

Research Paper

Investigating the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Elderly With Alzheimer Disease

Seyed Farzan Madani¹ , *Pegah Farokhzad²

1. Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology, Roudehen branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.



Citation Madani SF, Farokhzad P. [Investigating the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Elderly With Alzheimer Disease (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2025; 20(1):122-135. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3786.1>

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

ABSTRACT

Objectives This study aims to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on caregiver burden and psychological flexibility in caregivers of elderly individuals with Alzheimer disease (AD).

Methods & Materials The semi-experimental research method and the statistical population consisted of caregivers of elderly patients with AD referred to neurology clinics in Tehran, Iran, in the spring of 2023. A total of thirty participants were selected using the purposive sampling method and randomly assigned to two groups, namely an experimental and a control group. Subsequently, the treatment focused on compassion was implemented in an experimental group in eight 90-min sessions over 8 weeks. The second edition acceptance and action questionnaire-II (AAQ-2) and the caregiver burden inventory (CBI) questionnaire were completed as pre-test, post-test, and follow-up phases. The analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data with SPSS software, version 23.

Results Compassion-focused therapy was effective in caregiving stress and psychological flexibility in caregivers of the elderly with AD. The amount of F index 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, the F index related to psychological flexibility was equal to 19.28. The significance level of all cases was less than 0.05, and the effect size was greater than 0.4.

Conclusion 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 the AD.

Keywords Aged, Alzheimer disease (AD), Family caregivers, Compassion-focused therapy, Caregiver burden, Psychological flexibility

Article Info:**Received:** 14 Nov 2023**Accepted:** 06 Apr 2024**Available Online:** 01 Apr 2025*** Corresponding Author:****Pegah Farokhzad, Assistant Professor.****Address:** Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen branch, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (912) 8204067**E-mail:** dr.pegahfarokhzad@gmail.com

Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

In recent years, the increasing elderly population has posed various challenges, including health, medical, social, psychological, familial, and financial. Caring for patients with Alzheimer disease (AD) also comes with significant pressures that may reduce the quality of life for caregivers. Therefore, the present study investigates the effectiveness of compassion-focused therapy on caregiving burden and psychological flexibility in caregivers of elderly individuals with Alzheimer disease.

Methods & Materials

This was a semi-experimental study with a pretest-posttest design accompanied by a 3-month follow-up period. The statistical population consisted of caregivers of elderly patients with AD referring to neurology clinics in Tehran City, Iran, during the spring of 2023, of whom 112 individuals expressed initial readiness. Based on the inclusion and exclusion criteria of the study, previous studies, and sample size formula, a total of 30 individuals were selected through the purposive sampling method and randomly assigned into two groups of 15 participants, namely an experimental group ($n=15$) and a control group ($n=15$).

The inclusion criteria for the study included an age range of 30 to 45 years, being married, having at least a diploma degree, scoring above the average in the acceptance and action questionnaire-II (AAQ-2) by Hayes et al. [10] and caregiver burden inventory (CBI) by Novak et al. [36], and individuals' willingness to participate in the research. Additionally, the exclusion criteria from the study included participants' unwillingness to participate in the research at any stage of treatment and absence from more than two sessions of intervention sessions. Moreover, diagnostic criteria for AD were evaluated under the supervision of a neurologist and by the guidelines outlined in the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV), Text Revision, aiming to confirm the presence of symptoms and key indicators associated with this neurological disorder. After administering the questionnaires, the intervention focused on compassion for the experimental group in 90-min sessions over 8 consecutive weeks, while no intervention was performed for the control group.

The participants responded to the questionnaires again at the end and 3 months after the intervention. Data analysis was conducted using repeated measures analysis of variance using the SPSS software, version 23 ($P \leq 0.05$ was considered statistically significant).

