CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Relationship between self-compassion and quality of life related to the health of the elderly in the western region of Tehran, 2021

Tahmine Salehi (PhD)[1] , sana Hazratian(Msc) [2] , Mehdi khansari (Msc)[3] , Tayebeh Mahvar(PhD)[4] , Mohammadjavad Veisimiankali(PhD Candidate) [4*]

1. Department of Nursing Management, School of Nursing & Midwifery, Iran, University of Medical Sciences, Tehran. I.R.Iran
2. Nursing Department, Abadan Branch Islamic Azad University, Abadan, I.R.Iran
3. Student Research Committee, Iran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
4. Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, I.R.Iran
5. Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, I.R.Iran

•Corresponding Author: MJ Veisi Miankali (PhD Candidate)
Address : Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
Tel: +98 (83) 38162538. **E-mail: ac.ir mohammadjavad.veisimiankali@iau.ac.irl**

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
Mar 6th 2025

Revised:
May 17th 2025

Accepted:
May 20th 2025

Published online:
Jun 8th 2025

ABSTRACT

Background and Objective: Given the global increase in the elderly population and the importance of improving their quality of life, the aim of this study was to determine the role of self-compassion as a protective factor in enhancing the health and quality of life of the elderly.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 400 elderly residents of an urban area in western Tehran, using continuous sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, the Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF), the Health-Related Quality of Life Questionnaire for the Elderly (SF-36), and the Abbreviated Mental Test (AMT). The data were analyzed using SPSS 22.

Findings: The mean age of the older participants was 66.91 ±3.73 years (60-70 years), with more than half being male. The mean scores for health-related quality of life and self-compassion were 45.79±8.64 and 36.78±4.37, respectively, indicating poor quality of life and moderate self-compassion. The highest mean score for the self-compassion dimension was in the over-identification dimension (7.91±1.60), while the lowest score was in the mindfulness dimension (4.22±1.58). The Pearson correlation analysis revealed that there was a significant and direct relationship between health-related quality of life and self-compassion.

Conclusion: It appears that self-compassion therapy, as an effective psychological intervention, can improve health-related quality of life in the elderly. Mental health professionals and people working in the field of health and hygiene can implement educational and therapeutic programs to improve the health-related quality of life in this population.

Keywords: *Self-compassion, Health-related quality of life, Elderly*

Cite this article: Salehi T. Relationship between self-compassion and quality of life related to the health of the elderly in the western region of Tehran, 2021. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2024; 9 (2): 60-70. DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

Copyright©2025 Caspian Journal of Health and Aging ,published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

سلامت سالمندان منطقه غرب بررسی ارتباط خود شفقت‌ورزی با کیفیت زندگی مرتبط با تهران در سال ۱۴۰۰

تهمینه صالحی (PhD)[۱]، سناء حضرتیان (Msc)[۲]، مهدی خوانساری (Msc)[۳]، طیبه ماهور (PhD)[۴]، محمدجواد ویسی میان‌کلی (PhD Candidate)[۴*]

۱. گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، ایران، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران
۲. گروه پرستاری، واحد بین‌المللی اروند، دانشگاه آزاد اسلامی، آبادان، ایران
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۳/۱۲/۱۶

اصلاح:
۱۴۰۴/۲/۲۷

پذیرش:
۱۴۰۲/۲/۳۰

انتشار:
۱۴۰۴/۳/۱۸

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در سطح جهانی و اهمیت بهبود کیفیت زندگی آنان، هدف این مطالعه تعیین نقش خودشفقت‌ورزی به عنوان یک عامل محافظتی در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بوده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه مقطعی است که بر روی ۴۰۰ سالمند ساکن منطقه شهری واقع در غرب تهران به صورت نمونه گیری مستمر انجام شد. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه خودشفقت‌ورزی (SCS-SF)، پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان (SF-36)، پرسش‌نامه عدم اختلال شناختی (AMT) بودند. داده‌ها پس از جمع آوری با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان برابر با ۳/۷۳ ± ۶۶/۹۱ سال با دامنه ۷۴_۶۰ و بیش از نیمی از سالمندان مرد بودند. میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خودشفقت‌ورزی به ترتیب برابر با ۸/۶۴ ± ۴۵/۷۹ و ۴/۳۷± ۳۶/۷۸ به دست آمد؛ که نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی ضعیف و خودشفقت‌ورزی متوسط است. بیش‌ترین میانگین ابعاد خودشفقت‌ورزی در بعد همانندسازی افراطی (۱/۶۰± ۷/۹۱) و کم‌ترین میانگین در بعد ذهن آگاهی (۱/۵۸± ۴/۲۲) بود. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون نشان داد بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با خودشفقت‌ورزی هم‌بستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان خودشفقت‌ورزی به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در جهت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان توسط متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت، در قالب طرح‌های آموزشی و درمانی، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: *خودشفقت‌ورزی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سالمند*

استناد: تهمینه صالحی، سناء حضرتیان، مهدی خوانساری، طیبه مار ، محمدجواد ویسی میان‌کلی. بررسی ارتباط خود شفقت‌ورزی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان منطقه غرب تهران در سال ۱۴۰۰. مجله سلامت و سالمندخزر ۱۴۰۳۰۳؛ ۹ (۲): ۷۰-۶۰.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه مهدی خوانساری، دانشجوی رشته کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی و طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.1312. دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد.

