ORIGINAL ARTICLE

# *Association Between Self-Compassion and Mental Health Among Older Adults Residing in a Nursing Home in Sanandaj, Iran (2021): A Cross-Sectional Study*

Soma Mohammadi-Sarab[1]
Darya Ghamari[2]
Saeideh Amani[3]
Maziar Nikouei[4]
Narges Ahmadipour[5]
Abbas Aghaei[6]

[1] PhD student in Gerontology, Student Research Committee, Department of Geriatric Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] MSc student in Plant Physiology, Department of Plant Sciences and Biotechnology, Faculty of Life Sciences and Biotechnology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
[3] PhD Candidate in Psychology, Counseling Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[4] General Practitioner, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[5] MSc in Education and Health Promotion, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[6] Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

(Received August 8, 2026; Accepted October 26, 2026)

## *Abstract*

**Background and purpose:** Mental health is a key component of healthy ageing. Self-compassion has been recognised as a psychological resource associated with mental health; however, evidence regarding this relationship among institutionalised older adults remains limited. This study aimed to investigate the association between self-compassion and mental health among older adults residing in a nursing home in Sanandaj, Iran.

**Materials and methods:** This cross-sectional study was conducted in 2021 among 101 older adults residing in a nursing home in Sanandaj, who were recruited using census sampling. Data were collected using a demographic checklist, the Self-Compassion Scale-Short Form, and the General Health Questionnaire (GHQ-28). As most quantitative variables were not normally distributed, as determined by the Kolmogorov-Smirnov test, Spearman's rank correlation, the Mann-Whitney U test, and the Kruskal-Wallis test were used for statistical analysis in SPSS. Statistical significance was set at $P < 0.05$.

**Results:** The mean age of participants was 74.84 ± 9.99 years, and 38.6% (n = 39) were women. The mean self-compassion score was 31.45 ± 7.72. Self-compassion was significantly inversely correlated with the physical symptoms ($r = -0.41$, $P < 0.001$), anxiety and sleep disturbance ($r = -0.34$, $P < 0.001$), and depression ($r = -0.32$, $P = 0.001$) subscales, indicating that higher self-compassion scores were associated with fewer reported symptoms in these domains. In contrast, a significant positive correlation was observed between self-compassion and the social dysfunction subscale ($r = 0.55$, $P < 0.001$), indicating an association between higher self-compassion scores and higher social dysfunction scores. No significant correlation was found between self-compassion and the GHQ-28 total score ($r = -0.12$, $P = 0.236$). Although the GHQ-28 total score did not differ significantly by sex ($P = 0.165$), significant sex-based differences were observed in some subscale scores and self-compassion. Physical symptom scores were also inversely correlated with age ($r = -0.20$, $P = 0.044$).

**Conclusion:** Self-compassion was significantly associated with three of the four GHQ-28 subscales, with inverse associations observed for physical symptoms, anxiety and sleep disturbance, and depression, and a positive association observed for social dysfunction. However, no significant association was found between self-compassion and the GHQ-28 total score. These findings suggest that the relationship between self-compassion and mental health may vary across different dimensions of psychological well-being. Given the cross-sectional design, causal relationships cannot be established. The unexpected positive association with social dysfunction warrants further investigation.

***Keywords:*** mental health, self-compassion, older adults, nursing homes

**J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 218-229 (Persian).**

**Corresponding Author: Abbas Aghaei -** Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (E-mail: aqaei.a@gmail.com)

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۲۲۹-۲۱۸)

# همبستگی بین خودشفقت‌ورزی و وضعیت سلامت روان در سالمندان مقیم خانه سالمندان سنندج در سال ۱۴۰۰: یک مطالعه مقطعی

سوما محمدی سراب[۱]
دریا قمری[۲]
سعیده امانی[۳]
مازیار نیکویی[۴]
نرگس احمدی پور[۵]
عباس آقائی[۶]

## چکیده

**سابقه و هدف:** سلامت روان یکی از مؤلفه‌های اساسی سالمندی سالم است. خودشفقت‌ورزی به‌عنوان منبعی روان‌شناختی مرتبط با سلامت روان مطرح شده، اما شواهد در سالمندان مقیم مراکز نگهداری محدود است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین خودشفقت‌ورزی و سلامت روان در سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر سنندج انجام شد.

**مواد و روش ها:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۰ روی ۱۰۱ سالمند مقیم یک خانه سالمندان در شهر سنندج و به روش سرشماری انجام شد. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک، مقیاس کوتاه خودشفقت‌ورزی و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) جمع‌آوری شدند. با توجه به نرمال نبودن توزیع بیشتر متغیرهای کمی بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن و آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال-والیس استفاده شد. آنالیزهای آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. سطح معناداری P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۸۴/۹۹±۷۴/۹ سال و ۳۸/۶ درصد (۳۹ نفر) زن بودند. میانگین نمره خودشفقت‌ورزی ۴۶/۷۲±۳۱/۷ بود. خودشفقت‌ورزی با خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی(rs = -۰/۴۱ ،P <۰/۰۰۱)،اضطراب و اختلال خواب(rs = -۰/۳۴ ،P <۰/۰۰۱) و افسردگی (rs = -۰/۳۲ ،P =۰/۰۰۱) همبستگی معکوس و معنادار داشت؛ خودشفقت‌ورزی بیشتر با علائم کمتر همراه بود. در مقابل، بین خودشفقت‌ورزی و خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی همبستگی مستقیم و معنی دار دیده شد (rs =۰/۵۵ ،P <۰/۰۰۱)؛ یعنی خودشفقت‌ورزی بیشتر با نمره بالاتر اختلال عملکرد اجتماعی همراه بود. بین نمره خودشفقت‌ورزی و نمره کل GHQ-28 همبستگی معنی داری مشاهده نشد (rs = -۰/۱۲ ،P =۰/۲۳۶). نمره کل GHQ-28 بین دو جنس تفاوت معنی داری نداشت (P =۰/۱۶۵) اما برخی خرده‌مقیاس‌ها و خودشفقت‌ورزی تفاوت جنسیتی معنی دار داشتند. با افزایش سن، نمره علائم جسمانی کاهش یافت (rs = -۰/۲۰ ،P =۰/۰۴۴).

**استنتاج:** یافته‌ها ارتباط خودشفقت‌ورزی با برخی خرده‌مقیاس‌های GHQ-28 را نشان داد؛ این ارتباط برای علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در جهت محافظتی و برای اختلال کارکرد اجتماعی در جهت غیرمنتظره بود و با نمره کل GHQ-28 ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. با توجه به طراحی مقطعی، استنباط علّی ممکن نیست و تفسیر یافته غیرمنتظره نیازمند احتیاط و مطالعات بیشتر است.