Results

The results showed that compassion-focused therapy was effective in reducing caregiving burden and improving psychological flexibility in caregivers of elderly individuals with AD. The examination of the sociodemographic characteristics of participants, distinguished between the experimental and control groups, indicates that in this study, there were 18 women (with a Mean $\pm$ SD age of 35.53 ± 3.14) and 12 men (with a Mean $\pm$ SD age of 36.40 ± 3.62). Regarding educational level, more than half of the participants had a bachelor's degree, while the rest were distributed across three levels: diploma, post-diploma, and master's degree. Furthermore, the results suggest that the mean levels of caregiving burden and psychological flexibility in the treatment group focused on compassion decreased in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test stage.

This was while the mean levels of caregiving burden and psychological flexibility in the control group did not show significant differences across the pre-test, post-test, and follow-up stages. Additionally, the experimental and control groups significantly differ in the components of time pressure, interruption in growth, physical stress, social stress, emotional stress, and overall caregiving burden scores. Moreover, the scores of the two groups in psychological flexibility significantly differ. Intra-group effects analysis indicates significant differences in caregiving stress among pre-test, post-test, and follow-up scores in the time pressure component. Similar significant differences were observed in the interruption in the growth component and the physical stress component. In addition, significant differences were found in caregiving burden among pre-test, post-test, and follow-up scores in the social stress component, emotional stress component, and overall caregiving burden scores. Moreover, significant differences were found in psychological flexibility among pre-test, post-test, and follow-up scores.

Conclusion

The importance of training caregivers for the elderly, especially those dealing with individuals suffering from the AD, is incredibly vital. Given the complexities and unique challenges arising from Alzheimer conditions, caregivers require specific knowledge and skills to effectively and empathetically address the needs of this population. Spe-

cialized training can assist caregivers in gaining a better understanding of disease progression, communicative needs, and behaviors of dementia-afflicted elderly individuals. Moreover, focusing on compassion-based approaches and positive communication can lead to stress reduction and improved quality of life for both the elderly and their caregivers. Furthermore, training in coping skills and self-care for caregivers is important to prevent job burnout and mitigate negative psychological and social impacts. Ultimately, equipping caregivers with the necessary skills and knowledge enhances the standards of elderly care, ensuring quality and compassionate care assistance.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This research has received the Code of Ethics [from the Roudehen Branch, Islamic Azad University](#), Roudehen, Iran (Code: IR.IAU.R.REC.1402.019).

Funding

This study is based on Seyyed Farzan Madani's master's thesis, clinical psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, [Roudehen Branch, Islamic Azad University](#), Roudehen, Iran. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

Proposal writing, sampling, and article drafting: Seyed Farzan Madani; Contributed to methodological design, editing, and overseeing all stages of the article: Pegah Farokhzad.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to all participants for their support of this research.

مقاله پژوهشی

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

سید فرزانه مدنی^۱، پگاه فرخزاد^۲

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Madani SF, Farokhzad P. [Investigating the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Elderly With Alzheimer Disease (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2025; 20(1):122-135. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3786.1>

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

چکیده

اهداف: هدف پژوهش حاضر 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 و 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 سال ۱۴۰۲ بودند. پس از اجرای پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش دوم (AAQ-II) هیز و همکاران (۲۰۰۴) و پرسش‌نامه سیاه فشار مراقبتی (CBI) نوآک و همکاران (۱۹۸۹) در مرحله پیش‌آزمون، حجم نمونه ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و 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 نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد ($P \leq 0/05$).

یافته‌ها: نتایج نشان داد 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 ارتقای بهداشت روانی آن‌ها در موارد فوق به‌واسطه برنامه‌های مداخله‌ای متمرکز بر شفقت اقدام کنند تا با ارتقا یافتن سلامت روانی بتوانند کارآمدتر در کنار روند درمان بیماری سالمندان مبتلا به آلزایمر همراه باشند.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، اختلال آلزایمر، مراقبین خانوادگی، درمان متمرکز بر شفقت، فشار مراقبتی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۲۳ آذر ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۸ فروردین ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:

دکتر پگاه فرخزاد

نشانی: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روانشناسی.