* مسئول مقاله: محمدجواد ویسی میانکلی

آدرس: کرمانشاه ،دولت آباد ،دانشکده پرستاری و مامایی کرمانشاه . تلفن: ۰۸۳-۳۸۱۶۲۵۳۸ رایانامه: mohammadjavad.veisimiankali@iau.ac.ir

سابقه و هدف

سالمندی، کاهش قوای روانی و جسمی است که در اثر گذشت زمان روی می‌دهد. ۶۰ سالگی به عنوان نقطه شروع سالمندی پذیرفته شده است. سالخوردگی در جمعیت جهان و نیز ایران به سرعت در حال افزایش است. بر اساس سرشماری سال ۲۰۱۶، در ایران ۵/۱۲ میلیون نفر سالمند ۶۰ ساله و بالاتر از ۶۰ سال وجود داردکه معادل ۴/۷٪ جمعیت کل کشور است. براساس پیش‌بینی‌های جمعیتی تا سال ۲۰۵۰ تعداد سالمندان ایران به ۲۸/۷ میلیون نفر افزایش می‌یابد و سهم جمعیتی آن‌ها به ۳۱/۲٪ خواهد رسید (۱).

پدیده سالمندی از دوران اجتناب‌ناپذیر زندگی آدمی می‌باشد و دوران بسیار حساس، از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی می‌باشد (۲). با پیشرفت‌های مداوم در پزشکی و فناوری، مردم در سراسر جهان زندگی طولانی‌تری دارند و آمار سالمندان در جوامع گوناگون رو به افزایش است (۳). در طول سال‌های اخیر به علت افزایش بهبود طبق رفرنس نوشته شده است سطح بهداشتی و امید به زندگی، تعداد افرادی که به سن سالمندی می‌رسند، رو به افزایش است (۴). اگرچه افزایش جمعیت سالمندان، بیان‌گر موفقیت نظام سلامت در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی است، اما این جمعیت بالای سالمندان، دارای مسائل مختلف اجتماعی، اقتصادی، روان–شناختی، فیزیولوژیکی و پاتولوژیکی هستند (۵). سالخوردگی منجر به تغییرات شگرف و عمیقی در جامعه و خرده نظام‌های اجتماعی می‌شود. با افزایش تعداد سالمندان، طولانی شدن عمر و سپری شدن بخش چشمگیری از زندگی افراد در دوران سوم و چهارم زندگی، چالش‌های جدیدی در ارتباط با افزایش مشکلات سالمندان به وجود آمده است (۶).

کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی به معنای ارزیابی ذهنی از وضعیت زندگی و درک فرد از میزان خوب بودن جسمی، ذهنی، هیجانی و اجتماعی زندگی است سلامت و عملکرد خانواده، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، روانی، جنبه‌های هیجانی و معنوی را در بر می‌گیرد بنابراین دانستن عوامل تأثیرپذیر از کیفیت زندگی در دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای می‌باشد کیفیت زندگی را می‌توان به عنوان یک شاخص کلیدی و یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه عمومی در نظر گرفت (۷).

کیفیت زندگی دستاورد مراقبت‌های بهداشتی و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. ازاین‌رو می‌توان گفت که مراقبت‌های بهداشتی، تنها زمانی به عنوان مراقبت شایسته ارزیابی می‌شود که کیفیت زندگی به خوبی کمیت زندگی، در فرد زیر پوشش خدمات، بهبود یافته باشد (۸). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، یک پدیده چند وجهی وسیع است و به عنوان تعامل پویا بین شرایط خارجی زندگی فردی و درک درونی آن شرایط توصیف می‌شود (۹). اگر چه هنوز تعریف مشترکی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دسترس نیست اما پژوهش‌های بسیاری ارتباط کیفیت زندگی با عوامل مختلف جسمی و روانی را نشان داده‌اند و راه‌کارهای مختلفی برای بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد ارائه شده است. تحت تأثیر قرار گرفتن ابعاد مختلف انسانی سالمندان به‌ویژه در کشورهایی از قبیل ایران که ساختارهای اجتماعی و رفاهی توانمندی ندارند، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰).

از طرفی مطالعات مشخص کرده‌اند که سالمندان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری دارند. در مطالعه‌ای که نجاتی و همکاران در سال ۱۳۸۸ با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سالمندان انجام داده بودند مشخص شد سالمندان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت متوسط و در برخی ابعاد پایینی دارند. هم‌چنین سالمندان به‌صورت مخفی دارای علائم افسردگی و اضطراب هستند که علائم آن با سایر سنین متفاوت است و این امر باعث نادیده گرفتن اختلالات روان‌شناختی در سالمندان می‌شود (۱۱). لذا در صورتی که ارتباط مؤثری بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خودشفقت ورزی یافت شود، می‌توان در جهت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان مداخلاتی طراحی کرد.