**واژه های کلیدی:** سلامت روان؛ خودشفقت‌ورزی؛ سالمندان؛ خانه سالمندان

**مولف مسئول: عباس آقایی**- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران **E-mail:** aqaei.a@gmail.com
۱. دانشجوی دکترای تخصصی سالمندشناسی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه سلامت سالمندی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد فیزیولوژی گیاهی، گروه علوم گیاهی و بیوتکنولوژی، دانشکده علوم زیستی و بیوتکنولوژی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. کاندیدای دکترای روان‌شناسی، اداره مشاوره، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۴. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۵. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۶. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۵//۵/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۵/۱۸ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۸/۶

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

## مقدمه

افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر ناشی از پیشرفت‌های بهداشتی و درمانی، موجب افزایش جمعیت سالمندان در سراسر جهان شده است(۱). بر اساس گزارش سازمان ملل، شمار افراد ۶۵ سال و بالاتر جهان از ۷۶۱ میلیون نفر در سال ۲۰۲۱ (حدود یک نفر از هر ده نفر) به بیش از ۱/۶ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ (حدود یک نفر از هر شش نفر) خواهد رسید(۲). افزایش نرخ سالمندی جمعیت پدیده‌ای مشترک در هر دو جامعه توسعه‌یافته و در حال‌توسعه است(۳). ایران نیز از این امر مستثنی نبوده و مانندسایر کشورها در حال تغییر الگوی جمعیتی به سمت سالمند شدن است(۴). به‌گونه‌ای که سهم افراد ۶۰ سال و بالاتر از ۹/۳ درصد در سال ۲۰۱۶ به حدود ۲۱/۷ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت(۷- ۵).

هم‌زمان با افزایش جمعیت سالمندان، توجه به سلامت روان آنان اهمیت بیشتری یافته است(۸). چرا که سالمندی با عواملی مانند بیماری‌های مزمن، کاهش توانایی‌های عملکردی، سوگ و تغییر در نقش‌ها و روابط اجتماعی همراه است که می‌توانند با سلامت روان ارتباط داشته باشند(۹، ۱۰).

این چالش‌ها ممکن است در سالمندان مقیم خانه سالمندان برجسته‌تر باشد؛ زیرا این افراد علاوه بر مشکلات جسمی و عملکردی، با تغییر محیط زندگی، کاهش استقلال و محدودیت در روابط اجتماعی مواجه‌اند. شواهد نشان می‌دهند که تنهایی در میان سالمندان مقیم مراکز مراقبت اقامتی شایع است و با پیامدهای نامطلوب روانی، از جمله افسردگی، ارتباط دارد(۱۱، ۱۲). همچنین، یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل اخیر، شیوع بالای علائم افسردگی را در سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان گزارش کرده و عواملی مانند تنهایی، حمایت اجتماعی، استقلال و وضعیت عملکردی را با افسردگی مرتبط دانسته است(۱۳). بنابراین، شناسایی عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت روان در این جمعیت می‌تواند به شناخت بهتر نیازهای آنان و طراحی مداخلات مراقبتی متناسب کمک کند(۱۴).

در میان عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت روان سالمندان، خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یک منبع روان‌شناختی مثبت مورد توجه قرار گرفته است. خودشفقت‌ورزی شامل سه مؤلفه مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی است و به نحوه مواجهه فرد با رنج، ناکامی و دشواری‌های زندگی اشاره دارد. شواهد حاصل از مرور نظام‌مند مطالعات سالمندان نشان داده است که خودشفقت‌ورزی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب و سطوح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد(۱۵). همچنین، مطالعات انجام‌شده در سالمندان نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی با رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بهتر ارتباط دارد(۹).

با وجود شواهد رو به رشد درخصوص ارتباط خودشفقت‌ورزی با شاخص‌های مختلف سلامت روان در سالمندان، شواهد اختصاصی در سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان محدود است. از آنجا که شرایط روانی و اجتماعی این گروه می‌تواند با سالمندان ساکن جامعه متفاوت باشد، تعمیم یافته‌های مطالعات جمعیت عمومی سالمندان به محیط‌های اقامتی نیازمند احتیاط است. ازاین‌رو، بررسی ارتباط خودشفقت‌ورزی با سلامت روان در سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان می‌تواند به گسترش شواهد موجود درباره عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت این جمعیت کمک کند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی همبستگی بین خودشفقت‌ورزی و سلامت روان در سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان شهر سنندج انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر سنندج در سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به تعداد محدود سالمندان مقیم در این مرکز، تمامی ۱۰۱ سالمند واجد شرایط (بر اساس معیارهای ورود) شناسایی و به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. هیچ موردی از

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

امتناع از مشارکت یا خروج از مطالعه گزارش نشد و تمامی ۱۰۱ نفر تا پایان مطالعه در تحلیل باقی ماندند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، سکونت در خانه سالمندان و تمایل به مشارکت در پژوهش بود. سالمندانی که به دلیل اختلال شناختی شدید یا ناتوانی در پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها امکان تکمیل ابزارهای پژوهش را نداشتند، وارد مطالعه نشدند.

پس از اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق پژوهشی و دریافت معرفی‌نامه، پژوهشگر به خانه سالمندان مورد مطالعه مراجعه کرد. پس از توضیح اهداف و نحوه اجرای پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ و پرسشنامه‌ها تکمیل شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و داده‌ها صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده خواهد شد.

*ابزارهای پژوهش عبارت‌انداز*

*چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی*

این چک‌لیست شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای شرکت‌کنندگان، از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای بود. وضعیت شغلی شرکت‌کنندگان در سه طبقه «بازنشسته با حقوق» (دریافت‌کننده مستمری بازنشستگی)، «ازکارافتاده» (سابقه اشتغال همراه با از دست دادن توانایی کار به‌دلیل ناتوانی جسمی یا کهولت سن، بدون دریافت مستمری بازنشستگی) و «بیکار» (فاقد شغل و فاقد درآمد شغلی یا مستمری در حال حاضر) طبقه‌بندی شد.

*پرسشنامه فرم کوتاه خودشفقت‌ورزی*

مقیاس کوتاه خودشفقت‌ورزی (Self-compassion Scale-short Form) توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۱۱ تدوین شده و شامل ۱۲ گویه در شش خرده‌مقیاس مهربانی به خود، قضاوت درباره خود، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی است(۱۶).

گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «تقریباً هرگز» (۱) تا «تقریباً همیشه» (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نمره‌گذاری معکوس، نمره ۱ به ۵، نمره ۲ به ۴، نمره ۳ بدون تغییر، نمره ۴ به ۲ و نمره ۵ به ۱ تبدیل می‌شود. پس از اعمال نمره‌گذاری معکوس، نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر خودشفقت‌ورزی است. دامنه نمره کل مقیاس ۱۲ تا ۶۰ است. خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود شامل گویه‌های ۲ و ۶، قضاوت درباره خود شامل گویه‌های ۱۱ و ۱۲، انسانیت مشترک شامل گویه‌های ۵ و ۱۰، انزوا شامل گویه‌های ۴ و ۸، ذهن‌آگاهی شامل گویه‌های ۳ و ۷ و همانندسازی افراطی شامل گویه‌های ۱ و ۹ است.