تلفن: ۸۲۰۴۰۶۷ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: dr.pegahfarokhzad@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

شخصی، عاطفی و امور مالی ناشی می‌شود [۶] و به‌صورت واکنش جسمی، روانی و اجتماعی توسط مراقبت‌کنندگان تجربه می‌گردد که می‌تواند ابعاد سلامتی آن‌ها را تهدید کند [۷]. فشار مراقبتی مسئله‌ای است که برای فرد بیمار و خانواده‌اش به‌شدت مشکل‌ساز است که در نتیجه آن مشکلات مرتبط با سلامتی بسیاری را گزارش می‌کنند [۸]. 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 به‌علت تغییرات تدریجی در شخصیت، خلق‌وخو، و توانایی‌های فردی آنان، با چالش‌های زیادی همراه است. این فشار ممکن است به‌علت نیاز به توجه و مراقبت مداوم، افزایش وظایف روزمره و تأثیرات عاطفی ناشی از این مراقبت بر سلامت روانی مراقبان به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که فشار مراقبتی می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامت روانی مراقبان داشته باشد [۹].

با این حال، برخی توانمندی‌های روان‌شناختی می‌تواند به مراقبان کمک کند تا شرایط را برای خود آسان‌تر کنند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۶ یکی از این توانمندی‌ها است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان توانایی قرار گرفتن در لحظه حال با آگاهی و گوشه‌داری نسبت به تجربه و انجام عمل با هدایت ارزش‌های خود تعریف شده است [۱۰]. براساس مطالعات فراتحلیل، 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 روبه‌رو نیستند، بررسی شده است [۱۰، ۱۱]. افرادی که با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین در زمان مواجهه شدن با شرایط پر فشار و بحرانی، به احساسات و افکار پریشان‌کننده گرایش دارند، استفاده از روش‌های مقابله‌ای جایگزین برای رهایی از چنین احساساتی، برای آنان دشوار است [۱۲]. در مراقبین با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین هنگام ایجاد تعادل میان شرایط سخت مراقبت از سالمند بیمار و سایر جنبه‌های زندگی تاب‌آوری کمتری گزارش شده است. همچنین به‌جای به‌کارگیری راهکارهای هیجانی سازگارانه، از راهبردهای هیجان‌مدار ناسازگار استفاده می‌کنند [۱۳] 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 [۱۴].

اختلال دمانس^۱ 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 [۱]. بیماری آلزایمر^۲، 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^۳ 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 [۲].

مراقبین خانوادگی^۴ 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 برعهده دارند. این مراقبت می‌تواند شامل کمک‌های عملی مانند پخت‌وپز، 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 به‌علت 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 به بروز بیماری‌های مزمن و حاد در مراقبین منجر شود [۳]. با پیشرفت مراحل بیماری آلزایمر، نیاز بیمار به مراقبت افزایش می‌یابد؛ بنابراین بار اصلی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر برعهده مراقب بیمار است که این مسئله تأثیرات چشمگیری بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها دارد [۴].

فشار مراقبتی^۵ اصطلاحی است که توصیف‌کننده بار روانی، جسمی و مالی ناشی از مراقبت است که بر مراقبت‌کننده تحمیل می‌شود [۵]. فشار مراقبتی در حکم منبعی از تنیدگی است که از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی با دیگر وظایف مراقب از قبیل نقش‌های اجتماعی،

1. Dementia disorder
2. Alzheimer's disease (AD)
3. Senile dementia
4. Family caregivers
5. Caregiver burden

6. Psychological flexibility

نتایج پژوهش پورشبان و همکاران نیز نشان داد مدل مراقبت پیگیر بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان دچار سکتة مغزی، اثر مثبت و معنی داری دارد [۲۶]. همچنین، بنی اردلان و همکاران در پژوهش خود دریافتند که آموزش و پیگیری از طریق تلفن (پرستاری از راه دور^۱) می تواند به کاهش فشار مراقبتی مراقبان سالمندان دچار سکتة مغزی منجر شود [۲۷]. باین حال، پژوهش ازکان و همکاران مبنی بر آموزش ساختاریافته اصول مراقبت جسمانی و روان شناختی از سالمند مبتلا به آلزایمر و پیگیری تلفنی، اثربخشی معنی داری را نشان نداد [۲۸].

