapy for older individuals in Erikson's last stage of identity development. *Clinical Social Work Journal*, 45(4), 354-363.
- Grassi, L., Caruso, R., Da Ronch, C., Härter, M., Schulz, H., Volkert, J... & Nanni, M. G. (2020). Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: Results from the MentDis_ICF65+ study. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-12.
- Hadavi M, Ali Dallaki S, Holagooe M. (2006) Prevalence of depression in women referring to Rafsanjan city health centers. *Iran J Nurs Res*1(2): 55-61. [in Persian]
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Fleeson, W. (2001). Developmental regulation before and after a developmental deadline: The sample case of "biological clock" for childbearing. *Psychology and Aging*, 16(3), 400.
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94.
- Imrie, S., and Troop, N. A. (2012). A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in Day Hospice patients. *Palliative & Supportive Care*, 10(2), 115-122.
- Jackson, M. (2020). Self-help, marriage guidance and the making of the midlife crisis. *Balancing the self*, 250-285.
- Johnson, K. G. (2006). Serials—The constant midlife crisis. *Serials Review*, 32(1), 35-39.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420-429.
- Kavaklı, M., Ak, M., Uğuz, F., & Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 23(Supp: 1), 15-23.
- Kwon, E., Kim, B., Lee, H., & Park, S. (2018). Heterogeneous trajectories of depressive symptoms in late middle age: critical period, accumulation, and social mobility life course perspectives. *Journal of Aging and Health*, 30(7), 1011-1041.
- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International journal of behavioral development*, 39(1), 20-31.
- Levinson, D. (1996). The seasons of a woman's life. New York: Knopf.
- Lincoln, T. M., Hohenhaus, F., & Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 390-402.
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387-400.
- Marks, N. F. (1998). Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 951-966.
- Mion, L. C., Palmer, R. M., Meldon, S. W., Bass, D. M., Singer, M. E., Payne, S. M., ... & Emerman, C. (2003). Case finding and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. *Annals of emergency medicine*, 41(1), 57-68.
- Neff, K. D. (2022). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74.

- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41(4), 908-916.
- Neimeyer, R. A., & Van Brunt, D. (2018). Death anxiety. *Dying: Facing the facts*, 49-88.
- Nia, H. S., Ebadi, A., Lehto, R. H., Mousavi, B., Peyrovi, H., & Chan, Y. H. (2014). Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran-Iraq warfare. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 8(4), 29.
- Rovira, M. (2017) Addiction to Automatic Negative Thoughts: A Perspective from Rational Emotive Behaviour Therapy. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 3(4), 00048.
- Sadok, b. And Saduk, c. (2011). Psychiatric Summary of Behavioral Sciences - Clinical Psychiatry. (Translated by Hassan Rafiei and Khosro Sobhanian). Honorable Tehran.
- Saggino, A., & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of clinical psychology*, 52(3), 329-333.
- Taylor, P., Parker, K., Kochhar, R., Fry, R., Funk, C., & Patten, E. (2017). Young, Underemployed and Optimistic Coming of Age, Slowly, in a Tough Economy. *Washington, DC: Social & Demographic Trends*.
- Taylor, P., Parker, K., Kochhar, R., Fry, R., Funk, C., Patten, E., & Motel, S. (2012). Young, underemployed, and optimistic: Coming of age, slowly, in a tough economy. Washington, DC: Pew Research Center. *Social and Demographic Trends*.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
- Turiano, N. A., Chapman, B. P., Agrigoroaei, S., Infurna, F. J., & Lachman, M. (2014). Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels. *Health psychology*, 33(8), 883.
- Varaee, P., Momeni, K., & Moradi, A. (2018). Self-Compassion, Attitude Towards Religion and Death Anxiety: Predictors of Psychological Well-Being in the Elderly.
- Wren, A., Somers, J., Melissa, A. W., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., & et al (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of selfcompassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43, 759-770.
- Yousefi Afrashteh, M., & Masoumi, S. (2021). Psychological well-being and death anxiety among breast cancer survivors during the Covid-19 pandemic: the mediating role of self-compassion. *BMC Women's Health*, 21(1), 1-8.