در این پژوهش از نسخه فارسی فرم کوتاه این مقیاس استفاده شد. شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای که هدف اصلی آن بررسی ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی شفقت‌خود (تجدیدنظرشده) بود، فرم کوتاه ۱۲ماده‌ای ریس و همکاران را نیز به‌طور هم‌زمان بر روی نمونه مورد مطالعه اجرا و ضرایب پایایی آن را گزارش کردند؛ بر این اساس، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ گزارش شد و روایی همگرا و هم‌زمان آن نیز مطلوب ارزیابی شد(۱۷).

*پرسشنامه سلامت روان*

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire)(GHQ) شامل ۲۸ سؤال است که توسط گلدبرگ و همکاران به منظور ارزیابی وضعیت سلامت روان طراحی شده است(۱۸). این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی است. هر خرده‌مقیاس شامل ۷ سؤال بوده و نمره‌گذاری بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

(۰ تا ۳) انجام می‌شود. نمره هر خرده‌مقیاس از مجموع نمرات گویه‌های مربوط به آن و نمره کل از مجموع نمرات چهار خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود. دامنه نمره کل پرسشنامه ۰ تا ۸۴ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده وجود مشکلات بیشتر و وضعیت نامطلوب‌تر سلامت روان است.

در این مطالعه از نسخه فارسی پرسشنامه که توسط تقوی اعتباریابی شده است، استفاده شد. در نسخه فارسی، ضرایب پایایی به روش‌های بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است و برای تعیین روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد(۱۹) .

*تجزیه و تحلیل آماری*

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شد.

نرمال بودن توزیع متغیرهای اصلی با استفاده از آزمون کولموگروف–اسمیرنوف با اصلاح لیلیفورز (Lilliefors) بررسی شد. بر اساس نتایج این آزمون، به‌جز متغیر سن، سایر متغیرهای کمی از توزیع نرمال تبعیت نمی‌کردند؛ بنابراین، برای مقایسه متغیرهای مورد مطالعه بین گروه‌های مستقل از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده شد. برای مقایسه دو گروه مستقل از آزمون من‌ویتنی U و برای مقایسه بیش از دو گروه مستقل از آزمون کروسکال– والیس استفاده شد.

برای بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته ها

در این مطالعه، ۱۰۱ شرکت‌کننده با میانگین سنی ۷۴/۹±۸۴/۹۹ سال مورد بررسی قرار گرفتند که شامل ۳۹ نفر زن (۳۸/۶ درصد) و ۶۲ نفر مرد (۶۱/۴) بودند. میانگین سن زنان و مردان به‌ترتیب ۸/۱۹ ± ۷۶/۹۵ و ۱۰/۸۲ ± ۷۳/۵۲ سال بود. از میان شرکت‌کنندگان، ۴۴ نفر (۴۳/۶ درصد) متاهل؛ ۷۹ نفر (۷۸/۲ درصد) بی‌سواد و ۵۰ نفر (۴۹/۵ درصد) دارای سه فرزند و بیشتر بودند.

در بررسی بیماری‌های زمینه‌ای، هر شرکت‌کننده می‌توانست بیش از یک بیماری داشته باشد؛ بنابراین، مجموع فراوانی‌ها و درصدهای مربوط به انواع بیماری‌های زمینه‌ای الزاماً برابر با حجم نمونه نیست. شایع‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای به‌ترتیب شامل بیماری‌های اسکلتی با ۷۳ نفر (۷۲/۳ درصد)، سایر بیماری‌ها با ۷۰ نفر (۶۹/۳ درصد) و بیماری‌های قلبی‌عروقی با ۵۱ نفر (۵۰/۵ درصد) بود. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، وضعیت شغلی و انواع بیماری‌های زمینه‌ای در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

**جدول شماره ۱:** توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، وضعیت شغلی و نوع بیماری‌های زمینه‌ای سالمندان مقیم خانه سالمندان مورد مطالعه

| مشخصه‌های دموگرافیک | طبقه بندی | تعداد(درصد) |
|---|---|---|
| جنس | زن | ۳۹(۳۸/۶) |
| | مرد | ۶۲(۶۱/۴) |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۴۴(۴۳/۶) |
| | مجرد | ۲۱(۲۰/۸) |
| | متارکه | ۳(۳/۰) |
| | همسر فوت شده | ۳۳(۳۲/۷) |
| سطح تحصیلات | بی سواد | ۷۹(۷۸/۲) |
| | ابتدایی | ۱۲(۱۱/۹) |
| | راهنمایی و بالاتر | ۱۰(۹/۹) |
| تعداد فرزندان | بدون فرزند | ۳۱(۳۰/۷) |
| | یک یا دو فرزند | ۲۰(۱۹/۸) |
| | سه فرزند و بیشتر | ۵۰(۴۹/۵) |
| نوع بیماری زمینه ای* | قلبی-عروقی | ۵۱(۵۰/۵) |
| | دیابت | ۱۵(۱۴/۹) |
| | کلیوی | ۹(۸/۹) |
| | تنفسی | ۲۳(۲۲/۸) |
| | اسکلتی | ۷۳(۷۲/۳) |
| | سایر بیماری‌ها | ۷۰(۶۹/۳) |
| وضعیت شغلی | بازنشسته با حقوق | ۳(۳/۰) |
| | از کار افتاده | ۲۳(۲۲/۸) |
| | بیکار | ۷۵(۷۴/۳) |

*برای متغیر نوع بیماری زمینه‌ای، هر شرکت‌کننده می‌توانست بیش از یک بیماری را گزارش کند؛ بنابراین فراوانی‌ها و درصدهای مربوط به این متغیر به‌صورت چندپاسخی محاسبه شده و مجموع آن‌ها با حجم کل نمونه (۱۰۱ نفر) برابر نیست.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

در بررسی شاخص‌های کمی پژوهش، با توجه به غیرنرمال بودن توزیع بیشتر متغیرهای کمی، برای توصیف ابعاد پرسشنامه‌های سلامت عمومی و خودشفقت‌ورزی، میانه و دامنه بین چارکی گزارش شد. تنها متغیر سن توزیع نرمال داشت و با میانگین و انحراف معیار توصیف شد.

میانه نمره علائم جسمانی پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ و دامنه بین چارکی آن ۱۱ تا ۱۵ بود، همچنین میانه نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب ۱۱ با دامنه بین چارکی ۱۰ تا ۱۳، میانه نمره کارکرد اجتماعی ۱۹ با دامنه بین چارکی ۱۷ تا ۲۱، میانه علائم افسردگی ۷ با دامنه بین چارکی ۷ تا ۹ و میانه نمره کل سلامت عمومی ۵۱ با دامنه بین چارکی ۵۰ تا ۵۴ گزارش شد. همچنین، میانه نمره خودشفقت‌ورزی ۳۱ با دامنه بین چارکی ۲۵ تا ۳۷/۵ بود. (جدول شماره ۲)

در مقایسه زنان و مردان، بر اساس آزمون من‌ویتنی (جدول شماره ۳)، تفاوت آماری معنی داری در نمره کل سلامت عمومی مشاهده نشد(P =۰/۱۶۵) با این حال، در ابعاد علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی و همچنین نمره خودشفقت‌ورزی، تفاوت بین زنان و مردان از نظر آماری معنی دار بود(P <۰/۰۰۱).

در بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی، بر اساس آزمون کروسکال‌والیس، بین گروه‌های شغلی در ابعاد علائم اضطرابی و اختلال خواب(P =۰/۰۳۰) و کارکرد اجتماعی (P =۰/۰۳۶) تفاوت آماری معنادار مشاهده شد. در گروه‌بندی بر اساس تعداد فرزندان و سطح تحصیلات، تنها متغیر سن تفاوت آماری معنی دار نشان داد. در گروه‌های مختلف وضعیت تأهل، همه نمرات به‌جز سن و نمره کل سلامت عمومی از نظر آماری تفاوت معنی دار داشتند. سایر اطلاعات در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

در جدول شماره ۵ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. با توجه به نرمال نبودن توزیع بیشتر متغیرهای کمی، ضرایب همبستگی با استفاده از آزمون همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن محاسبه شدند؛ این ضریب برخلاف همبستگی پیرسون، مبتنی بر رتبه‌بندی داده‌ها بوده و نیازمند احراز نرمال بودن توزیع یا خطی بودن دقیق رابطه بین متغیرها نیست.

بر اساس نتایج، بین نمره خودشفقت‌ورزی و خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی(rs = – ۰/۴۰۹، P <۰/۰۰۱)، علائم اضطرابی و اختلال خواب(rs = – ۰/۳۴۳، P <۰/۰۰۱) و علائم افسردگی(rs = – ۰/۳۱۶، P <۰/۰۰۱) همبستگی معکوس و معنادار مشاهده شد، به‌گونه‌ای که نمره خودشفقت‌ورزی بالاتر با نمره پایین‌تر (علائم کمتر) در این ابعاد همراه بود. در مقابل، بین خودشفقت‌ورزی و خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی همبستگی مستقیم و معنادار مشاهده شد(rs =۰/۵۴۸، P <۰/۰۰۱).

**جدول شماره ۲:** شاخص‌های توصیفی نمرات پرسش‌نامه سلامت عمومی و خودشفقت‌ورزی سالمندان

| متغیر | میانه | دامنه بین چارکی ($Q_1$-$Q_3$) |
|---|---|---|
| شاخص‌های عددی سلامت عمومی | | |
| علائم جسمانی | ۱۲ | ۱۵-۱۱ |
| علائم اضطرابی و اختلال خواب | ۱۱ | ۱۳-۱۰ |
| کارکرد اجتماعی | ۱۹ | ۲۱-۱۷ |
| علائم افسردگی | ۷ | ۹-۷ |
| GHQ (نمره کل سلامت عمومی) | ۵۱ | ۵۴-۵۰ |
| شاخص عددی خودشفقت‌ورزی | | |
| خودشفقت‌ورزی | ۳۱ | ۳۷/۵ – ۲۵ |

**جدول شماره ۳:** مقایسه میانگین نمرات پرسش‌نامه GHQ و خودشفقت ورزی در زنان و مردان سالمند ساکن خانه‌های سالمندان شهر سنندج در سال ۱۴۰۰

| | | جنس | تعداد | میانگین | انحراف معیار | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| سنجه‌های پرسش‌نامه GHQ | سن | زن | ۳۹ | ۷۶/۹۴ | ۸/۱۹ | ۰/۰۹۹ |
| | | مرد | ۶۲ | ۷۳/۵۱ | ۱۰/۸۲ | |
| | علائم جسمانی | زن | ۳۹ | ۱۱/۵۸ | ۱/۴۹ | <۰/۰۰۱ |
| | | مرد | ۶۲ | ۱۳/۵۹ | ۱/۷۰ | |
| | علائم اضطرابی و اختلال خواب | زن | ۳۹ | ۱۰/۳۸ | ۱/۹۴ | <۰/۰۰۱ |
| | | مرد | ۶۲ | ۱۲/۷۵ | ۳/۲۵ | |
| | کارکرد اجتماعی | زن | ۳۹ | ۲۱/۸۴ | ۲/۰۳ | <۰/۰۰۱ |
| | | مرد | ۶۲ | ۱۷/۴۳ | ۲/۰۶ | |
| | علائم افسردگی | زن | ۳۹ | ۷/۹۷ | ۲/۳۷ | <۰/۰۰۱ |
| | | مرد | ۶۲ | ۸/۹۶ | ۲/۳۶ | |
| | نمره کلی GHQ | زن | ۳۹ | ۵۱/۷۹ | ۳/۷۰ | ۰/۱۶۵ |
| | | مرد | ۶۲ | ۵۲/۷۵ | ۴/۱۵ | |
| | خودشفقت‌ورزی | زن | ۳۹ | ۳۸/۸۴ | ۴/۵۲ | <۰/۰۰۱ |
| | | مرد | ۶۲ | ۲۶/۸۰ | ۵/۲۹ | |

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

**جدول شماره ٤:** مقایسه میانگین نمرات پرسشنامه‌های GHQ و خودشفقت ورزی بر اساس متغیرهای دموگرافیک در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر سنندج در سال ۱۴۰۰ با استفاده از آزمون کروسکال والیس