همچنین، پژوهش های پیشین همچون برنجستانی و همکاران نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت دارای اثربخشی بر بهبود انعطاف پذیری روان شناختی مادران دارای کودک کان کم توان ذهنی است [۵]. همچنین مطالعه اسدالهی و همکاران حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت با سیستم روان درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری روان شناختی زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم اثربخش است [۱۸]. گویلن در پژوهشی با نمونه آماری ۴۷ نفر از مراقبین بدان نتیجه رسید که درمان متمرکز بر شفقت می تواند بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی مراقبین اثربخش باشد [۲۰].

در مقابل، برخی مطالعات نیز بیانگر آن بود که درمان های مبتنی بر شفقت ممکن است همیشه اثربخش نباشند، به ویژه در شرایط خاص یا جمعیت های معین؛ به عنوان مثال، مطالعه ای که لوید و همکاران انجام دادند، نشان داد درمان مبتنی بر شفقت در مراقبانی با سطوح بالای استرس و فشار مراقبتی، تأثیر کمتری داشت [۲۹]. 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 مراقبت داشته باشد [۳۰].

در سال های اخیر پدیده افزایش جمعیت سالمند چالش های بهداشتی، درمانی و البته اجتماعی، روان شناختی، خانوادگی و مالی را در پی داشته است [۳۱]. نقش مراقب برای بیماران مبتلا به آلزایمر با چالش های زیادی همراه است و فرد را با سطوح بالایی از فشار مراقبتی مواجه می کند که نتیجه آن کاهش کیفیت زندگی مراقبان می شود [۲۳] و از آنجا که تاکنون هیچ یک از پژوهش های پیشین نقش درمان مبتنی بر شفقت را بر فشار مراقبتی و انعطاف پذیری روان شناختی در مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر بررسی نکرده اند، پژوهش حاضر به دنبال آن است تا در صورتی که یافته ها این اثربخش را تأیید کند، اقدامات لازم برای انجام مداخله های روان شناختی در این زمینه صورت گیرد.

سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر فشار مراقبتی و انعطاف پذیری روان شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر اثربخش است؟

درمان مبتنی بر شفقت که توسط گیلبرت مطرح شده است، بر محور اصلی آموزش ذهن مشفق بنا شده تا به افراد کمک شود که بتوانند تجربیات تسکین دهنده، گرم و امنی را از طریق شفقت به خود ایجاد کنند [۱۵]. به اعتقاد نف، شفقت به خود، سه مؤلفه مهم را دربر می گیرد: مهربانی با خود^۲، انسانیت مشترک^۳، ذهن آگاهی^۴ [۹]. 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 [۱۶]. اصول پایه در این درمان بر درونی کردن عوامل، افکار، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی استوار است؛ چرا که این گونه است که ذهن افراد همان طور که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجه شدن با این درونیات هم به آرامش می رسد. از آنجا که شفقت مهارتی آموختنی است، با تمرین آن، سیستم های عصبی، ایمنی و فیزیولوژی افراد تحت تأثیر قرار می گیرد [۱۵] که به عنوان یک روش علمی و مؤثر برای تسکین و بهبود روانی افراد در نظر گرفته می شود و به کمک ایجاد شفقت به خود و دیگران، می تواند به بهبود کیفیت زندگی کمک کند.