براساس برخی منابع و شواهد، خود شفقت ورزی می‌تواند سبب افزایش بهزیستی و کاهش زوال حافظه شود، به‌علاوه با هوش هیجانی و کنترل عاطفی به عنوان زیرمجموعه‌های کارکرد اجرایی ارتباط دارد همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند خود شفقت ورزی با حافظه و انعطاف‌پذیری مغزی در بزرگ‌سالان رابطه دارد (۱۲). کارکرد اجرایی به مجموعه‌ای از فرایندهای روان‌شناختی اشاره دارد که تنظیم هیجانی، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی را کنترل می‌کند (۱۳)

برخی پژوهش‌های مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با آن، توجه ویژه‌ای بر خودشفقت‌ورزی دوران سالمندی داشتند که به‌عنوان یک عامل محافظتی برای سلامتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در تعدادی از گروه‌ها شناخته شده است (۱۴). یکی از متغیرهایی که ارتقادهنده رفاه و رضایت از زندگی در سالمندان و سازگاری رفتاری، شناختی و احساسی آنان می‌باشد، خودشفقت‌ورزی است خودشفقت‌ورزی به معنای داشتن نگرش غیرقضاوتی نسبت به کاستی‌ها، نقصان‌ها، شکست‌ها و درد و رنج خود می‌باشد. در این تعریف، فرد نسبت به نقصان‌ها و درد و رنج خود از نگرشی باز برخوردار بوده و به جای اجتناب کردن از آن‌ها سعی در مواجهه‌ی ملاطفت‌آمیز و التیام درد و رنج خویش دارد (۱۵). خودشفقت‌ورزی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

فرایندی است که طی آن افراد دارای توانمندی سازگاری با مشکلات بوده و ذهنیتی دلسوزانه نسبت به خود اتخاذ می‌کنند. خود شفقت‌ورزی مستلزم سازگاری فعالانه، پذیرش کاستی‌ها و هوشیاری نسبت به افکار، هیجانات و تجاربی است که به لحاظ هیجانی ناراحت‌کننده هستند (۱۶).

پرستار سالمندی در بررسی شرایط سالمندان و ارتقا، کیفیت زندگی آنان نقش مهمی دارد. مطالعات بسیاری درباره نقش پرستار سالمند بر بهبود کلی سلامتی سالمندان انجام شده است. اجتماعی شدن و روابط اجتماعی و ارتقا کیفیت زندگی از عوامل مهم و مؤثر در سلامت روان سالمندان است. نقش پرستار سالمند برای کمک به اجتماعی شدن سالمندان و ارتقا، خودشفقت‌ورزی می‌تواند بسیار گسترده باشد. پرستار سالمند ضمن مراقبت از سالمندان و بودن در کنار آن‌ها، مانع از انزوای آن‌ها می‌شود. علاوه بر این، با راه‌های ارتقای خودشفقت‌ورزی سالمندان و اهمیت آن در سلامتی سالمندان آشناست؛ در نتیجه، می‌تواند به صورت هدفمند سالمندان را در موقعیت‌های چالش‌برانگیزی قرار دهد و خودشفقت‌ورزی آن‌ها را گسترش دهد (۱۷).

بر این اساس و با توجه به اثرات پیش گفت، به نظر می‌رسد مفهوم نسبتاً جدید خودشفقت‌ورزی می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مرتبط باشد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت موضوع بسیار مهمی بخصوص در جمعیت سالمند کشور است که عوامل مرتبط با آن‌ها در این گروه سنی کم‌تر مورد توجه قرارگرفته‌اند. در بررسی‌های انجام شده در این زمینه مطالعات محدودی یافت شد و در ایران نیز مطالعه‌ای که ارتباط بین این متغیرها را در سالمندان بررسی کرده باشد یافت نشد. با توجه به شرایط فرهنگی ایران که دوست داشتن خود در مواردی مذموم شناخته می‌شود بخصوص در سالمندان که جامعه و آداب و رسوم سنتی، از آنان انتظار دارد با وقف خود برای فرزندان زمینه مساعدتری را برای ایشان فراهم آورند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین خود شفقت‌ورزی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان غرب شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران ثبت شده است. جامعه پژوهش این مطالعه را کلیه سالمندانی که به مسجد، پارک و میادین میوه و تره‌بار هر منطقه شهری واقع در غرب تهران مراجعه می‌کنند تشکیل دادند. برای انجام این مطالعه ۴۰۰ سالمند با استفاده از روش نمونه‌گیری مستمر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند با استفاده از رضایت آگاهانه کتبی وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود سن ۶۰ تا ۷۴ سال و فقدان مشکل تکلم و شنوایی بر اساس خود اظهاری، عدم اختلال شناختی که با ابزار (ATM) سنجیده شد (امتیاز کمتر از ۸–۷ به‌عنوان اختلال شناختی محسوب می‌گردد) بود. اگر فردی در حین اجرای پژوهش دچار اختلال تکلم و شنوایی می‌شد و همچنین عدم تمایل به همکاری افراد از مطالعه خارج می‌شدند..

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات شناختی محقق ساخته است و جهت تعیین روایی محتوایی آن در اختیار ۳ تن از اساتید هیئت‌علمی قرار گرفت؛ و همچنین پرسشنامه خود شفقت‌ورزی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که روایی و پایایی ابزار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) مورد بررسی قرار گرفت (۱۸). همچنین پرسش‌نامه عدم اختلال شناختی (ATM) این پرسش‌نامه ابزار اصلی پژوهش نیست و در مرحله اول برای اطمینان از عدم مشکل شناختی نمونه‌ها مورد استفاده قرار گرفت. نسخه ایرانی شده این ابزار توسط بختیاری و همکاران (۱۳۹۴) مورد روان‌سنجی قرار گرفت (۱۹).

برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین خودشفقت‌ورزی با کیفیت زندگی سالمندان ۰/۱۵ باشد (۲۰). تا ارتباط بین دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد. پس از مقدارگذاری در فرمول زیر حجم نمونه ۳۵۰ نفر (در هر منطقه شهری ۸۹ نفر) بدست آمد و در نهایت در ۴ منطقه شهرداری، جمعاً ۴۰۰ نمونه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{w^2} + 3$$

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

$$w = \frac{1}{2} \ln \frac{1 + r}{1 - r}$$

$$\boldsymbol{n}=\frac{(1/96+0.84)^2}{(0/15)^2}+\mathbf{3}=350$$

$$\boldsymbol{w}=\frac{1}{2}\ln\frac{1+0/15}{1-0/15}=\mathbf{0}/15$$

نمونه‌ها به صورت تصادفی و مستمر انتخاب شدند جهت بررسی شناختی سالمندان که یکی از معیارهای ورود بود، پیش از تکمیل پرسش‌نامه جمعیت شناختی، خودشفقت‌ورزی و کیفیت زندگی توسط افراد، ابتدا پرسش‌نامه (ATM) پژوهش‌گر استفاده شدند. سؤالات ابزار (ATM) توسط پژوهش‌گر از سالمندان پرسیده شد و در صورت کسب نمره مناسب و مشخص شدن عدم اختلال شناختی، ابزارهای اصلی تکمیل شدند. پژوهش‌گر پرسش‌نامه‌های پژوهش را که شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی سالمندان (سن، جنسیت، داشتن بیمه، سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، محل زندگی و ابتلا به بیماری‌های مزمن)، پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و پرسش‌نامه خود شفقت‌ورزی بود را در اختیار سالمندان مورد مطالعه قرار داد و از ایشان خواست به این پرسش‌نامه‌ها با روش خود گزارشی پاسخ دهند.

برای افرادی که توانایی خواندن نداشتند یا تمایل به تکمیل پرسش‌نامه توسط پژوهش‌گر را داشتند، سؤالات خوانده شد و توسط پژوهش‌گر تکمیل شد. تکمیل ۳ ابزار حدود ۳۰ دقیقه زمان برد و روی نیمکت پارک، بازار میوه و تره‌بار و یا سالن مسجد با مشارکت نمونه‌های پژوهش انجام شد. در صورتی که افراد مایل بودند تکمیل پرسش‌نامه را در خانه انجام دهند با رد و بدل کردن تلفن و هماهنگی برای حدود ۴۸ ساعت بعد، مجدداً پژوهش‌گر به مکان مورد توافق مراجعه کرده و پرسش‌نامه‌ها را تحویل گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آمار توصیفی (جداول، میانگین و انحراف معیار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و گزارش شد. از آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت تعیین نرمالیتی توزیع متغیرهای کیفیت زندگی و خودشفقت‌ورزی استفاده شد. آزمون استنباطی همبستگی پیرسون یا اسپیرمن با توجه به توزیع متغیرها و رگرسیون خطی برای تعیین عوامل مؤثر بر متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

داده‌های به‌دست‌آمده از ۴۰۰ نمونه تجزیه‌وتحلیل شد. میانگین سنی سالمندان برابر با ۳/۷۳ ± ۶۶/۹۱ سال با دامنه ۷۴- ۶۰ و بیش از نیمی از سالمندان مرد (۵۴/۸٪) بودند سالمندان متأهل (۴۷٪)، دارای تحصیلات راهنمایی (۴۸/۵٪) و بازنشسته (۴۵/۵٪) نسبت به سایر سالمندان دارای فراوانی بیشتری بود. اکثر سالمندان دارای بیمه بودند (۹۸/۸٪). بیش از نیمی از سالمندان عنوان کردند که وضعیت اقتصادی آن‌ها کفایت نمی‌کند (۵۷٪). سالمندان دارای ۴ فرزند و بیشتر (۳۵/۸٪) و سالمندان منطقه مسکونی ۲ (۲۷/۳٪) نسبت به سایر سالمندان دارای فراوانی بیشتری بود. بر اساس یافته‌های جدول شماره یک میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برابر با ۸/۶۴ ± ۴۵/۷۹ که نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ضعیف است. و دامنه برابر با (۶۷/۰۸، ۲۰/۶۹) بود. یافته‌ها نشان داد انرژی/خستگی دارای کمترین میانگین (۱۵/۵۷ ± ۳۹/۶۸) و اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی دارای بیشترین میانگین (۲۹/۸۰±۵۷/۲۵) بود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

جدول ۱. شاخص‌های عددی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن در سالمندان منطقه غرب تهران در سال ۱۴۰۰

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن (۱۰۰- ۰)	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
کارکرد جسمی	۴۲/۲۵	۱۲/۵۲	۱۰	۸۰
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۵۶/۹۳	۳۲/۸۸	۰	۱۰۰
اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی	۵۷/۲۵	۲۹/۸۰	۰	۱۰۰
انرژی/خستگی	۳۹/۶۸	۱۵/۵۷	۰	۸۵
بهزیستی هیجانی	۴۱/۹۳	۲۰/۵۵	۴	۸۸
کارکرد اجتماعی	۳۹/۸۱	۱۹/۱۲	۱۲/۵۰	۱۰۰
درد	۴۵/۷۹	۱۹/۷۲	۱۲/۵۰	۱۰۰
سلامت عمومی	۴۲/۷۲	۱۵/۲۴	۱۵	۱۰۰
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۴۵/۷۹	۸/۶۴	۲۰/۶۹	۶۷/۰۸

بر اساس نتایج جدول دو بیش‌ترین میانگین خود شفقت ورزی در مهربانی به خود و در گویه " زمانی که تحت شرایط دشواری قرار دارم، به خودم توجه و محبت می‌کنم. " (۰/۹۸ ± ۲/۳۷) و کمترین میانگین در بعد همانندسازی افراطی و در گویه " هنگامی که غمگین هستم، فکرم مشغول همه اشتباهاتم می‌شود و روی آن‌ها تمرکز می‌کنم " (۰/۸۰ ± ۲/۰۳) بود.

