

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

**Title:** The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Alzheimer's Elderly

**Authors:** Seyed Farzan Madani<sup>1</sup>, Pegah Farrokhzad<sup>1,\*</sup>

1. *Islamic Azad University, Roudehen Branch, Tehran, Iran*

**\*Corresponding Author:** Pegah Farrokhzad, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Tehran, Iran. Email: dr.pegahfarokhza@gmail.com

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

**Received date:** 2023/11/14

**Revised date:** 2024/04/06

**Accepted date:** 2024/04/09

**First Online Published:** 2024/06/10

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

**Please cite this article as:**

Madani SF, Farrokhzad P. [The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Alzheimer's Elderly (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3786.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3786.1>

## نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

**عنوان:** اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر

**نویسندگان:** سید فرزانه مدنی<sup>۱</sup>، پگاه فرخزاد<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> . دانشگاه ازاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران

\***نویسنده مسئول:** پگاه فرخزاد، دانشگاه ازاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران. ایمیل: [dr.pegahfarokhza@gmail.com](mailto:dr.pegahfarokhza@gmail.com)

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1402/8/23

تاریخ ویرایش: 1403/1/18

تاریخ پذیرش: 1403/1/21

این نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفاً این گونه استناد شود:

Madani SF, Farrokhzad P. [The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Alzheimer's Elderly (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3786.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3786.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

## ABSTRACT

**Objectives** The research aimed to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on caregiver burden and psychological flexibility in caregivers of Alzheimer's Elderly.

**Methods & Materials** The semi-experimental research method and the statistical population were the caregivers of elderly Alzheimer's patients referred to neurology clinics in Tehran in the spring of 2023. Thirty participants were selected using the purposive sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups. Then, treatment focused on compassion was implemented in an experimental group in 8 sessions of 90 minutes during eight weeks. The Second Edition Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) and the Caregiving Pressure Questionnaire (CBI) were completed as pre-test, post-test, and follow-up phases. ANOVA with repeated measures was used to analyse the data with SPSS version 23 statistical software.

**Results** The results showed that compassion-focused therapy was effective in caregiving stress and psychological flexibility in caregivers of the elderly with Alzheimer's disease. The amount of F for the effect of the group on lack of time, interruption in growth, physical pressure, social pressure and emotional pressure was 12.64, 19.23, 19.06, 21.26 and 27.06, respectively. Also, F related to psychological flexibility was obtained as 19.28. The significance level of all cases was less than 0.05, and the effect size was greater than 0.4.

**Conclusion** Therefore, it is recommended for clinical and health psychologists to support the caregiver's family in their role and improve their mental health in the above cases through intervention programs based on treatment focused on compassion so that by improving mental health, they can be more efficient in the treatment process of elderly patients with Alzheimer's disease.

**Keywords:** Aged, Alzheimer's Disease, Family caregivers, Compassion-Focused Therapy, Caregiver Burden, Psychological Flexibility

## Extended Abstract

### Introduction

Dementia is a disorder of cognition, performance, and behaviour that makes a person very dependent on others and requires 24-hour care, usually for family members such as children or spouses. Caregivers' lives due to taking care of Alzheimer's patients are accompanied by changes such as reduced emotional feeling, lack of time, lack of control over personal life, disruption in social life, and emotional and physical pressures (stress, anxiety, and depression). As the stages of Alzheimer's disease progress, the patient's need for care increases. Therefore, the main burden of caring for Alzheimer's patients is on the patient's caregiver, which affects many aspects of caregivers' lives. The research aims to assess the effectiveness of compassion-focused therapy on caregiver burden and psychological flexibility in caregivers of Alzheimer's Elderly.

### Methods

The present research method was semi-experimental, and the design used in this research (pre-test-post-test design with control group and three months follow-up) was two experimental groups and one control group. The statistical population of this research was the caregivers of elderly patients with Alzheimer's disease at neurology clinics in Tehran in the spring of 1402. In this research, the purposeful sampling method was used. For this purpose, by referring to the neurology clinic, the caregivers referring to this clinic in 1402 who have the criteria to enter the research, after screening and according to the entry criteria, the number of 15 people for each group (30 people in total) were chosen. This research has received the code of ethics IR.IAU.R.REC.1402.019 of Islamic Azad University-Rodhan Branch (Research Ethics Committee). To determine the sample size based on previous studies, 15 people were considered for each group to conduct effectiveness research. In the current study, 30 people were considered using the purposeful sampling method; 15 of the subjects were randomly grouped in the first group and 15 in the second group. Descriptive statistics and inferential statistics were used in the data analysis of this research. In the inferential part of the data analysis, before the analysis of variance, the assumptions of the analysis were checked and confirmed by repeated measurement. Also, descriptive statistics such as mean, percentage, standard deviation, frequency distribution tables and graphs were used in the descriptive section, which was done with SPSS version 23 statistical software.

### Results

Participants in this study in terms of demographic characteristics (gender, age and level of education) there is no significant difference between the studied groups and as much as possible, the groups have been tried in terms of demographic characteristics be peers Because the chi-square value calculated to compare the frequencies of participants based on gender ( $\chi^2 (2, n = 30) = 0.56, p = 0.757$ ), the F value calculated to compare the average age of participants ( $F (2, n = 30) = 0.65, p = 0.527$ ) as well as the chi-square value calculated to compare the frequencies of participants based on the level of education ( $\chi^2 (6, n = 30) = 4.01, p = 0.676$ ) is not significant at the  $p \geq 0.05$  level.

The contents of Table 3 for intergroup effects show the treatment group (compassion-focused treatment) and the control group have significant differences in the components of lack of time, interruption in growth, components of physical pressure, social pressure, and emotional pressure of caring pressure; Because F calculated by order (12/64), (19/23), (19/06), (21/26) and (27/06) is significant at  $P < 0.05$  level. In addition, there is a significant difference in psychological flexibility for group therapy (compassion-focused therapy) Because the calculated F (19.28) is significant at  $P < 0.05$  level. The results of Table 3 for the intragroup effects show that there is a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores in the lack of care pressure component Because the calculated F (57.96) is significant at the  $P < 0.05$  level. There is a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores in the component of interruption in the development of care pressure Because the calculated F (332.95) is significant at the  $P < 0.05$  level. There is a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores in the physical stress component of caregiving stress Because the calculated F (20.73) is significant at  $P < 0.05$  level. There is a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores in the social pressure component of care pressure Because the calculated F (133.64) is significant at the  $P < 0.05$  level. There is a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores in the emotional pressure component of care pressure Because

the calculated F (238.69) is significant at  $P < 0.05$  level. In psychological flexibility, there is a significant difference between pre-test, post-test and follow-up scores Because the calculated F (511.65) is significant at  $P < 0.05$  level.