بررسی پیشینه پژوهش نشان می دهد درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف پذیری روان شناختی اثربخش است [۱۵، ۱۷-۲۰]. پژوهش های اندکی در تأیید اثربخشی درمان های دیگر موج سوم همچون ذهن آگاهی [۲۱] و درمان های روان شناسی مثبت گرا بر فشار مراقبتی [۵] و یا اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود مراقبتی وجود دارد [۲۲]. همچنین در پژوهش دیگر که به بررسی اثربخشی نقش تعدیل کننده جنبه های مثبت مراقبت در رابطه با فشار مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر و دارای افسردگی پرداخته شده است، نتایج آن نشان می دهد بهبود درک مثبت مراقبان نسبت به خود ممکن است در کاهش بار ذهنی آن ها هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر و دارای افسردگی مهم باشد [۱۲، ۲۳].

همچنین، پژوهش گربر و آنای با نمونه آماری شامل ۱۰۹ مراقب حرفه ای در بخش های مراقبت ویژه و توانبخشی یک بیمارستان نشان داد شفقت به خود و نگرانی برای دیگران با کاهش سطوح فشار مراقبتی مرتبط است [۲۴]. مطالعه مورفیلد و همکاران اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر جنبه های مختلف سلامت روان مراقبان خانواده بزرگسالان سالمند نشان داد [۲۴]. همچنین نتیجه پژوهش کوین و گیلن 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 [۲۵].

7. Self-kindness

8. Common humanity

9. Mindfulness

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل متمرکز بر شفقت برگرفته از مداخله درمانی [۳۴]

جلسات	شرح جلسات
۱	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو 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
۲	گفت‌وگو درخصوص جلسه قبل و دریافت بازخورد، ارائه اطلاعات کلی درخصوص ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، ارائه تمرین ذهن‌آگاهی در خانه و در دنیای واقعی
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 به دردهای هیجانی و تشدید رنج منجر می‌گردد.
۴	ترغیب به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد شفقت‌ورز یا غیرشفقت‌ورز باتوجهبه مباحث آموزشی، شناسایی و تمرین پرورش ذهن شفقت‌ورز (ارزش خودشفقت‌ورزی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش استعاره فیزیوتراپ، آموزش بخشش
۵	آموزش پذیرش مسائل، پذیرفتن تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز باتوجهبه 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
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، خودانتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌ورز درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفت‌وگوی آدم‌های مهم زندگی
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
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

سالمند

روش مطالعه

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

$$n = \left(\frac{2 \times 1.762 \times \left(\frac{z_{1-0.05} + z_{1-0.90}}{2} \right)^2}{(4.507)^2} \right)$$

که در آن حجم انحراف‌معیار ۱/۷۶ و با توان ۰/۹۰ و نیز میزان $2d=4/5.07$ ، به‌ازای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که 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 به‌صورت تصادفی گروه‌بندی شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۳۰ تا ۴۵ سال، متأهل بودن، تحصیلات حداقل دیپلم، به‌دست آوردن نمره بالاتر از میانگین در ویراست دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل^{۱۲}، به‌دست آوردن نمره بالاتر از میانگین در سیاهه فشار مراقبتی^{۱۳} و تمایل افراد برای شرکت در پژوهش بودند. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل فرد برای شرکت در پژوهش

جامعه آماری این پژوهش، مراقبین خانوادگی بیماران سالمند مبتلا به آلزایمر در کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر تهران در بهار سال ۱۴۰۲ که پس از اعلام آمادگی اولیه ۱۱۲ نفر بودند. باتوجهبه ملاک‌های ورود به پژوهش و پس از انجام غربالگری با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه شناسایی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند (تصویر شماره ۱).

در راستای پژوهش، معیارهای تشخیصی بیماری آلزایمر تحت نظارت یک متخصص مغز و اعصاب و مطابق با راهنمودهای مندرج در DSM-IV-TR^{۱۱} [۳۲] و با هدف تأیید وجود علائم و شاخص‌های کلیدی مرتبط با این اختلال عصبی ارزیابی شد. برای تعیین حجم نمونه براساس مطالعات پیشین [۵، ۲۳، ۳۳]، برای انجام پژوهش‌های اثربخشی براساس فرمول شماره ۱:

12. Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

13. Caregiver burden inventory (CBI)

11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

مشخصات جمعیت‌شناختی	مقوله	آزمایش	کنترل	P
جنسیت	زن	۱۰	۸	۰/۷۵۷
	مرد	۵	۷	
سن	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۳۵/۵۳ $\pm$ ۱۴	۳۶/۴۰ $\pm$ ۶۲	۰/۵۲۷
	بازه	۲۲-۴۳	۲۳-۴۴	
میزان تحصیلات	دیپلم	۲	۳	۰/۶۷۶
	فوق دیپلم	۲	۱	
	کارشناسی	۹	۹	
	کارشناسی ارشد	۲	۲	

سالمند

می‌شوند و سپس نمرات با هم جمع می‌شوند [۱۰]. پرسش‌نامه حاضر، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربی، تنوع و پذیرش و دو مؤلفه اجتناب از تجارب هیجانی (۷ گویه) با ارزش ویژه ۴/۶۴ و تبیین واریانس ۴۱/۴۷ درصد و کنترل روی زندگی (۳ گویه) با ارزش ویژه ۱/۰۶ و تبیین واریانس ۴/۹۴ درصد واریانس می‌سجد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه از لحاظ روایی سازه و پایایی مورد تأیید است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ تا ۰/۷۹ می‌باشد. نسخه 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 غیربالینی از ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. پرسش‌نامه دارای ثبات درونی ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۰ است. AAQ-II با متغیرهایی که از لحاظ نظری به آن‌ها مربوط است همبستگی دارد. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی 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 قابل‌قبولی 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 [۳۵]. در این ابزار، نمره پایین نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالا است.

سیاهه فشار مراقبتی (CBI)

سیاهه فشار مراقبتی به‌منظور ارزیابی میزان فشار ادراک‌شده عینی و ذهنی در مراقبان توسط نواک و همکاران ساخته شد [۳۶]. این آزمون دارای ۲۴ عبارت است و شرکت‌کننده در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت مشخص می‌کند که هریک از موقعیت‌ها را تا چه

در هر مرحله از درمان و عدم حضور در بیش از ۲ جلسه از جلسات مداخله بود.

فرایند جمع‌آوری افراد مورد مطالعه با کسب مجوز از کلینیک انجام شد. مراحل کار و مدت‌زمان 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 سال ۱۴۰۲ (فروردین و اردیبهشت) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که پس از ۳ ماه، آزمون پیگیری نیز انجام شد. همچنین پس از اجرای پژوهش و مشاهده اثربخشی مداخله، اعضای گروه کنترل در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند مداخله انجام‌شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. خلاصه جلسات مداخله در **جدول شماره ۱** آمده است.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش دوم (AAQ-II)

نخستین نسخه پرسش‌نامه پذیرش و عمل (AAQ-I) توسط هیز و همکاران (۲۰۰۴)، با ۱۶ سؤال ساخته شد [۱۰]. نسخه ویرایش دوم (AAQ-II) پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران با ۱۰ پرسش طراحی شد و دارای نمره‌گذاری لیکرتی ۷ درجه‌ای (۱= به‌هیچ‌وجه تا ۷= همیشه) است که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری

اخذ کد کمیته اخلاق و هماهنگی‌های مربوطه جهت تصویب طرح	
انتخاب جمعیت هدف n=112	
انتخاب گروه نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند (هر گروه ۱۵ نفر)	
تخصیص تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) آزمودنی	
گروه آزمایش n=15	گروه کنترل n=15
اجرای پیش‌آزمون و تحلیل	اجرای پیش‌آزمون و تحلیل
اجرای پروتکل متمرکز بر شفقت برگرفته از مداخله درمانی طی ۸ جلسه	عدم مداخله تا پایان پژوهش
اجرای پس‌آزمون و انجام تحلیل	اجرای پس‌آزمون و تحلیل
آزمون پیگیری پس از ۳ ماه و تحلیل	آزمون پیگیری پس از ۳ ماه و تحلیل
اجرای پروتکل متمرکز بر شفقت برگرفته از مداخله درمانی طی ۸ جلسه (به‌منظور بهره‌مندی گروه کنترل از پژوهش)	

تصویر ۱. الگوریتم مراحل انجام کار

سالمند

یافته‌ها

اطلاعات شرکت‌کنندگان

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ 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.