جدول ۲. توزیع فراوانی خود شفقت ورزی به تفکیک ابعاد آن در سالمندان منطقه غرب تهران- سال ۱۴۰۰

ابعاد	گویه ها	هرگز (۱)		به‌ندرت		گاهی اوقات		معمولاً		همیشه (۵)		میانگین	انحراف معیار
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
مهربانی به خود	۲-سعی می‌کنم نسبت به جنبه-هایی از شخصیتم که دوست ندارم، صبور باشم و آن‌ها را بپذیرم.	۷۸	۱۹/۵	۱۶۰	۴۰	۱۰۹	۲۷/۳	۴۴	۱۱	۰	۰	۲/۳۶	۰/۹۸
	۶-زمانی که تحت شرایط دشواری قرار دارم، به خودم توجه و محبت می‌کنم.	۷۸	۱۹/۵	۱۶۰	۴۰	۱۰۹	۲۷/۳	۴۴	۱۱	۹	۲/۳	۲/۳۷	۰/۹۸
قضاوت کردن خود	۱۱- من در مورد ضعف‌ها و بی‌کفایت‌های خودم قضاوت می‌کنم و آن‌ها را تائید نمی-کنم*.	۷۴	۱۸/۵	۲۳۰	۵۷/۵	۸۱	۲۰/۳	۷	۱/۸	۸	۲	۲/۱۱	۰/۷۹
	۱۲- من نسبت به جنبه‌هایی از شخصیتم که دوست ندارم، تحمل و صبوری ندارم*.	۱۲۳	۳۰/۸	۱۳۹	۳۴/۸	۱۱۱	۲۷/۸	۱۸	۴/۵	۹	۲/۳	۲/۱۲	۰/۹۷

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

ابعاد	گویه ها	هرگز (۱)		به‌ندرت		گاهی اوقات		معمولاً		همیشه (۵)		میانگین	انحراف معیار
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
تجارب مشترک انسانی.....	۵-من سعی می‌کنم شکست-هایم را به‌عنوان بخشی از ویژگی‌های یک انسان ببینم.	۱۰۴	۲۶	۱۹۱	۴۷/۸	۸۹	۲۲/۳	۱۶	۴	۰	۰	۲/۰۴	۰/۸۰
	۱۰-وقتی در برخی از زمینه‌ها احساس بی‌کفایتی می‌کنم، به خودم یادآوری می‌کنم که افراد زیادی در دنیا حس مشابه من را تجربه می‌کنند.	۷۹	۱۹/۵	۱۶۰	۴۰	۱۰۹	۲۷/۳	۴۴	۱۱	۹	۲/۳	۲/۳۶	۰/۹۸
انزوا	۴-هنگامی‌که غمگین هستم، احساس می‌کنم احتمالاً بیشتر افراد از من شادتر هستند*.	۱۲۳	۳۰/۸	۱۳۹	۳۴/۸	۱۱۱	۲۷/۸	۱۸	۴/۵	۹	۲/۳	۲/۱۲	۰/۹۷
	۸-وقتی‌که در کار مهمی شکست می‌خورم، این‌گونه احساس می‌کنم که در شکستم تنها هستم.*	۱۲۳	۳۰/۸	۱۳۹	۳۴/۸	۱۱۱	۲۷/۸	۱۸	۴/۵	۹	۲/۳	۲/۱۲	۰/۹۷
ذهن آگاهی	۳-هنگامی‌که اتفاق دردناکی رخ می‌دهد، سعی می‌کنم دیدگاه متعادلی نسبت به موقعیت داشته باشم.	۷۴	۱۸/۵	۲۳۰	۵۷/۵	۸۱	۲۰/۳	۷	۱/۸	۸	۲	۲/۱۱	۰/۷۹
	۷-وقتی چیزی مرا ناراحت می‌کند، سعی می‌کنم احساساتم را متعادل کنم.	۷۴	۱۸/۵	۲۳۰	۵۷/۵	۸۱	۲۰/۳	۷	۱/۸	۸	۲	۲/۱۱	۰/۷۹
همانندسازی افراطی	۱-هنگامی‌که در انجام کاری مهم موفق نمی‌شوم، حس بی-کفایتی تمام وجودم را فرامی‌گیرد*.	۱۰۴	۲۶	۱۹۱	۴۷/۸	۸۹	۲۲/۳	۱۶	۴	۹	۲/۳	۲/۰۴	۰/۸۰
	۹-هنگامی‌که غمگین هستم، فکرم مشغول همه اشتباهاتم می‌شود و روی آن‌ها تمرکز می‌کنم*.	۱۰۴	۲۶	۱۹۱	۴۷/۸	۸۹	۲۲/۳	۱۶	۴	۰	۰	۲/۰۳	۰/۸۰

*سؤالات معکوس

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

بر اساس جدول شماره سه نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با خودشفقت‌ورزی همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱، r=۰/۲۳۰) بدین معنا که هر چه خودشفقت‌ورزی بیش‌تر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیش‌تر است. یافته‌ها نشان داد بیشترین همبستگی خودشفقت‌ورزی با بعد اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (P=۰/۰۰۱، r=۰/۱۷۸) و کم‌ترین با بعد سلامت عمومی (P=۰/۰۳۱، r=۰/۱۰۸) بود. بیش‌ترین همبستگی کیفیت زندگی با مهربانی به خود (P<۰/۰۰۱، r=۰/۳۱۳) و کم‌ترین با بعد تجارب مشترک انسانی (P<۰/۰۰۱، r=۰/۲۹۳) بود.