### **Conclusion**

Considering that the effectiveness of compassion-focused treatment on caregiving stress and psychological flexibility in caregivers of elderly people with Alzheimer's has been confirmed in the present study, many family caregivers of elderly people report that what is available is enough to meet their demands or needs. Not; It is recommended for clinical and health psychologists to support caregivers in their role better and improve their mental health in the above cases through intervention programs focused on compassion so that by improving mental health, they can be more efficient with the treatment process of elderly people with Alzheimer's disease.

### **Ethical Considerations**

Compliance with ethical guidelines

This research has received the code of ethics IR.IAU.R.REC.1402.019 of The Islamic Azad University, Roudehen Branch (Research Ethics Committee).

### **Funding**

Self-funded

### **Authors' contribution**

All authors contributed equally to the writing of the article.

### **Acknowledgements**

The authors would like to thank the participants for their support of this research.

### **Conflict of Interest**

There is no conflict of interest.

## چکیده:

**اهداف:** هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با پیگیری ۳ ماهه استفاده شد. جامعه آماری، مراقبین خانوادگی بیماران سالمند مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر تهران در بهار ۱۴۰۲ بودند. پس از اجرای پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل ویرایش دوم (AAQ-II) هیز و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه پرسشنامه‌ی فشار مراقبتی (CBI) نواک و همکاران (۱۹۸۹) در مرحله پیش‌آزمون، حجم نمونه ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. سپس درمان متمرکز بر شفقت بر یک گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۸ هفته متوالی اجرا شد و در نهایت پس از پایان مداخله، مجدداً آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد ( $p \leq 0/05$ ).

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر اثربخش بود. میزان F برای تأثیر گروه بر کمبود زمان، وقفه در رشد، فشار جسمانی، فشار اجتماعی و فشار عاطفی به ترتیب ۱۲/۶۴، ۱۹/۲۳، ۱۹/۰۶، ۲۱/۲۶ و ۲۷/۰۶ بود. همچنین F مربوط به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ۱۹/۲۸ به دست آمد. سطح معنی‌داری تمام موارد کمتر از ۰.۰۵ و اندازه اثر بالاتر از ۰.۴ بود.

**نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود روانشناسان بالینی و سلامت برای حمایت بهتر از مراقبین خانوادگی در نقششان و ارتقا بهداشت روانی آن‌ها در موارد فوق به‌واسطه برنامه‌های مداخله‌ای متمرکز بر شفقت اقدام نمایند تا با ارتقا یافتن سلامت روانی بتوانند کارآمدتر در کنار روند درمان بیماری سالمندان مبتلا به آلزایمر همراه باشند.

**واژه‌های کلیدی:** سالمندان، اختلال آلزایمر، مراقبین خانوادگی، درمان متمرکز بر شفقت، فشار مراقبتی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی



اختلال دمانس<sup>1</sup> گروهی از بیماری‌ها را شامل می‌شود که با کاهش توانایی‌های شناختی، عملکردی و رفتاری مشخص می‌شوند. این کاهش‌ها به حدی است که شخص را بسیار به دیگران وابسته می‌کند و نیازمند مراقبت‌های گسترده و مداوم در طول شبانه‌روز است. معمولاً این مراقبین افراد خانواده مثل همسر یا فرزندان هستند (1). بیماری آلزایمر<sup>2</sup>، یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و تخریب‌کننده در مغز است که بر قدرت هوشی، حافظه و توانایی فرد برای مراقبت از خود تأثیرات عمیقی می‌گذارد. این بیماری رایج‌ترین نوع دمانس است و به آن دمانس پیری<sup>3</sup> نیز گفته می‌شود. علاوه بر این، آلزایمر می‌تواند در تکلم، اجرای فعالیت‌های حرکتی، شناخت افراد یا مکان‌های آشنا، توانایی برنامه‌ریزی، عملکرد، سازمان‌دهی، خلق نوآوری‌ها و استدلال انتزاعی اختلال ایجاد کند (2).

مراقبین خانوادگی<sup>4</sup> افرادی هستند که مسئولیت مراقبت و نگهداری از افراد نیازمند مانند سالمندان، کودکان با نیازهای ویژه، یا افرادی که دچار بیماری‌های مزمن یا ناتوانی‌های جسمی یا ذهنی هستند، را بر عهده دارند. این مراقبت می‌تواند شامل کمک‌های عملی مانند پخت و پز، تمیزکاری، خرید و دیگر فعالیت‌های روزمره و یا دربرگیرنده حمایت عاطفی و ارتباطی باشد. مراقبین خانوادگی اغلب اعضای خانواده یا دوستان نزدیک هستند که این وظیفه را بدون دریافت دستمزد انجام می‌دهند. این نقش می‌تواند چالش‌برانگیز باشد و گاهی اوقات باعث فشار روحی و جسمی بر مراقبین می‌شود. زندگی آنان به علت مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر معمولاً با تغییرات چالش‌برانگیزی همراه است که شامل کاهش حس عاطفی، کمبود وقت، احساس نداشتن کنترل بر زندگی شخصی و اجتماعی، ایجاد فشارهای عاطفی و فیزیکی (استرس، اضطراب و افسردگی) می‌شود. این وضعیت می‌تواند منجر به بروز بیماری‌های مزمن و حاد در مراقبین شود (3). با پیشرفت مراحل بیماری آلزایمر، نیاز بیمار به مراقبت افزایش می‌یابد؛ بنابراین بار اصلی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر بر عهده‌ی مراقب بیمار است که این مسئله تأثیرات چشمگیری بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها دارد (4).

فشار مراقبتی<sup>5</sup> اصطلاحی است که توصیف‌کننده بار روانی، جسمی و مالی ناشی از مراقبت است که بر مراقبت‌کننده تحمیل می‌شود (5). فشار مراقبتی در حکم منبعی از تنیدگی است که از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی با دیگر وظایف مراقب از قبیل نقش‌های اجتماعی، شخصی، عاطفی و امور مالی ناشی می‌شود، (6) و به صورت واکنش جسمی، روانی و اجتماعی توسط مراقبت‌کنندگان تجربه می‌گردد که می‌تواند ابعاد سلامتی آن‌ها را تهدید کند (7). فشار مراقبتی مسئله‌ای است که برای فرد بیمار و خانواده‌اش به شدت مشکل‌ساز است که در نتیجه آن مشکلات مرتبط با سلامتی بسیاری را گزارش می‌کنند (8). این وضعیت می‌تواند تأثیرات عمیق و گسترده‌ای بر کیفیت زندگی و رفاه عمومی مراقبان داشته باشد، زیرا آن‌ها در تلاش هستند تا با نیازهای مداوم و سنگین بیماران خود مقابله کنند. فشار مراقبتی در بیماران مبتلا به آلزایمر از اهمیت بسیاری برخوردار است. مراقبت از افراد مبتلا به آلزایمر به علت تغییرات تدریجی در شخصیت، خلق و خو، و توانایی‌های فردی آنان، با چالش‌های زیادی همراه است. این فشار ممکن است به علت نیاز به توجه و مراقبت مداوم، افزایش وظایف روزمره، و تأثیرات عاطفی ناشی از این مراقبت بر سلامت روانی مراقبان منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها شود. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که فشار مراقبتی می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامت روانی مراقبان داشته باشد (9).