| | | سن<br>انحراف معیار ± میانگین | علائم جسمانی<br>انحراف معیار ± میانگین | علائم اضطرابی و اختلال خواب<br>انحراف معیار ± میانگین | کارکرد اجتماعی<br>انحراف معیار ± میانگین | علائم افسردگی<br>انحراف معیار ± میانگین | GHQ<br>انحراف معیار ± میانگین | خودشفقت‌ورزی<br>انحراف معیار ± میانگین |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | بازنشسته با حقوق | ۶۹ ± ۴/۳۵ | ۱۴ ± ۲/۶۴ | ۱۰/۳۳ ± ۰/۵۷ | ۱۸/۶۶ ± ۴/۱۶ | ۸/۶۶ ± ۲/۸۸ | ۵۱/۶۶ ± ۴/۰۴ | ۳۲/۶۶ ± ۱۲/۸۹ |
| وضعیت شغلی | از کار افتاده | ۷۴/۹۵ ± ۹/۴۶ | ۱۳/۰۴ ± ۲/۰۱ | ۱۲/۸۲ ± ۲/۵۱ | ۱۷/۶۵ ± ۲/۶۳ | ۹/۳۰ ± ۲/۶۷ | ۵۲/۸۲ ± ۴/۱۸ | ۲۹/۸۲ ± ۶/۳۱ |
| | بیکار | ۷۵/۰۴ ± ۱۰/۳۰ | ۱۲/۷۰ ± ۱/۸۳ | ۱۱/۶۰ ± ۳/۱۸ | ۱۹/۶۱ ± ۲/۹۱ | ۸/۳۶ ± ۲/۲۹ | ۵۲/۲۸ ± ۳/۹۷ | ۳۱/۹۰ ± ۷/۹۴ |
| | کل | ۷۴/۸۴ ± ۹/۹۸ | ۱۲/۸۲ ± ۱/۸۹ | ۱۱/۸۴ ± ۳/۰۴ | ۱۹/۱۳ ± ۲/۹۷ | ۸/۵۸ ± ۲/۴۰ | ۵۲/۳۸ ± ۳/۹۹ | ۳۱/۴۵ ± ۷/۷۲ |
| | سطح معنی داری | ۰/۴۵۶ | ۰/۴۹۵ | ۰/۰۳۰ | ۰/۰۳۶ | ۰/۲۸۶ | ۰/۸۶۵ | ۰/۵۰۷ |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۷۴/۶۵ ± ۹/۸۹ | ۱۳/۴۷ ± ۱/۸۹ | ۱۳/۰۴ ± ۳/۴۸ | ۱۷/۸۸ ± ۲/۳۵ | ۹/۱۱ ± ۲/۳۳ | ۵۳/۵۲ ± ۴/۳۱ | ۲۷/۳۱ ± ۵/۵۲ |
| | مجرد | ۷۱/۵۲ ± ۱۲/۱۶ | ۱۲/۹۰ ± ۱/۷۵ | ۱۱/۳۸ ± ۲/۰۱ | ۱۸/۵۲ ± ۳/۰۷ | ۸/۲۸ ± ۲/۴۳ | ۵۱/۰۹ ± ۳/۰۳ | ۳۰/۹۰ ± ۷/۵۰ |
| | متارکه | ۷۳/۶۶ ± ۶/۵۰ | ۱۲/۶۶ ± ۲/۰۸ | ۱۱/۶۶ ± ۱/۵۲ | ۲۰/۶۶ ± ۰/۵۷ | ۱۰/۶۶ ± ۶/۳۵ | ۵۵/۶۶ ± ۹/۲۹ | ۴۲/۶۶ ± ۳/۷۸ |
| | همسر فوت شده | ۷۷/۳۰ ± ۸/۴۴ | ۱۱/۹۰ ± ۱/۶۴ | ۱۰/۵۴ ± ۲/۴۶ | ۲۱/۰۶ ± ۲/۷۹ | ۷/۸۷ ± ۱/۷۹ | ۵۱/۳۹ ± ۲/۹۷ | ۳۶/۳۰ ± ۷/۰۱ |
| | کل | ۷۴/۸۴ ± ۹/۹۸ | ۱۲/۸۲ ± ۱/۸۹ | ۱۱/۸۴ ± ۳/۰۴ | ۱۹/۱۳ ± ۲/۹۷ | ۸/۵۸ ± ۲/۴۰ | ۵۲/۳۸ ± ۳/۹۹ | ۳۱/۴۵ ± ۷/۷۲ |
| | سطح معنی داری | ۰/۳۳۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۶ | ۰/۰۵۳ | <۰/۰۰۱ |
| تعداد فرزندان | بدون فرزند | ۷۳/۶۱ ± ۱۱/۲۶ | ۱۳/۰۳ ± ۱/۹۵ | ۱۱/۶۴ ± ۲/۲۱ | ۱۸/۱۶ ± ۳/۰۴ | ۹ ± ۳/۰۴ | ۵۱/۸۳ ± ۴/۰۵ | ۳۱/۵۸ ± ۷/۰۸ |
| | یک یا دو فرزند | ۷۱ ± ۶/۲۹ | ۱۳/۰۵ ± ۱/۵۷ | ۱۱/۶۵ ± ۲/۹۴ | ۱۹/۲۵ ± ۳/۰۷ | ۸/۷۵ ± ۲/۱۴ | ۵۲/۷۰ ± ۳/۳۷ | ۳۱/۸۰ ± ۷/۳۱ |
| | سه فرزند و بیشتر | ۷۷/۱۴ ± ۹/۹۰ | ۱۲/۶۰ ± ۱/۹۷ | ۱۲/۰۴ ± ۳/۵۲ | ۱۹/۷۰ ± ۲/۷۸ | ۸/۲۶ ± ۲/۰۳ | ۵۲/۶۰ ± ۴/۲۱ | ۳۱/۲۴ ± ۸/۳۶ |
| | کل | ۷۴/۸۴ ± ۹/۹۸ | ۱۲/۸۲ ± ۱/۸۹ | ۱۱/۸۴ ± ۳/۰۴ | ۱۹/۱۳ ± ۲/۹۷ | ۸/۵۸ ± ۲/۴۰ | ۵۲/۳۸ ± ۳/۹۹ | ۳۱/۴۵ ± ۷/۷۲ |
| | سطح معنی داری | ۰/۰۴۳ | ۰/۵۱۸ | ۰/۹۵۳ | ۰/۱۰۷ | ۰/۲۹۶ | ۰/۵۰۸ | ۰/۹۷۴ |
| سطح تحصیلات | بیسواد | ۷۶/۳۲ ± ۱۰/۰۹ | ۱۲/۶۹ ± ۱/۸۹ | ۱۱/۹۶ ± ۳/۱۸ | ۱۹/۳۲ ± ۳/۰۵ | ۸/۴۵ ± ۲/۴۳ | ۵۲/۴۴ ± ۴/۲۴ | ۳۲/۱۷ ± ۷/۳۱ |
| | ابتدایی | ۷۰/۰۸ ± ۸/۹۴ | ۱۳/۵۸ ± ۱/۷۲ | ۱۱/۹۱ ± ۲/۴۶ | ۱۸/۲۵ ± ۱/۸۶ | ۹ ± ۲/۴۴ | ۵۲/۷۵ ± ۳/۳۳ | ۲۶/۵۰ ± ۶/۳۴ |
| | راهنمایی و بالاتر | ۶۸/۸۰ ± ۶/۱۴ | ۱۲/۹۰ ± ۲/۰۲ | ۱۰/۸۰ ± ۲/۵۲ | ۱۸/۷۰ ± ۳/۳۶ | ۹/۱۰ ± ۲/۲۸ | ۵۱/۵۰ ± ۲/۵۴ | ۳۱/۷۰ ± ۱۰/۵۶ |
| | کل | ۷۴/۸۴ ± ۹/۹۸ | ۱۲/۸۲ ± ۱/۸۹ | ۱۱/۸۴ ± ۳/۰۴ | ۱۹/۱۳ ± ۲/۹۷ | ۸/۵۸ ± ۲/۴۰ | ۵۲/۳۸ ± ۳/۹۹ | ۳۱/۴۵ ± ۷/۷۲ |
| | سطح معنی داری | ۰/۰۰۶ | ۰/۳۰۷ | ۰/۳۳۹ | ۰/۴۷۵ | ۰/۴۳۲ | ۰/۷۰۱ | ۰/۰۵۸ |