جدول ۳. همبستگی بین خودشفقت ورزی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان منطقه غرب تهران- سال ۱۴۰۰

خودشفقت ورزی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	مهربانی به خود r(P-value)	قضاوت کردن خود r(P-value)	تجارب مشترک انسانی r(P-value)	انزوا r(P-value)	ذهن آگاهی r(P-value)	همانندسازی افراطی r(P-value)	خود شفقت ورزی r(P-value)
کارکرد جسمی	۰/۱۷۳(۰/۰۰۱)	۰/۰۶۵(۰/۱۹۵)	۰/۲۰۸(<۰/۰۰۱)	۰/۰۷۹(۰/۱۱۳)	۰/۰۱۲(۰/۸۰۴)	۰/۰۸۰(۰/۱۱۱)	۰/۰۴۹(۰/۳۲۶)
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۰/۲۱۰(<۰/۰۰۱)	۰/۰۰۳(۰/۹۴۵)	۰/۱۸۸(<۰/۰۰۱)	۰/۰۳۳(۰/۵۰۹)	۰/۰۳۵(۰/۴۸۵)	۰/۰۱۲(۰/۸۱۸)	۰/۱۶۸(۰/۰۰۱)
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۰/۱۳۴(<۰/۰۰۱)	۰/۰۸۲(۰/۱۰۱)	۰/۰۷۷(۰/۱۲۵)	۰/۱۱۵(۰/۰۲۱)	۰/۰۰۲(۰/۹۶۳)	۰/۰۵۲(۰/۳۰۴)	۰/۱۷۸(۰/۰۰۱)
انرژی/خستگی	۰/۱۰۱(۰/۰۴۴)	۰/۰۰۲(۰/۹۷۳)	۰/۰۳۵(۰/۴۸۱)	۰/۰۱۷(۰/۷۴۱)	۰/۰۱۸(۰/۷۲۶)	۰/۱۲۰(۰/۰۱۶)	۰/۰۶۷(۰/۱۸۰)
بهزیستی هیجانی	۰/۰۰۶(۰/۹۰۹)	۰/۰۲۶(۰/۶۰۶)	۰/۰۰۱(۰/۹۹۲)	۰/۰۴۰(۰/۴۳۰)	۰/۰۰۵(۰/۹۲۲)	۰/۰۰۷(۰/۸۸۷)	۰/۰۲۲(۰/۶۶۰)
کارکرد اجتماعی	۰/۰۴۵(۰/۳۷۳)	۰/۰۲۰(۰/۶۹۳)	۰/۰۷۸(۰/۱۲۱)	۰/۰۳۳(۰/۵۱۳)	۰/۰۰۷(۰/۸۹۱)	۰/۰۸۸(۰/۰۷۸)	۰/۰۰۴(۰/۹۴۱)
درد	۰/۱۵۵(۰/۰۰۲)	۰/۰۱۴(۰/۷۷۶)	۰/۱۴۷(۰/۰۰۳)	۰/۰۴۵(۰/۳۶۹)	۰/۰۸۰(۰/۱۱۱)	۰/۰۱۶(۰/۷۴۶)	۰/۱۴۵(۰/۰۰۴)
سلامت عمومی	۰/۲۲۵(<۰/۰۰۱)	۰/۰۵۱(۰/۳۳۴)	۰/۲۹۸(<۰/۰۰۱)	۰/۰۰۱(۰/۹۹۸)	۰/۰۸۷(۰/۰۸۱)	۰/۱۵۶(۰/۰۰۲)	۰/۱۰۸(۰/۰۳۱)
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۰/۳۱۳(<۰/۰۰۱)	۰/۰۱۷(۰/۷۳۰)	۰/۲۹۳(<۰/۰۰۱)	۰/۰۳۵(۰/۴۸۵)	۰/۰۱۴(۰/۷۸۴)	۰/۰۲۵(۰/۶۲۱)	۰/۲۳۰(۰/۰۰۱)

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط خود شفقت‌ورزی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان منطقه غرب تهران انجام شد یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برابر با ۸/۶۴ ± ۴۵/۷۹ به دست آمد که در سطح ضعیفی قرار دارد. انرژی/خستگی دارای کم‌ترین میانگین (۱۵/۵۷ ± ۳۹/۶۸) و اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی دارای بیشترین میانگین (۲۹/۸۰±۵۷/۲۵) بود. در مطالعه‌ای که طاهری و همکاران باهدف عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان سرای سالمندان در شهرستان‌های خرمشهر و اهواز انجام دادند این میانگین ۶۵/۵۹ با پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF36) به دست آمد که با یافته‌های مطالعه حاضر هم سو نیست (۲۱). در مطالعه شکوهی و همکاران در رابطه با کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان شهرکرد، میانگین نمره کیفیت زندگی ۱۹/۵±۵۵/۳۱ بود و از میان حیطه‌های کیفیت زندگی حیطه کارکرد جسمانی و عملکرد جنسی به ترتیب با میانگین‌های ۲۱/۹۷±۷۲/۳۶ و ۳۸/۰۳±۳۱/۶۳ بیش‌ترین و کم‌ترین فراوانی را داشتند که هم سو با نتایج مطالعه ما نیست (۲۲).