<sup>1</sup>. dementia disorder

<sup>2</sup>. alzheimer's disease

<sup>3</sup>. senile dementia

<sup>4</sup>. family caregivers

<sup>5</sup>. caregiver burden

با این حال، برخی توانمندی‌های روان‌شناختی می‌تواند به مراقبان کمک کند تا شرایط را برای خود آسان‌تر کنند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>6</sup> یکی از این توانمندی‌ها است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان توانایی قرار گرفتن در لحظه حال با آگاهی و گشودگی نسبت به تجربه و انجام عمل با هدایت ارزش‌های خود تعریف شده است (10) بر اساس متاآنالیزها، مشخص شده است که سطح بالای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با کیفیت زندگی بهتر و نتایج روان‌شناختی مطلوب‌تر مرتبط است. این ارتباط در افراد دارای شرایط سلامت روانی و جسمانی و همچنین در جمعیت عمومی که با چنین شرایطی روبرو نیستند، بررسی شده است (10,11). افرادی که با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین، در زمان مواجهه‌شدن با شرایط پرفشار و بحرانی، به احساسات و افکار پریشان‌کننده گرایش دارند؛ چرا که استفاده از روش‌های مقابله‌ای جایگزین برای رهایی از چنین احساساتی، برای آنان دشوار است (12). درمراقبین با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین هنگام ایجاد تعادل میان شرایط سخت مراقبت از سالمند بیمار و سایر جنبه‌های زندگی تاب‌آوری کمتری گزارش شده است. همچنین به جای بکارگیری راهکارهای هیجانی سازگارانه، از راهبردهای هیجان‌مدار ناسازگار استفاده می‌کنند (13) که این امر می‌تواند، شرایط مراقبت را سخت‌تر کند.

زمانی که فرد در زندگی با شرایطی سخت مواجه می‌شود، راهکارهایی از جمله شفقت می‌تواند کمک‌کننده باشد. شفقت به خود، علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد؛ بنابراین شفقت درمانی، تأثیر تجربه‌های هیجانی منفی را در مراقبان بیماران به حداقل می‌رساند (14).

درمان مبتنی بر شفقت که توسط گیلبرت<sup>7</sup> مطرح شده است، بر محور اصلی آموزش ذهن مشفق بنا شده تا به افراد کمک شود که بتوانند تجربیات تسکین‌دهنده، گرم و امنی را از طریق شفقت به خود ایجاد کنند (15). به اعتقاد نف، شفقت به خود، سه مولفه مهم را در برمی‌گیرد: مهربانی با خود<sup>8</sup>، انسانیت مشترک<sup>9</sup>، ذهن‌آگاهی<sup>10</sup> (9). شفقت شامل در تماس بودن با رنج خود و دیگران، آگاه شدن از درد و اجتناب کردن از آن، احساس مهربانی نسبت به دیگران و خود و تمایل برای کاهش رنج است (16). اصول پایه در این درمان بر درونی کردن عوامل، افکار، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی استوار است؛ چرا که اینگونه است که ذهن افراد همان‌طور که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه‌شدن با این درونیات هم به آرامش می‌رسد. از آنجا که شفقت مهارتی آموختنی است، با تمرین آن، سیستم‌های عصبی، ایمنی و فیزیولوژی افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (15) که به عنوان یک روش علمی و مؤثر برای تسکین و بهبود روانی افراد در نظر گرفته می‌شود و به کمک ایجاد شفقت به خود و دیگران، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کمک کند.

بررسی پیشینه‌ی پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثربخش است (15,17-20) اگرچه پژوهش‌های اندکی در تایید اثربخشی درمان‌های دیگر موج سوم همچون ذهن‌آگاهی (21) و درمان‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی (5) و یا اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود مراقبتی وجود دارد (22) همچنین در پژوهش دیگر نیز که به بررسی اثربخشی نقش تعدیل‌کننده‌ی جنبه‌های مثبت مراقبت در رابطه با فشار مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر و دارای افسردگی پرداخته شده است و نتایج آن نشان می‌دهد که بهبود درک مثبت مراقبان نسبت به خود ممکن است در کاهش بار ذهنی آن‌ها هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر و دارای افسردگی مهم باشد (12,23). همچنین، پژوهش گربر و آناکی (۲۰۲۱) با نمونه آماری شامل ۱۰۹ مراقب حرفه‌ای در بخش‌های مراقبت ویژه و توانبخشی یک بیمارستان نشان داد شفقت به خود و نگرانی برای دیگران با کاهش

6 . psychological flexibility

7 . Gilbert

8 . self-kindness

9 . common humanity

10 . mindfulness

سطوح فشار مراقبتی مرتبط است (24). مطالعه مورفیلد و همکاران اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر جنبه‌های مختلف سلامت روان مراقبان خانواده بزرگسالان سالمند نشان داد (24). همچنین نتیجه پژوهش کوین و گیلن (۲۰۲۲) در رابطه با پروتکل جدید درمانی متمرکز بر شفقت برای والدین و مراقبان افراد جوان با مشکلات سلامت روان، حاکی از بهبود در فشار مراقبتی والدین، انتقاد و اطمینان از خود و همچنین بهبود در سلامت روان کودک بود (25). نتایج پژوهش پورشبان و همکاران نیز نشان داد که مدل مراقبت پیگیر بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان دچار سکنه مغزی اثر مثبت و معناداری دارد (26). همچنین، بنی‌اردلان و همکاران در پژوهش خود دریافتند که آموزش و پیگیری از طریق تلفن (تله‌نرسینگ) می‌تواند منجر به کاهش فشار مراقبتی مراقبان سالمندان دچار سکنه مغزی شود (27). با این حال، پژوهش ازکان و همکاران مبنی بر آموزش ساختاریافته اصول مراقبت جسمانی و روان‌شناختی از سالمند مبتلا به آلزایمر و پیگیری تلفنی، اثربخشی معناداری را نشان نداد (28).

همچنین، پژوهش‌های پیشین همچون برنجستانکی و همکاران نشان داد درمان مبتنی بر شفقت دارای اثربخشی بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی است (5). همچنین مطالعه اسداللهی و همکاران حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت با سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم اثربخش است (18). گویلن در پژوهشی با نمونه آماری ۴۷ نفر از مراقبین بدان نتیجه رسید که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراقبین اثربخش باشد (20).

در مقابل، برخی مطالعات نیز بیانگر آن بود که درمان‌های مبتنی بر شفقت ممکن است همیشه اثربخش نباشند، به‌ویژه در شرایط خاص یا جمعیت‌های معین. به عنوان مثال، مطالعه‌ای انجام‌شده توسط لوید و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در مراقبانی با سطوح بالای استرس و فشار مراقبتی، تاثیر کمتری داشت (29). همچنین فیگلی در پژوهش خود به این نتیجه رسید که سطح بالای تمرکز بر این درمان در اصل ممکن است موجبات افزایش بار روانی بر مراقبیت داشته باشد (30).