**جدول شماره ٥:** ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر سنندج در سال ۱۴۰۰

| متغیرها | | سن | علائم جسمانی | علائم اضطرابی و اختلال خواب | کارکرد اجتماعی | علائم افسردگی | GHQ | خودشفقت‌ورزی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سن | ضریب همبستگی | ۱/۰۰۰ | | | | | | |
| | سطح معنی داری | | | | | | | |
| علائم جسمانی | ضریب همبستگی | -۰/۲۰۱ | ۱/۰۰۰ | | | | | |
| | سطح معنی داری | ۰/۰۴۴ | | | | | | |
| علائم اضطرابی و اختلال خواب | ضریب همبستگی | -۰/۱۱۴ | ۰/۳۸۶ | ۱/۰۰۰ | | | | |
| | سطح معنی داری | ۰/۲۵۸ | <۰/۰۰۱ | | | | | |
| کارکرد اجتماعی | ضریب همبستگی | ۰/۰۳۹ | -۰/۵۲۵ | -۰/۵۴۹ | ۱/۰۰۰ | | | |
| | سطح معنی داری | ۰/۶۹۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | | | | |
| علائم افسردگی | ضریب همبستگی | -۰/۰۶۵ | ۰/۴۱۱ | ۰/۲۱۵ | -۰/۴۴۵ | ۱/۰۰۰ | | |
| | سطح معنی داری | ۰/۵۲۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۳۱ | <۰/۰۰۱ | | | |
| GHQ | ضریب همبستگی | -۰/۱۶۲ | ۰/۵۳۵ | ۰/۵۱۲ | -۰/۰۶۱ | ۰/۵۲۷ | ۱/۰۰۰ | |
| | سطح معنی داری | ۰/۱۰۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۴۳ | <۰/۰۰۱ | | |
| خودشفقت‌ورزی | ضریب همبستگی | ۰/۱۳۴ | -۰/۴۰۹ | -۰/۳۴۳ | ۰/۵۴۸ | -۰/۳۱۶ | -۰/۱۱۹ | ۱/۰۰۰ |
| | سطح معنی داری | ۰/۱۸۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | ۰,۰۰۱ | ۰/۲۳۶ | |

با این حال، بین نمره خودشفقت‌ورزی و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) همبستگی معناداری مشاهده نشد(rs = -۰/۱۱۹، P =۰/۲۳۶)؛ همچنین بین خودشفقت‌ورزی و سن همبستگی معناداری وجود نداشت(rs =۰/۱۳۴، P =۰/۱۸۱) علاوه بر این، بین سن و خرده‌مقیاس علائم جسمانی همبستگی معکوس و معنادار مشاهده شد(rs = -۰/۲۰۱، P =۰/۰۴۴)، به‌گونه‌ای که با افزایش سن، نمره علائم جسمانی گزارش‌شده کاهش می‌یافت. بین سن و سایر خرده‌مقیاس‌ها یا نمره کل GHQ همبستگی معنی داری وجود نداشت.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

## بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین خودشفقت‌ورزی و وضعیت سلامت روان در سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر سنندج بود. میانگین نمره خودشفقت‌ورزی و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) شرکت‌کنندگان به‌ترتیب برابر با ۷/۷۲ ± ۳۱/۴۵ و ۳/۹۹ ± ۵۲/۳۸ بود. یافته‌های مطالعه نشان داد بین نمره کل خودشفقت‌ورزی و نمره کل GHQ-28 ارتباط آماری معناداری وجود ندارد؛ با این حال، خودشفقت‌ورزی با خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی ارتباط معنادار داشت. این الگو نشان می‌دهد ارتباط خودشفقت‌ورزی با سلامت روان در جمعیت مورد مطالعه بیشتر در سطح برخی خرده‌مقیاس‌های اختصاصی GHQ-28 مشاهده می‌شود و نمی‌توان آن را به یک ارتباط کلی و یکپارچه با نمره کل این پرسشنامه تعمیم داد.

یکی از اهداف اولیه این طرح بررسی فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد حاضر در خانه سالمندان این شهرستان بود. در این مطالعه میانگین سنی سالمندان حاضر در مطالعه ۷۴/۸ سال بود؛ در حالی‌که در مطالعه اپیدمیولوژیک امیدپناه و همکاران که در سال ۲۰۲۱ در خانه‌های سالمندان شهر کرمانشاه انجام گرفت این میزان برابر با ۱۰/۲۸ ± ۷۱/۶۷ سال بود(۲۰). همچنین در مطالعه دیگری که توسط زمان زاده و همکاران در سال ۲۰۱۵ بر روی جمعیت سالمندان حاضر در خانه‌های سالمندان استان‌های آذربایجان شرقی و اردبیل انجام گرفت، میانگین سنی افراد حاضر برابر با ۶۹ سال بود(۲۱). این در حالی است که در مطالعه اپیدمیولیوژیک دیگری که در خانه‌های سالمندان شهر تهران در سال ۲۰۱۳ انجام گرفت این میانگین برابر با ۸/۷ ± ۷۵/۸ سال بود(۲۲). اختلاف این مقادیر در مناطق مختلف را می‌توان به متفاوت بودن عواملی چون سطح درآمد خانواده‌ها، میزان عواطف و احساسات خانوادگی و ترس خانواده‌ها از واکنش دوستان و آشنایان نسبت داد(۲۳).

در مطالعه حاضر از میان ۱۰۱ سالمند شرکت کننده در مطالعه ۳۹ نفر (۳۸/۶ درصد) زن بودند. همچنین از میان این افراد ۴۴ نفر (۴۳/۶ درصد) متأهل و ۲۱ نفر (۲۰/۸ درصد) مجرد بودند. علاوه بر این ۱۰ نفر (۹/۹ درصد) از این سالمندان سطح تحصیلات در حد راهنمایی و بالاتر و ۱۲ نفر (۱۱/۹ درصد) تحصیلات ابتدایی داشتند؛ در حالی‌که ۷۹ نفر (۷۸/۲ درصد) بی سواد بودند. همچنین از ۱۰۱ نفر حاضر در این مطالعه ۳۱ نفر (۳۰/۷ درصد) بدون فرزند، ۲۰ نفر (۱۹/۸ درصد) دارای یک یا دو فرزند و ۵۰ نفر (۴۹/۵ درصد) دارای بیش از دو فرزند بودند. این در حالی‌ست که در مطالعه ناظمی و همکاران از میان ۲۴۴ سالمند بررسی شده در خانه‌های سالمندان شهر تهران ۱۳۰ نفر (۵۳/۳ درصد) زن بودند؛ همچنین از میان این افراد ۱۳۸ نفر (۵۶/۶ درصد) با سواد (در حد زیر دیپلم) بودند و ۶۵ نفر از آن‌ها تحصیلات در حد دیپلم و یا تحصیلات دانشگاهی داشتند در حالی‌که ۱۰۶ نفر (۴۳/۴ درصد) بی سواد بودند؛ علاوه بر این ۵۷/۸ درصد این افراد بین ۰ تا ۲ فرزند و بقیه دست‌کم ۳ فرزند داشتند. در این مطالعه ۱۶۶ نفر در گروه متأهل و ۴۲ نفر در گروه مجرد بوده و ۳۶ نفر از همسر خود جدا شده بودند(۲۲). در مطالعه اپیدمیولوژیک دیگری که بر روی افراد خانه سالمندان شهر ساری مازندران انجام شد از مجموع ۷۰ نفر، ۴۲ نفر (۶۰ درصد) جنسیت مذکر داشتند. در میان این افراد ۱۲ نفر (۱۷/۱ درصد) متأهل، ۱۹ نفر (۲۷/۱ درصد) مجرد بوده و ۳۹ نفر (۵۵/۷ درصد) از همسر خود طلاق گرفته و یا وی را از دست داده بودند. همچنین از میان این افراد ۴۷ نفر (۶۷/۱ درصد) بی سواد بوده ۱۶ نفر (۲۶/۹ درصد) تحصیلات در حد زیر دیپلم و ۷ نفر (۱۰ درصد) بالای دیپلم داشتند؛ علاوه بر این از این ۷۰ سالمند، ۳۳ نفر (۴۷/۱ درصد) حداکثر دارای دو فرزند و بقیه حداقل دارای ۳ فرزند بودند(۲۴).