Heffernan و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای که با هدف بررسی ارتباط بین خودشفقت‌ورزی و هوش هیجانی بر روی ۱۳۵ پرستار انجام دادند یافته‌ها نشان داد که میانگین کل نمره خودشفقت‌ورزی ۰/۶۰± ۳/۴۹ و در حد متوسط گزارش شد که با پژوهش حاضر هم‌راستا می‌باشد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

بیشترین و کمترین میانگین نیز در ابعاد مهربانی با خود (۰/۸۱± ۳/۳۷) و همانندسازی افراطی گزارش شد (۲۳)؛ که با مطالعه ما همخوانی ندارد شاید از دلایل این تفاوت بتوان به گروه سنی، شرایط اجتماعی فرهنگی و شغل اشاره نمود. در مطالعه مانوکیان و همکاران (۲۰۲۰) بر روی گروه سنی ۳۰–۵۹ سال میان‌سال شهر تهران (مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شمیرانات) انجام دادند اکثریت واحدهای کرار مورد پژوهش در این مطالعه از خود شفقت‌ورزی متوسط با میانگین نمره ۰/۴۴± ۳/۲۳ برخوردار بودند که از این نظر با پژوهش ما هم‌راستاست. در رابطه با ابعاد خودشفقت ورزی بیش‌ترین میانگین نمره برای زیرمقیاس احساس مشترکات انسانی (۰/۵۸ ± ۳/۵۸) و کم‌ترین میانگین نمره برای قضاوت در مورد خود (۰/۶۸ ± ۲/۸۳) به دست آمد (۴ و ۲۴) که با پژوهش حاضر هم سو نبود. تحقیقات محدودی در زمینه خودشفقت‌ورزی سالمندان وجود دارد در مطالعه‌ای که آلن و همکاران (۲۰۱۲) بر روی نقش خودشفقت‌ورزی بر سلامت جسمی و ذهنی بر روی گروه سنی ۶۷–۹۰ سال انجام دادند شواهد نشان داد که خودشفقت‌ورزی در رابطه بین سلامت فیزیکی و بهزیستی ذهنی افراد سالمند به‌عنوان متغیر میانجی عمل می‌کند؛ به طوری که شرکت‌کنندگانی که سلامت فیزیکی کمتری را گزارش داند، زمان بهزیستی ذهنی بیشتری گزارش دادند که خودشفقت‌ورزی بالایی داشتند؛ که درواقع تاییدی بر یافته‌های مطالعه حاضر است. علاوه بر این نشان دادند که افرادی که خودشفقتی بالاتری داشتند بیشتر مایل به استفاده از وسایل کمکی از جمله کمک‌کننده‌های حرکتی و سمعک بودند. در تبیین این نتایج به‌طورکلی می‌توان گفت در افراد سالمند، خودشفقتی ممکن است نقش اساسی در تقویت ادراک فرد از سلامتی داشته و در نتیجه تمایل بیشتری برای جستجوی حمایت داشته باشند (۲۵).

مطالعه‌ای که به بررسی خودشفقت‌ورزی و کیفیت زندگی پرداخته باشد یافت نشد اما در مطالعه Durkin و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی رابطه بین خودشفقت‌ورزی، خودقضاوتی، خودخواهی، همدردی و کیفیت زندگی و سلامت در میان پرستاران جامعه انگلستان پرداختند. نتایج نشان داد پرستارانی که دارای خودشفقت‌ورزی بالا بودند دارای فرسودگی شغلی و خودقضاوتی پایینی، مهربانی به خود و کیفیت زندگی بالاتری بودند. پژوهش مذکور نیز هم‌راستا با پژوهش حاضر به فواید مثبت خودشفقت‌ورزی و تأثیر مثبت آن بر کیفیت زندگی سلامت اشاره دارد (۲۵).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان منطقه غرب تهران در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و خودشفقت‌ورزی این سالمندان در حد متوسط است و بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با خودشفقت ورزی همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت لذا با توجه به پژوهش‌های گذشته و نتایج پژوهش حاضر درمان خودشفقت ورزی به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در جهت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان توسط متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت، در قالب طرح‌های آموزشی و درمانی و انجام مداخله ضروری به نظر می‌رسد. علی‌رغم مطالعاتی که در دهه اخیر در مورد خودشفقت¬ورزی و کیفیت زندگی در کشورهای مختلف در حال انجام است، در ایران مطالعات گسترده و همه‌جانبه‌ای در این رابطه و به‌خصوص در سالمندان انجام نگرفته است که جا دارد بیش‌تر مورد توجه محققین قرار گیرد.

۱. با توجه به این که مطالعه در زمان همه‌گیری کرونا انجام شد، دسترسی به افراد سالمند به دلیل این‌که نسبت به این بیماری آسیب‌پذیرتر بودند، بسیار مشکل بود در صورت لزوم پژوهشگر با ارسال پرسشنامه برای سالمندان و توضیحات و استفاده از فضای مجازی شرایط مصاحبه را پاسخگویی بهتر فراهم کرد.