در سال‌های اخیر پدیده افزایش جمعیت سالمند چالش‌های بهداشتی، درمانی و البته اجتماعی، روان‌شناختی، خانوادگی و مالی را در پی داشته است (31). نقش مراقب برای بیماران مبتلا به آلزایمر، چالش‌های زیادی را به همراه دارد و فرد را با سطوح بالایی از فشار مراقبتی مواجه می‌کند که نتیجه‌ی آن کاهش کیفیت زندگی مراقبان می‌شود (23) و از آنجا که تاکنون هیچ‌یک از پژوهش‌های پیشین نقش درمان مبتنی بر شفقت را بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر بررسی نکرده‌اند، پژوهش حاضر به دنبال آن است تا در صورتی که یافته‌ها این اثربخش را تأیید کند، اقدامات لازم برای انجام مداخله‌های روان‌شناختی در این زمینه صورت گیرد. لذا سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر، اثربخش است؟

## روش مطالعه

جامعه آماری این پژوهش، مراقبین خانوادگی بیماران سالمند مبتلا به آلزایمر در کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر تهران در بهار ۱۴۰۲ که پس از اعلام آمادگی اولیه ۱۱۲ (N=112) نفر بودند. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و پس از انجام غربالگری با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر به عنوان گروه نمونه شناسایی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

در راستای پژوهش، معیارهای تشخیصی بیماری آلزایمر تحت نظارت یک متخصص مغز و اعصاب و مطابق با رهنمودهای مندرج در DSM-IV-TR<sup>11</sup> (32) و با هدف تایید وجود علائم و شاخص‌های کلیدی مرتبط با این اختلال عصبی ارزیابی شد. برای تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعات پیشین (5,23,33) برای انجام پژوهش‌های اثربخشی براساس فرمول

$$n = \left( \frac{(2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}))^2}{d^2} \right)$$

$$n = \left( \frac{2 \times 1.76^2 \times (z_{1-0.05} + z_{1-0.90})^2}{(4.507)} \right)^2$$

که در آن حجم انحراف معیار ۱/۷۶ و با  $\text{power} = 0.90$  و  $\sigma = 0.05$  و نیز میزان  $d = 4/507$  به ازای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد؛ در پژوهش حاضر نیز با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که ۱۵ نفر از آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی گروه‌بندی شد. این پژوهش کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1402.019 دانشگاه آزاد اسلامی - واحد رودهن (کمیت‌ه اخلاق در پژوهش) را دریافت کرده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۳۰ تا ۴۵ سال، متأهل بودن، تحصیلات حداقل دیپلم، به دست آوردن نمره بالاتر از میانگین در ویراست دوم پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۱۲</sup>، به دست آوردن نمره بالاتر از میانگین در سیاهه فشار مراقبتی<sup>۱۳</sup> و تمایل افراد برای شرکت در پژوهش بودند. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل فرد برای شرکت در پژوهش در هر مرحله از درمان و عدم حضور در بیش از دو جلسه از جلسات مداخله بود.

فرایند جمع‌آوری افراد مورد مطالعه با کسب مجوز از کلینیک انجام شد. مراحل کار و مدت زمان لازم برای آن، به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آنان برای حضور در پژوهش به‌صورت آگاهانه رضایت کتبی گرفته شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی افراد، در پرسشنامه‌ها و گزارش‌ها از ذکر نام شرکت‌کنندگان اجتناب شد و اصل امانت‌داری رعایت گردید. شرکت‌کنندگان آزاد بودند هر زمان که بخواهند از پژوهش خارج شوند. به افراد اطلاع داده شد که مشارکت در پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای آن‌ها نخواهد داشت. همچنین، به شرکت‌کنندگان ابلاغ شد که گروه کنترل در پایان مطالعه می‌توانند از مداخله مؤثر بهره‌مند شوند. بازه زمانی مداخله در بهار ۱۴۰۲ (فروردین و اردیبهشت) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که پس از سه ماه، آزمون پیگیری نیز انجام شد. همچنین پس از اجرای پژوهش و مشاهده اثربخشی مداخله، اعضای گروه کنترل در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند.

خلاصه جلسات مداخله در جدول ۱ آمده است.

11 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision

12. Acceptance and Action Questionnaire - II

13 . Caregiver burden inventory

جدول (۱): خلاصه جلسات پروتکل متمرکز بر شفقت برگرفته از مداخله درمانی (34)

جلسات	شرح جلسات
جلسه ۱	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، تشخیص تفاوت میان چگونگی رفتار با خود و چگونگی رفتار با فردی که او را دوست دارند در هنگام دشواری‌های زندگی، تمایز شفقت تا تأسف برای خود، توضیح و تشریح شفقت و مهربانی با خود
جلسه ۲	گفتگو در خصوص جلسه قبل و دریافت بازخورد، ارائه اطلاعات کلی در خصوص ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، ارائه تمرین ذهن‌آگاهی در خانه و در دنیای واقعی
جلسه ۳	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز و آشنایی با مؤلفه‌های ملاحظت و توانمندسازی برای شفقت‌ورزی نسبت به خود و دیگران شامل: پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی، توانمندسازی فرد در توجه به رنج خود و دیگران بدون روگرداندن و یا اجتناب از آن، همدلی و همدردی کردن با رنج و دیگران و توجه و تجربه هیجانات بدون سرزنش، قضاوت و شرم و رسیدن به این شناخت که ارزیابی‌های خشن و خود انتقادگر منجر به دردهای هیجانی و تشدید رنج می‌گردد
جلسه ۴	ترغیب به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد شفقت‌ورز یا غیرشفقت‌ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و تمرین پرورش ذهن شفقت‌ورز (ارزش خودشفقت‌ورزی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش استعاره فیزیوتراپ، آموزش بخشش
جلسه ۵	آموزش پذیرش مسائل، پذیرفتن تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی، تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی روان‌شناختی، شناخت مسیرهای مهم زندگی، بالا بردن انگیزه مراقبت از خود و تلاش برای التیام بخشیدن رنج خود و پیشگیری از آن، آموزش فرصت‌های ابراز شفقت از جمله (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به‌کارگیری آن در زندگی روزمره
جلسه ۶	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، تصویرسازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقادشونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک‌های خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌ورز درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی
جلسه ۷	پر کردن جدول هفتگی افکار خود انتقادگر و افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه، آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، نوشتن نامه مشفقانه برای خود و دیگران، ثبت یادداشت روزانه موقعیت واقعی مبنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
جلسه ۸	جمع‌بندی و مرور تمرین‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته، جمع‌بندی، پاسخگویی به سؤالات اعضا، تأکید بر قبول و پذیرش همه ابعاد زندگی، تشکر و قدردانی از حضور شرکت‌کننده‌ها، انجام پس‌آزمون