نمره خودشفقت‌ورزی در زنان و مردان تفاوت آماری معنی داری داشت و زنان نمرات بالاتری کسب



[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

کردند. این یافته با برخی مطالعات پیشین همسو نیست؛ برای نمونه در مطالعه نف، زنان میانگین نمره خودشفقت‌ورزی پایین‌تری داشتند(۲۵)، و در مطالعه راس، مردان سالمند نمره بالاتری کسب کردند(۲۶). تبیین دقیق این تفاوت جهت، که ممکن است با عوامل فرهنگی-اجتماعی جمعیت‌های مورد بررسی مرتبط باشد، نیازمند بررسی مستقیم این عوامل در مطالعات آینده است.

بین سن و نمره خودشفقت‌ورزی همبستگی مثبت ضعیفی مشاهده شد که از نظر آماری معنادار نبود؛ بنابراین بر اساس داده‌های این مطالعه نمی‌توان افزایش خودشفقت‌ورزی را با افزایش سن مرتبط دانست. در مقابل، بین سن و خرده‌مقیاس علائم جسمانی همبستگی معکوس و معنادار مشاهده شد، به‌گونه‌ای که با افزایش سن، نمره علائم جسمانی گزارش‌شده کاهش می‌یافت. تبیین دقیق این یافته نیازمند بررسی سایر عوامل مرتبط با سلامت جسمانی سالمندان است که در این مطالعه بررسی نشدند.

بین نمره خودشفقت‌ورزی و خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی پرسش‌نامه سلامت عمومی همبستگی مستقیم و معناداری مشاهده شد. با توجه به اینکه در ساختار استاندارد GHQ-28 این خرده‌مقیاس بیانگر «اختلال در کارکرد اجتماعی» است (نمره بالاتر نشان‌دهنده اختلال بیشتر، هم‌راستا با سایر خرده‌مقیاس‌های این ابزار)، همبستگی مستقیم مشاهده‌شده با نمره خودشفقت‌ورزی جهتی برخلاف سه خرده‌مقیاس دیگر (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، افسردگی) نشان می‌دهد و برخلاف انتظار اولیه است. این یافته نیازمند تفسیر محتاطانه است و ممکن است بخشی از دلیل عدم معناداری همبستگی خودشفقت‌ورزی با نمره کل GHQ-28را توضیح دهد، چرا که جهت متفاوت این خرده‌مقیاس می‌تواند اثر سایر خرده‌مقیاس‌ها را در نمره کل خنثی کرده باشد. تبیین دقیق این یافته غیرمنتظره نیازمند بررسی مجدد نحوه نمره‌گذاری این خرده‌مقیاس در نسخه فارسی ابزار و مطالعات تکمیلی در جمعیت سالمندان است.

همچنین، بین خود شفقت ورزی و علائم افسردگی رابطه معکوس و معناداری مشاهده شد. این یافته ها با نتایج مطالعات انجام شده در جمعیت سالمندان که ارتباط خود شفقت ورزی با سطوح پایین تر افسردگی را گزارش کرده اند، همسو است(۹، ۲۷، ۲۸). برای نمونه کیم و همکاران (۲۰۱۸) نیز دریافتند سالمندانی که خودشفقت‌ورزی بالاتری دارند، شیوع کمتری از افسردگی را گزارش می‌کنند(۹). یک تبیین احتمالی این است که افراد با خودشفقت‌ورزی بالاتر با نگرش ملایم‌تری با دشواری‌های دوران سالمندی مواجه می‌شوند و کمتر دچار خودقضاوتی و انزوا می‌گردند(۹، ۲۹، ۳۰) ؛ با این حال، با توجه به طراحی مقطعی مطالعه حاضر، این تبیین‌ها جنبه فرضی دارند و امکان تعیین جهت علّی این رابطه وجود ندارد.

همچنین، بین خودشفقت‌ورزی و خرده‌مقیاس اضطراب و اختلال خواب همبستگی معکوس و معنی داری مشاهده شد، یافته‌ای که با نتایج نف و همکاران (۲۰۰۷) همسو است؛ آنان نیز گزارش کردند خودشفقت‌ورزی بالاتر با شیوع کمتر علائم اضطرابی همراه است(۳۱). این ارتباط ممکن است با کاهش ترس از شکست و درک واقع‌بینانه‌تر افراد از توانایی‌های خود در افراد با خودشفقت‌ورزی بالاتر مرتبط باشد(۳۲، ۳۳). یکی دیگر از عوامل مؤثر ممکن است این باشد که افرادی که خودشفقت‌ورزی بالاتری دارند، میزان نشخوار فکری در آن‌ها کمتر است و در نتیجه کمتر دچار نگرانی و اضطراب می‌شوند(۲۶).

عدم مشاهده ارتباط معنی دار بین نمره کلی خود شفقت ورزی و نمره کل (GHQ)، در کنار وجود ارتباط با برخی خرده مقیاس های GHQ، نشان می دهد که رابطه میان خود شفقت ورزی و سلامت روان ممکن است در ابعاد مختلف سلامت روان یکسان نباشد. این تفاوت می تواند به ماهیت چند بعدی سلامت روان و

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

تفاوت در محتوای خرده مقیاس های GHQمربوط باشد. از سوی دیگر حجم نمونه محدود مطالعه و مقطعی بودن طراحی پژوهش می تواند توان مطالعه برای شناسایی برخی روابط را کاهش داده باشد و احتمال خطای نوع دوم را نیز نمی توان نادیده گرفت.

علاوه بر این، وجود عوامل متعددی مانند سن، جنس، وضعت تاهل، تحصیلات، بیماری های زمینه ای و شرایط زندگی در خانه سالمندان می تواند بر سلامت روان سالمندان اثر گذار باشد. از آنجا که تحلیل های مطالعه حاضر عمدتا بر رابط دو متغییره متر کز بوده است، امکان کنترل همزمان این عوامل وجود نداشته است.

در مجموع یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که خود شفقت ورزی با برخی ابعاد سلامت روان در سالمندان مقیم خانه سالمندان ارتباط دارد، در حالی که ارتباط آن با نمره کل GHQ28از نظر آماری معنادار نبود. بنابراین، یافته های حاضر از وجود یک ارتباط کلی میان خود شفقت ورزی و سلامت روان حمایت نمی کند، بلکه بر ارتباط خود شفقت ورزی با برخی از مؤلفه های اختصاصی سلامت روان تأکید دارد. مطالعات آینده با حجم نمونه بزرگ تر، طراحی طولی و در صورت امکان طراحی های مداخله ای می توانند به روشن شدن جهت و ماهیت این روابط کمک کنند.