۲. سروصدای محیط و اختلال در تمرکز سالمندان موردمطالعه هنگام تکمیل پرسشنامه، به دلیل رفت‌وآمد مراجعه‌کنندگان یکی از محدودیت‌های پژوهش بود که به‌منظور کنترل این مشکل، هماهنگی‌های لازم با مسئولیت ذی‌ربط را انجام شد و زمان مناسب برای تکمیل پرسشنامه‌ها را انتخاب نمودیم تا سالمندان با آرامش خاطر و در شرایطی مناسب بتوانند به سؤالات پاسخ دهند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش در جامعه آماری وسیع‌تر و در محیط‌های پژوهش متفاوت‌تر انجام شود و همچنین جهت سلامت سالمندان مهارت‌های خودشفقت ورزی جهت بهبود کیفیت زندگی آموزش داده شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از دانشکده پرستاری و مامایی ایران و تمام عزیزانی که در این تحقیق شرکت کردند کمال قدردانی و سپاس را داشته باشند.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

References

1.Mottaghi M,Hazratian S. Comparison of the Effects of Music and Rose Water Aromatherapy on the Happiness level among the Elderly Living in Nursing Homes in Kermanshah in 2018: Avicenna J Nurs Midwifery Care.2022;30(4):288-96.
2. Kalashi M, Khodaparast S, Bakhshalipour V. The Relationship between Social Capital and the Quality of Life among Inactive Elderly. JHC. 2020; 22 (3):236-44. [In Persian]
3. Yousefi Afrashteh, M. Rezaei, S. The Spirituality and Quality of Life in the Elderly: The Mediating Role of Self-Compassion and Sense of Cohesion. Aging Psychol.2021; 7(2): 151-37. [In Persian]
4. Manookian A, Navab E, Zomorodi M. The Relationship between Self-compassion and Attitude to Ageing in Middle aged People. IJNR. 2020; 15 (5):20-8. [In Persian]
5. Sobhani A, Shahnazi H, Mostafavi F.The Efficiency of Theory-Based Education on Mental Health Subscales in Elders: Application of Theory of Planned Behavior. Health Educ Health Promot 2019; 6 (4):367-75. [In Persian]
6. Delkhah Z, Alivandi Vafa M, Moheb N. Fear of Aging in Older Adults: The Role of Meaning in Life, Self-Compassion and Perceived Social Support: Aging psychology. 2023;9(3):311-26.
7. Jangi Jahantigh L, Latifi Z, Soltanizadeh M. The Effectiveness of Self-Healing Education on the Quality of Life in the Elderly: Aging psychology. 2021;7(4)345-59. [In Persian]
8. Cho M, Kim E. Subjective chewing ability and health-related quality of life among the elderly. Gerodontology.2019; 36(2): 99-106.
9. Medhi G, Sarma J, Pala S, Bhattacharya H, Jyoti Bora P, Visi P.Association between health related quality of life (HRQOL) and activity of daily living (ADL) among elderly in an urban setting of Assam, India. J Family Med Prim Care.2019; 8(5): 1760-4.
10. aeid M, Makarem A, Khanjani S, Bakhtyari V. Comparison of Social Health and Quality of Life Between the Elderlies Resident at Nursing Homes With Non-resident Counterparts in Tehran City, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019; 14 (2):178-87. [In Persian]
11. Nejati V, Ashayeri H. Health Related Quality of Life in the Elderly in Kashan. IJPCP.2008; 14 (1):56-61. [In Persian]
12. Rahmati A, Mousavi Nasab S M. H Moradi, F. Cognitive Ability in the Elderly: The Role of Self-Transcendence, Self-Compassion and Positive Affect. Aging Psychology, 2020; 6(2): 107-17. [In Persian]
13. Shin HS, Black DS, Shonkoff ET, Riggs NR, Pentz MA. Associations among dispositional mindfulness, self-compassion, and executive function proficiency in early adolescents. Mindfulness (N Y). 2016;7(6):1377-84.
14. Tavares LR, Vagos P, Xavier A. The role of self-compassion in the psychological (mal)adjustment of older adults: a scoping review. Int Psychogeriatr. 2023 Apr;35(4):179-92.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]

15. Manookian A, Navab E, Zomorodi M. The Relationship between Self-compassion and Attitude to Ageing in Middle aged People. IJNR. 2020; 15 (5):20-8.
16. Ciabattini A, Nardini C, Santoro F, Garagnani P, Franceschi C, Medaglini D. Vaccination in the elderly: The challenge of immune changes with aging. Semin Immunol. 2018;40:83-94.
17. Farokhzadian A A, Mirderekvand F. The Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on Increase of Psychological Well-Being and Reduction of Depression in the Elderly. Aging Psychology. 2018; 3(4): 293-302.
18. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005;14(3):875-82.
19. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, etal.Validation of The Persian Version of Abbreviated Mental Test (AMT) In Eldery Resident of Kahrizak Charity Foundation. ijdld.2014;13(6):487-94. [In Persian]
20. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2013;6(1):14-7.
21. Taheri N, Fereydouni moghaddam M, Cheraghian B, Hekmati pour N, Hojjati H. Factors affecting quality of life among elderly living in nursing homes. Journal of Geriatric Nursing.2015; 2 (1):50-61. [In Persian]
22. Shokouhi F, Tavassoli E, Amiripour A, Kaviani F. Quality of Life of Elderly Living in Nursing Homes in Shahrekord. SJNMP. 2020; 5 (4):84-93.
23. Heffernan M, Quinn Griffin MT, Sister Rita McNulty, Fitzpatrick JJ. Self-compassion and emotional intelligence in nurses. Int J Nurs Pract. 2010;16(4):366-73.
24. Manookian A, Navab E, Zomorodi M. The Relationship between Self-compassion and Attitude to Ageing in Middle aged People. IJNR. 2020; 15 (5):20-28. [In Persian]
25. Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-Compassion and Well-being among Older Adults. Self Identity. 2012;11(4):428-53.
26. Durkin M, Beaumont E, Hollins Martin CJ, Carson J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. Nurse Educ Today. 2016;46:109-14.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.2.6]