## الگوریتم مراحل انجام کار

<p>اخذ کد کمیته اخلاق و هماهنگی های مربوطه جهت تصویب طرح</p>	
<p>انتخاب جمعیت هدف N=112</p>	
<p>انتخاب گروه نمونه با روش نمونه گیری هدفمند (هر گروه ۱۵ نفر)</p>	
<p>تخصیص تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) آزمودنی</p>	
<p>گروه کنترل n=15</p>	<p>گروه آزمایش n=15</p>
<p>اجرای پیش آزمون و تحلیل</p>	<p>اجرای پیش آزمون و تحلیل</p>
<p>عدم مداخله تا پایان پژوهش</p>	<p>اجرای پروتکل متمرکز بر شفقت بر گرفته از مداخله درمانی طی ۸ جلسه</p>
<p>اجرای پس آزمون و تحلیل</p>	<p>اجرای پس آزمون و انجام تحلیل</p>
<p>آزمون پیگیری پس از سه ماه و تحلیل</p>	<p>آزمون پیگیری پس از سه ماه و تحلیل</p>
<p>اجرای پروتکل متمرکز بر شفقت بر گرفته از مداخله درمانی طی ۸ جلسه ( به منظور بهره مندی گروه کنترل از پژوهش)</p>	

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل ویرایش دوم<sup>14</sup> (AAQ-II): نخستین نسخه پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-I) توسط هیز و همکاران (۲۰۰۴)، با ۱۶ سؤال ساخته شد [10]. نسخه‌ی ویرایش دوم (AAQ-II) پرسشنامه توسط بوند و همکاران با ۱۰ پرسش طراحی شد و دارای نمره‌گذاری لیکرتی ۷ درجه‌ای (۱= به هیچ وجه تا ۷= همیشه) است که گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸ و ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۱= همیشه تا ۷= به هیچ وجه) و سپس نمرات با هم جمع می‌شوند (10). پرسشنامه حاضر، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربی، تنوع و پذیرش و دو مؤلفه اجتناب از تجارب هیجانی (۷ گویه) با ارزش ویژه‌ی ۴/۶۴ و تبیین واریانس ۴۱/۴۷ درصد و کنترل روی زندگی (۳ گویه) با ارزش ویژه ۱/۰۶ و تبیین واریانس ۴/۹۴٪ واریانس می‌سند. نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه از لحاظ روایی سازه و پایایی مورد تأیید است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ تا ۰/۷۹ می‌باشد. نسخه‌ی نهایی این پرسشنامه علیرغم آنکه مفهومی مشابه با نسخه اول را اندازه‌گیری می‌کند، دارای ثبات روان‌سنجی بیشتری است و آلفای کرونباخ آن برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیر بالینی از ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. پرسشنامه دارای ثبات درونی ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۰ است. AAQ-II یا متغیرهایی که به لحاظ نظری به آن‌ها مربوط است همبستگی، دارد. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش داده‌اند. میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. عباسی و همکاران نیز در پژوهشی همسانی درونی و اعتبار همگرایی قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. همسانی درونی در چهار گروه بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ به دست آمد و نمره کل ۰/۸۹ گزارش شد (35). در این ابزار، نمره پایین نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالا است.

**سیاهه فشار مراقبتی<sup>15</sup> (CBI):** سیاهه فشار مراقبتی به منظور ارزیابی میزان فشار ادراک شده عینی و ذهنی در مراقبان توسط نواک و همکاران ساخته شد (36). این آزمون دارای ۲۴ عبارت است و شرکت‌کننده در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت مشخص می‌کند که هر یک از موقعیت‌ها را تا چه حد تجربه کرده است. این ابزار، فشار مراقبتی را در پنج بعد می‌سنجد: کمبود زمان (عبارت ۱ تا ۵)، وقفه در رشد و پیشرفت (عبارت ۶ تا ۱۰)، فشار جسمانی (عبارت ۱۱ تا ۱۴)، فشار اجتماعی (۱۵ تا ۱۹) و فشار عاطفی (عبارت ۲۰ تا ۲۴). نمره‌ی کل بین ۰ تا ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشانگر تأثیر منفی بیشتر نگهداری از بیمار بر ابعاد مختلف زندگی مراقبت‌کننده است. ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه در مؤلفه‌ها از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ و در کل ابزار ۰/۸۷ گزارش شده است (36). شفیع‌زاده و همکاران به بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی آن در ۱۵۰ مراقب بیماران آلزایمر (CBI) پرداختند و میزان کل آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها ۰/۹۳ به دست آوردند. همچنین ضریب پایایی بازآزمون شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای به فاصله زمانی دو هفته ۰/۹۶ بود (37).

## روش‌های آماری

در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی از آماره‌های توصیفی نظیر میانگین، درصد، انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی و نمودار استفاده شد. همچنین، در بخش استنباطی تجزیه و تحلیل داده‌ها، قبل

14. Acceptance and Action Questionnaire - II

15. Caregiver burden inventory

از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های تحلیل بررسی و تأیید شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ انجام پذیرفت.

## یافته‌ها

### اطلاعات شرکت کنندگان

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ آمده است. براین اساس، در این پژوهش ۱۸ زن (میانگین سن ۳۵/۵۳ و انحراف معیار ۳/۱۴) و ۱۲ مرد (میانگین سن ۳۶/۴۰ و انحراف معیار ۳/۶۲) حضور داشتند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان

متغیر جمعیت-شناختی	مقوله	آزمایش	کنترل	p
جنسیت	زن	۱۰	۸	۰/۷۵۷
	مرد	۵	۷	
سن	میانگین (انحراف معیار)	۳۵/۵۳ (۳/۱۴)	۳۶/۴۰ (۳/۶۲)	۰/۵۲۷
	بازه	۴۳-۳۲	۴۴-۳۳	
میزان تحصیلات	دیپلم	۲	۳	۰/۶۷۶
	فوق دیپلم	۲	۱	
	کارشناسی	۹	۹	
	کارشناسی ارشد	۲	۲	

طبق مندرجات جدول ۲، میانگین فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمان متمرکز بر شفقت در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافت. این در حالی بود که میانگین فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نداشت.



جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیگیری
فشار مراقبتی	آزمایش	۷۸/۷۳ $\pm$ ۶/۴۹	۵۵/۱۳ $\pm$ ۵/۷۷	۵۳/۸۰ $\pm$ ۶/۶۴
	کنترل	۸۹/۳۳ $\pm$ ۱۰/۰۵	۸۹/۶۷ $\pm$ ۱۰/۲۶	۹۰/۶۰ $\pm$ ۹/۳۶
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	آزمایش	۵۰/۲۷ $\pm$ ۷/۸۱	۴۰/۰۰ $\pm$ ۷/۴۸	۳۷/۴۰ $\pm$ ۸/۰۲
	کنترل	۵۰/۹۳ $\pm$ ۸/۰۰	۵۱/۹۳ $\pm$ ۸/۰۱	۵۳/۵۳ $\pm$ ۷/۵۴

با توجه به جدول ۳، گروه آزمایش و گروه کنترل در مؤلفه کمبود زمان، وقفه در رشد، مؤلفه فشار جسمانی، فشار اجتماعی، فشار عاطفی و نمره کل فشار مراقبتی تفاوت معنادار با هم دارند. به علاوه، نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با هم تفاوت معنادار دارند؛ نتایج جدول ۳ برای اثرات درون‌گروهی نشان می‌دهد که در مؤلفه کمبود زمان فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. در مؤلفه وقفه در رشد فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. در مؤلفه فشار جسمانی فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. در مؤلفه فشار اجتماعی فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. در مؤلفه فشار عاطفی و نمره کل فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
کمیود زمان	گروه	۱۵۲/۶۳	۲	۷۶/۳۱	۱۲/۶۴	<۰/۰۰۱p	۰/۳۷۶
	مرحله	۷۰/۱۰	۲	۳۵/۰۵	۵۷/۹۶	<۰/۰۰۱p	۰/۵۸۰
	گروه*مرحله	۲۶/۴۳	۴	۶/۶۱	۱۰/۹۳	<۰/۰۰۱p	۰/۳۴۲
وقفه در رشد	گروه	۲۸۸/۳۳	۲	۱۴۴/۱۶	۱۹/۲۳	<۰/۰۰۱p	۰/۴۷۸
	مرحله	۶۰۹/۸۸	۲	۳۰۴/۹۴	۳۳۲/۹۵	<۰/۰۰۱p	۰/۸۸۸
	گروه*مرحله	۲۶۰/۵۲	۴	۶۵/۱۳	۷۱/۱۱	<۰/۰۰۱p	۰/۳۷۲
فشار جسمانی <sup>۱۶</sup>	گروه	۱۸۱/۹۳	۲	۹۰/۹۶	۱۹/۰۶	<۰/۰۰۱p	۰/۴۷۶
	مرحله	۴۹/۸۴	۱/۵۷	۳۴/۲۴	۲۰/۷۳	<۰/۰۰۱p	۰/۳۳۰
	گروه*مرحله	۶۱/۱۸	۳/۱۳	۱۹/۵۳	۱۲/۷۲	<۰/۰۰۱p	۰/۳۷۷
فشار اجتماعی	گروه	۱۷۳/۹۱	۲	۸۶/۹۶	۲۱/۲۶	<۰/۰۰۱p	۰/۵۰۳
	مرحله	۱۸۴/۱۳	۲	۹۲/۰۷	۱۳۳/۶۴	<۰/۰۰۱p	۰/۷۶۱
	گروه*مرحله	۱۲۹/۳۳	۴	۳۲/۳۳	۴۶/۹۳	<۰/۰۰۱p	۰/۶۹۱
فشار عاطفی	گروه	۳۴۷/۶۳	۲	۱۷۳/۸۲	۲۷/۰۶	<۰/۰۰۱p	۰/۵۶۳
	مرحله	۲۸۰/۳۷	۲	۱۴۰/۱۸	۲۳۸/۶۹	<۰/۰۰۱p	۰/۸۵۰
	گروه*مرحله	۳۱۴/۳۰	۴	۷۸/۵۷	۱۳۳/۷۹	<۰/۰۰۱p	۰/۸۶۴
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	گروه	۲۲۰۰/۹۰	۲	۱۱۰۰/۴۵	۱۹/۲۸	<۰/۰۰۱p	۰/۴۷۹
	مرحله	۳۶۸۴/۴۴	۲	۱۸۴۲/۲۲	۵۱۱/۶۵	<۰/۰۰۱p	۰/۹۲۴
	گروه*مرحله	۳۲۵۴/۴۴	۴	۸۱۳/۶۱	۲۲۵/۹۷	<۰/۰۰۱p	۰/۹۱۵

۱۶. با توجه به اینکه پیش‌فرض کرویت برای مؤلفه فشار جسمانی محقق نشده است، نتایج این مؤلفه با تصحیح اپسیلون هیون-فلدت گزارش شده است.

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر بود. یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر فشار مراقبتی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر اثربخش است. این یافته با نتایج لوید و همکاران (29)، گربر و آناکی (24)، مورفیلد و همکاران (33)، کوین و گیلن (25)، پورشبان و همکاران (26) و بنی‌اردلان و همکاران (38) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت مراقبت از یک عضو سالمند خانواده کار آسانی نیست و تحقیقات گسترده‌ای که در سه دهه گذشته انجام شده است نشان می‌دهد که بسیاری از مراقبان آن را تجربه‌ای استرس‌زا و چالش‌برانگیز می‌دانند (39). در مقایسه با جمعیت‌های غیر مراقبت‌کننده، مراقبان خانوادگی مشکلات سلامت روان‌شناختی بیشتری را گزارش می‌کنند و سطوح بالاتر افسردگی، استرس و فشار مراقبتی و سطوح پایین‌تری از خودکارآمدی و رفاه ذهنی دارند. مراقبان خانوادگی افراد سالمند نیاز به دسترسی بهتر به خدمات حمایت عاطفی حرفه‌ای برای کمک به راهبردهای مقابله و مدیریت فشار مراقبتی را گزارش کرده‌اند (3). از درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت مداخله‌ای فراتشخیصی تلقی می‌شود و بر پرداختن به الگوهای فکری و نحوه ارتباط و واکنش فرد به علائم و تجربیات، با تأکید بر پرورش شفقت برای خود و دیگران تمرکز دارد (15). درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با مداخلاتی شامل آموزش روان‌انتقادی و شفقت به خود، آموزش و تمرین نظارت بر هیجان و آموزش تغییر رفتار و تمرین سلسله‌مراتب رفتاری داریستی برای مشکلات مختلف سلامت روان حین مراقبت از سالمندان با بیماری مزمن باشد و با استفاده از تمرین تصویرسازی هدایت‌شده، کاهش انتقاد و حمایت از خود و آموزش آرامش‌بخشی از فشار مراقبتی تجربه‌شده بکاهد (25).

در عین حال، یافته‌ها مغایر با پژوهش ازکان و همکاران (28) بود. دلیل این مغایرت می‌تواند این باشد که هرچند آموزش‌ها بصورت غیر مستقیم و با بهبود شرایط سالمندان، میزان درگیری فیزیکی و روان‌شناختی مراقبان را نیز کمتر می‌کند، اما تمرکز آموزش بر سلامت روان‌شناختی سالمندان بود و نه مراقبان آن‌ها.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر اثربخش است. این یافته با نتایج برنجستانی و همکاران (5)، اسدالهی و همکاران (18) و گوپلن (20) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با برجسته کردن ارزش‌های مراقب و مشاهده تجارب درونی ناخوشایند موجب شده مراقبین از رفتارهای تخریبگر به سمت اقدامات ارزش محور سوق پیدا کنند. همچنین با تأثیر بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراقبین، منجر به درک بهتری از ارتباط افکار و احساسات و انتخاب رفتارهای ارزش محور می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراقبین به آن‌ها اجازه می‌دهد حالت‌های ذهنی با انگیزه مراقبت بیشتری را فعال کنند. این شواهد سودمندی درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را نشان می‌دهد، زیرا بودن در یک ذهنیت مراقبتی با بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همراه است (27).