*محدودیت‌های مطالعه*

این مطالعه با چند محدودیت همراه بود. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود بود و نمونه‌گیری تنها از یک خانه سالمندان در شهر سنندج انجام شد؛ این محدودیت جغرافیایی و حجمی، همراه با روش سرشماری، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد و تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌های سالمند مقیم مراکز نگهداری باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، طراحی مقطعی مطالعه امکان استنباط علّی درباره روابط مشاهده‌شده را فراهم نمی‌کند. سوم، داده‌ها با ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شدند که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشند. چهارم، تحلیل‌ها عمدتاً به روابط دومتغیره محدود بودند و مدل چندمتغیره‌ای برای کنترل هم‌زمان عوامل مخدوش‌کننده بالقوه اجرا نشد. پنجم، با توجه به انجام تعداد زیادی آزمون آماری جداگانه بدون اعمال تصحیح برای مقایسه‌های متعدد، احتمال افزایش خطای نوع اول در برخی یافته‌ها وجود دارد. در نهایت، به‌دلیل محدودیت دسترسی به داده‌های سطح آیتم در این تحلیل ثانویه، محاسبه پایایی ابزارها در نمونه حاضر، انجام مقایسات زوجی پس از آزمون کروسکال-والیس و شناسایی و بررسی داده‌های پرت میسر نبود.

## سپاسگزاری

نویسندگان این مطالعه مراتب قدردانی خود را از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، به‌دلیل تصویب این طرح و هماهنگی‌های لازم در خصوص اجرای این پژوهش اعلام می‌دارند. همچنین از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بابت همکاری در تصویب این طرح پژوهشی دانشجویی، سپاسگزاری می‌نمایند. این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است.

*ملاحظات اخلاقی*

*پیروی از اصول اخلاق پژوهش*

پژوهش حاضر با کد اخلاق (IR.MUK.REC.1400.134) در دانشگاه علوم پزشکی کردستان تصویب شده است.

*مشارکت نویسندگان*

تمام نویسندگان در نگارش بخش‌های این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

## References


1- World Health Organization. Ageing: global population [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Sep 9]. Available from: https: //www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing

2- United Nations Department of Economic and Social Affairs. World social report 2023: leaving no one behind in an ageing world [Internet]. New York: United Nations; 2023 [cited 2026 Sep 9]. Available from: https: //www.un-ilibrary.org/content/books/9789210019682

3- Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. Soc Sci Med 2000; 51(6): 887-895. PMID: 10972432

4- Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? Glob Health Action 2016; 9(1): 32156. PMID: 27876456

5- Manookian A, Navab E, Zomorodi M. The relationship between self-compassion and attitude to ageing in middle aged people. Iran J Nurs Res 2020; 15(5): 20-28.

6- Danial Z, Motamedi M, Mirhashemi S, Kazemi A, Mirhashemi AH. Ageing in Iran. Lancet 2014; 384(9958): 1927. PMID: 25435450

7- Hamedanchi A, Momtaz YA, Khankeh HR, Zanjari N. The growth trend of never-married elderly population in Iran in the third millennium. J Family Med Prim Care 2020; 9(6): 2837-2842. PMID: 32984135

8- Laidlaw K, Pachana NA. Aging, mental health, and demographic change: challenges for psychotherapists. Prof Psychol Res Pr 2009; 40(6): 601-608.

9- Kim C, Ko H. The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. Geriatr Nurs 2018; 39(6): 623-628. PMID: 30054094

10- Segal DL, Qualls SH, Smyer MA. Aging and Mental Health. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2018.

11- Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. Age Ageing 2020; 49(5): 748-757. PMID: 32396600

12- Lapane KL, Lim E, McPhillips E, Barooah A, Yuan Y, Dube CE. Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Arch Gerontol Geriatr 2022; 102: 104728. PMID: 35597183

13- Wang Q, Huang X, Liu M, Wang C, Sun Z, Huang C, et al. Prevalence and risk factors of depression among elderly people in nursing homes from 2012 to 2022: a systematic review and meta-analysis. Aging Ment Health 2024; 28(12): 1569-1580. PMID: 38952191

14- Nordhausen T, Langner H, Fleischer S, Meyer G, Berg A. Improving psychosocial health of nursing home residents: a systematic review of interventions for prevention and health promotion. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2019; 147-148: 7-19.

15- Brown L, Huffman JC, Bryant C. Self-compassionate aging: a systematic review. Gerontologist 2019; 59(4): e311-e324. PMID: 30169673

16- Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale.


[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

Clin Psychol Psychother 2011; 18(3): 250-255. PMID: 21584907

17- Shahbazi M, Rajabi G, Maghami E, Jeloudari A. Confirmatory factor structure of the Persian version of the Revised Compassion Rating Scale in a group of prisoners. J Psychol Methods Models 2014; 6(19): 31-46.

18- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9(1): 139-145. PMID: 424481

19- Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. J Psychol 2002; 5(4): 381-398.

20- Omidpanah N, Mohamadinejad F, Safari Faramani R. Prevalence of oral mucosal lesions in nursing homes elderly people in western Iran. Clin Epidemiol Glob Health 2021; 11: 100749.

21- Zamanzadeh V, Rahmani A, Pakpour V, Chenoweth LL, Mohammadi E. Psychosocial changes following transition to an aged care home: qualitative findings from Iran. Int J Older People Nurs 2017; 12(2): e12130.

22- Nazemi L, Skoog I, Karlsson I, Hosseini S, Hosseini M, Hosseinzadeh MJ, et al. Depression, prevalence and some risk factors in elderly nursing homes in Tehran, Iran. Iran J Public Health 2013; 42(6): 559-569. PMID: 23967423

23- Peyrovi H, Mortazavi H, Joolaee S. Challenges of Iranian family members in decision making to put elderly people with chronic diseases in nursing homes: a qualitative study. Arch Sci 2012; 65(10): 178-188.

24- Heydari J, Khani S, Shahhosseini Z. Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: implications for policy makers. Indian J Sci Technol 2012; 5(5): 2782-2787.

25- Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. J Pers 2009; 77(1): 23-50. PMID: 19076996

26- Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Pers Individ Dif 2010; 48(6): 757-761.

27- MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clin Psychol Rev 2012; 32(6): 545-552. PMID: 22796446

28- Muris P, Petrocchi N. Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. Clin Psychol Psychother 2017; 24(2): 373-383. PMID: 26891943

29- Neff K. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self Identity 2003; 2(2): 85-101.

30- Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, editors. Handbook of Mindfulness and Self-Regulation. New York: Springer; 2015. p. 121-137.

31- Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. J Res Pers 2007; 41(1): 139-154.

32- Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. Rev Gen Psychol 2011; 15(4): 289-303.

33- Neff KD, Hsieh YP, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. Self Identity 2005; 4(3): 263-287.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]