در مقابل یافته‌های مثبت مطرح‌شده در متن اصلی، برخی مطالعات ناهمسو حاکی از این هستند که درمان‌های مبتنی بر شفقت ممکن است همیشه اثربخش نباشند، به‌ویژه در شرایط خاص یا جمعیت‌های معین لوید و همکاران (29) و فیگلی (30). این مسئله می‌تواند بر نتایج کلی درمان‌های مبتنی بر شفقت تأثیرگذار باشد و نشان دهد که این رویکردها ممکن است نیاز به تطبیق بیشتر با نیازهای فردی و شرایط خاص هر مراقب داشته باشند. این یافته‌ها، در کنار مطالعات مثبت مرتبط با تأثیر شفقت در کاهش فشار

مراقبتی، اهمیت ارزیابی دقیق شرایط و نیازهای مراقبان را برجسته می‌کند و نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر شفقت می‌توانند مفید باشند، اما نه به صورت یکسان و در همه جمعیت‌ها.

در مجموع، در زمینه شفقت و تأثیر آن بر گروه‌های سنی مختلف، از جمله سالمندان و غیرسالمندان، مطالعات متعددی انجام شده‌اند که نشان می‌دهند شفقت یک عامل کلیدی در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی است. در میان سالمندان، شفقت اغلب به عنوان بخشی از مراقبت‌های پایان عمر و درمان‌های مرتبط با دمانس مورد توجه قرار می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که شفقت می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و افسردگی در این جمعیت کمک کند و همچنین تأثیر مثبتی بر کیفیت ارتباط بین مراقب و فرد سالمند داشته باشد. در مقابل، در گروه‌های غیرسالمند، شفقت بیشتر در زمینه‌هایی مانند مراقبت از خود، توانمندسازی در مواجهه با چالش‌های زندگی و ترویج روابط مثبت میان افراد مطرح می‌شود. مطالعات در این حوزه تأکید دارند که شفقت نه تنها برای فردی که آن را تجربه می‌کند مفید است، بلکه برای افرادی که شفقت را ابراز می‌کنند نیز دارای فواید روان‌شناختی است. این امر نشان‌دهنده تأثیر متقابل شفقت در بهبود سلامت روان و ارتقای روابط انسانی در سراسر طیف سنی است.

در عین حال، محدودیت‌های پژوهش حاضر که بیان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد عبارت‌اند از: ابزار اندازه‌گیری متغیرهای وابسته پژوهش، پرسشنامه بود که احتمال سوگیری در پاسخ را داشت. شرکت‌کنندگان این پژوهش صرفاً از سنین ۳۰ تا ۴۵ سال شهر تهران بودند که این مسئله تعمیم نتایج را مشکل می‌سازد. تعداد شرکت‌کنندگان پژوهش ۳۰ نفر بود که محدودیت آن تعمیم نتایج را مشکل می‌سازد. شرکت‌کنندگان صرفاً از بین مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر بودند که این مسئله تعمیم نتایج را مشکل می‌سازد. نقش مراقبین در زندگی بیمار عنوان نشده بود. سطوح بیماری آلزایمر مراجعین، در نظر گرفته نشده بود در نتیجه فشار مراقبتی تجربه شده مراقبین غیر رسمی می‌تواند متفاوت باشد.

یکی دیگر از محدودیت‌هایی که در این مطالعه به چشم می‌خورد، فقدان کورسازی است. عدم کورسازی در این مطالعه می‌تواند به عنوان یک نقطه ضعف در نظر گرفته شود، زیرا احتمال دارد که این عامل بر ارزیابی رفتار و پاسخ‌های آزمودنی‌ها تأثیر گذارده و به افزایش خطای سیستماتیک منجر شود. این شرایط ممکن است به سوگیری در تجزیه و تحلیل داده‌ها و در نتیجه، به کاهش اعتبار نتایج حاصل از تحقیق بیانجامد.

جهت رفع محدودیت‌های پژوهش و نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود که به منظور کسب اطلاعات دقیق‌تر و کاهش خطای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از روش‌های دیگر مثل مصاحبه‌ی بالینی نیز استفاده شود. مشابه این پژوهش بر روی سایر گروه‌های سنی اجرا شود و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود. با توجه به محدود بودن تعداد شرکت‌کنندگان، پژوهش در حجم‌های نمونه بالاتر مورد آزمایش قرار گیرد تا نتایج حاصل از پژوهش قابلیت تعمیم داشته باشد. مشابه این پژوهش بر روی مراقبین سایر بیماری‌های مزمن اجرا شود و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود. نقش مراقبین در زندگی بیمار در مطالعات بعدی در نظر گرفته شود. سطوح بیماری آلزایمر مراجعین ارزیابی و تفکیک شود.

هم‌چنین، بسیاری از مراقبان خانواده سالمندان گزارش می‌دهند که آنچه در دسترس است به اندازه کافی خواسته‌ها یا نیازهای آن‌ها را برآورده نمی‌کند؛ از جنبه کاربردی به روانشناسان بالینی و سلامت توصیه می‌شود برای حمایت بهتر از مراقبین در نقششان و ارتقای بهداشت روانی آن‌ها در موارد فوق به‌واسطه برنامه‌های مداخله‌ای متمرکز بر شفقت اقدام نمایند تا با ارتقا یافتن سلامت روانی بتوانند کارآمدتر در کنار روند درمان بیماری سالمندان مبتلا به آلزایمر همراه باشند.

## نتیجه گیری

اهمیت تربیت مراقبین سالمندان، به ویژه برای کسانی که با سالمندان مبتلا به دمانس سروکار دارند، بسیار حیاتی است. با توجه به پیچیدگی‌ها و چالش‌های خاص ناشی از شرایط دمانس، مراقبین نیازمند دانش و مهارت‌های خاصی هستند تا بتوانند به شیوه‌ای مؤثر و همدلانه به نیازهای این جمعیت پاسخ دهند. آموزش‌های تخصصی می‌توانند به مراقبین کمک کنند تا درک بهتری از نحوه پیشرفت بیماری، نیازهای ارتباطی و رفتاری سالمندان مبتلا به دمانس داشته باشند. همچنین، تمرکز بر رویکردهای مبتنی بر شفقت و ارتباط مثبت می‌تواند به کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی هم برای سالمندان و هم برای مراقبین منجر شود. علاوه بر این، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و خودمراقبتی برای مراقبین اهمیت دارد تا از فرسودگی شغلی و تأثیرات منفی روانی-اجتماعی بر آنها جلوگیری شود. در نهایت، تربیت مراقبین مجهز به مهارت‌ها و دانش لازم، به ارتقای استانداردهای مراقبت از سالمندان و تضمین مراقبت‌های با کیفیت و همدلانه کمک می‌کند.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1402.019 دانشگاه آزاد اسلامی - واحد رودهن (کمیته اخلاق در پژوهش) را دریافت کرده است. این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

### مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش مقاله به یک اندازه مشارکت داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

## References

1. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020 Aug;396(10248):413–46.
2. Breijyeh Z, Karaman R. Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment. *Molecules*. 2020 Dec 8;25(24):5789.
3. Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellán NR. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dement Neuropsychol*. 2014 Dec;8(4):384–8.
4. Luchsinger J, Mittelman M, Mejia M, Silver S, Lucero RJ, Ramirez M, et al. The Northern Manhattan Caregiver Intervention Project: a randomised trial testing the effectiveness of a dementia caregiver intervention in Hispanics in New York City. *BMJ Open*. 2012;2(5):e001941.
5. Brenjestanaki MR, Abbasi G, Mirzaian B. Effectiveness of compassion-focused therapy on psychological flexibility recovery and self-criticism decrease in mothers with mentally retarded children. *Biannu J Appl Couns JAC*. 2020;10(1):1–18.
6. Fawley-King K, Trask EV, Ferrand J, Aarons GA. Caregiver strain among biological, foster, and adoptive caregivers caring for youth receiving outpatient care in a public mental health system. *Child Youth Serv Rev*. 2020 Apr;111:104874.
7. Bień-Barkowska K, Doroszkiewicz H, Bień B. Silent strain of caregiving: exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. *Clin Interv Aging*. 2017;263–74.
8. SARHADDI M, DARGAHI S. Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Caregiver Burden and Marital Stress in Mothers of children with Special Needs. 2018;
9. Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2015;6:938–47.
10. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676–88.
11. Dochat C, Wooldridge JS, Herbert MS, Lee MW, Afari N. Single-session acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for patients with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Context Behav Sci*. 2021;20:52–69.
12. McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain*. 2014;15(3):221–34.
13. Khanjany A, Moradi A, Hasani J, Mohammadkhani S. Efficacy of memory flexibility training on resilience and emotion regulation in cancer caregivers. *Adv Cogn Sci [Internet]*. 2022 Dec [cited 2024 Mar 10];24(4). Available from: <https://doi.org/10.30514/icss.24.4.44>
14. Gooding H, Stedmon J, Crix D. 'All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *Br J Pain*. 2020;14(1):31–41.
15. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6–41.
16. Xue H, Zhai J, He R, Zhou L, Liang R, Yu H. Moderating role of positive aspects of caregiving in the relationship between depression in persons with Alzheimer's disease and caregiver burden. *Psychiatry Res*. 2018;261:400–5.

17. Khalajzadeh M, Hashemi N. Efficacy of Self-Compassion training on perceived competence and psychological flexibility in bad-caretaker girls. *Educ Psychol.* 2019;15(54):1–32.
18. Asadollahi F, Neshat Doost HT, Abedi MR, Afshar H. Comparing the effect of the combination of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy with Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy on depressive symptoms, quality of life, psychological flexibility, and self-compassion in women with persistent depressive disorder. *Clin Psychol Stud.* 2020;10(39):19–46.
19. Marshall EJ, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *J Cogn Psychother.* 2016;30(1):60–72.
20. Guillen KM. Evaluating the Impact of a Compassion Focused Therapy Group on Parent and Caregiver Psychological Flexibility. 2022;
21. Shabani M, Jarareh J. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Caregiver Burden and Mental Fatigue of Autistic Children’s Mothers. *Socialworkmag.* 2020;9(1):5–12.
22. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Loneliness, Self-care Behaviors and Blood Sugar in Diabetes Patients. *ijrn.* 2020 Mar 1;6(3):42–9.
23. Hoseinpoor M, Nourozi K, Rahgoi A, Ghasemi S, Noroozi M, Babaie M. The Relationship between Care Burden, Care Preparedness and the Quality of Life in the Home Caregivers of the Elderly with the Alzheimer’s Disease in Iran Alzheimer’s Association. *J Gerontol.* 2021;6(2):10–8.
24. Gerber Z, Anaki D. The role of self-compassion, concern for others, and basic psychological needs in the reduction of caregiving burnout. *Mindfulness.* 2021;12:741–50.
25. Cwinn E, Guillen K. The Compassion Focused Caregiver Protocol: A Pilot Investigation. *Can J Commun Ment Health.* 2022;41(2):91–6.
26. Pourshaban Z, Moghimian M, Jouzi M. The Effect of Continuous Care Model on the Burden Care of Family Caregivers of Stroke Patients. *J Nurs Educ.* 2023;12(1):27–35.
27. Hansen AL, Johnsen BH, Thayer JF. Relationship between heart rate variability and cognitive function during threat of shock. *Anxiety Stress Coping.* 2009 Jan;22(1):77–89.
28. Ozcan M, Akyar I. The effect of structured education and phone follow-up on moderate stage Alzheimer’s disease caregiving: Outcomes for patient and caregivers. *Jpn J Nurs Sci.* 2023 Nov 30;e12574.
29. Lloyd J, Muers J, Patterson TG, Marczak M. Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clin Gerontol.* 2019;42(1):47–59.
30. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists’ chronic lack of self care. *J Clin Psychol.* 2002;58(11):1433–41.
31. Department of Psychology F of H Yasouj Branch, Islamic Azad University, Yasouj, Kohgilouye Boboyrahmad Province, Iran, Mottaghi R, Maredpour A, Department of Psychology F of H Yasouj Branch, Islamic Azad University, Yasouj, Kohgilouye Boboyrahmad Province, Iran, Karamin S, Social Research Center of Factors Affecting Health YU of MS Yasouj, Kohgiloueh and Boyerahmad Province, Iran. A Comparison Study on the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Sleep Hygiene Education on Sleep Quality and Physiological Parameters in Older Adults. *Salmand.* 2022 Jul 1;17(2):170–85.
32. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editors. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. 943 p.

33. Murfield J, Moyle W, O'Donovan A. Mindfulness-and compassion-based interventions for family carers of older adults: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2021;116:103495.
34. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2009;15(3):199–208.
35. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire–II. *Psychol Methods Models.* 2012;3(10/Winter 2013):65–80.
36. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist.* 1989;29(6):798–803.
37. Shafiezadeh A, Heravi-Karimoo M, Rejeh N, Sharif Nia H, Montazeri A. Translation and primarily validation of the Persian Version of Caregiver Burden Inventory. *Payesh Health Monit.* 2019;18(4):405–14.
38. Student Research Committee, Qazvin University of Medical Science, Qazvin, Iran., Bani Ardalan H, Motalebi SA, Research Institute for Prevention of Non Communicable Diseases, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran., Shahrokhi A, Research Institute for Prevention of Non Communicable Diseases, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran., et al. Effect of Education and Telephone Follow-Up on Care Burden of Caregivers of Older Patients with Stroke. *Salmand.* 2022 Jul 1;17(2):290–303.
39. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *Jama.* 2014;311(10):1052–60.