طبق مندرجات جدول شماره ۳، 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.

باتوجه به جدول شماره ۴، 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 معنی‌دار با هم دارند. به‌علاوه، نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با هم تفاوت معنی‌دار دارند.

حد تجربه کرده است. این ابزار، فشار مراقبتی را در ۵ 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). نمره 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 [۳۶]. 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 ۲ هفته ۰/۹۶ بود [۳۷].

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

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین $\pm$ انحراف معیار
فشار مراقبتی	آزمایش	۷۸/۷۳ $\pm$ ۶/۴۹	۵۵/۱۳ $\pm$ ۵/۷۷	۵۳/۸۰ $\pm$ ۶/۴۴
	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

سالمند

دارد؛ در مؤلفه فشار مراقبتی اجتماعی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در مؤلفه فشار عاطفی و نمره کل فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین، در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج جدول شماره ۳ برای اثرات درون‌گروهی نشان می‌دهد که در مؤلفه کمبود زمان فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در مؤلفه وقفه در رشد فشار مراقبتی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در مؤلفه فشار مراقبتی جسمانی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر فشار مراقبتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش

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

سالمند

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

بحث

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 [۲۹]، گربر و آنای [۲۴]، مورفیلد و همکاران [۳۳]، کوین و گیلن [۲۵]، پورشبان و همکاران [۲۶] و بنی‌اردلان و همکاران [۳۸] همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت مراقبت از یک عضو سالمند خانواده کار آسانی نیست و تحقیقات گسترده‌ای که در ۳ دهه گذشته انجام شده است نشان می‌دهد بسیاری از مراقبان آن را تجربه‌ای استرس‌زا و چالش‌برانگیز می‌دانند [۳۹]. در مقایسه با جمعیت‌های غیرمراقبت‌کننده، 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 [۴]. 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 [۱۵]. 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 داربستی 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 [۲۵].

درعین حال، یافته‌ها مغایر با پژوهش ازکان و همکاران [۲۸] بود. دلیل این مغایرت می‌تواند این باشد که هرچند آموزش‌ها به‌صورت غیرمستقیم 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.

یافته 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 [۵]، اسداللهی و همکاران [۱۸] و گویلن [۲۰] 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 ارزش‌محور سوق پیدا کنند. همچنین با تأثیر بر انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی مراقبین، به درک بهتری از ارتباط افکار و احساسات و انتخاب رفتارهای ارزش‌محور منجر می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراقبین به آن‌ها اجازه دهد 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 [۲۷].

درمقابل 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 [۲۹] و فیگلی [۳۰]. این مسئله می‌تواند بر نتایج کلی درمان‌های مبتنی بر شفقت تأثیرگذار باشد و نشان دهد 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 درمان‌های مبتنی بر شفقت می‌توانند مفید باشند، اما نه به‌صورت یکسان و در همه جمعیت‌ها.

درمجموع، درزمینه 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 به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های پایان عمر و درمان‌های مرتبط با دمانس مورد توجه قرار می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند 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. درمقابل، 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 نه‌تنها 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.

نتیجه‌گیری نهایی

اهمیت تربیت مراقبین سالمندان، به‌ویژه 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

بهداشت روانی آن‌ها در موارد فوق به واسطه برنامه‌های مداخله‌ای متمرکز بر شفقت اقدام کنند تا با ارتقا یافتن سلامت روانی بتوانند کارآمدتر در کنار روند درمان بیماری سالمندان مبتلا به آلزایمر همراه باشند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش کد اخلاق به شماره (IR.IAU.R.REC.1402.019) را از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن دریافت کرده است.

حامی مالی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه سیدفرزان مدنی مقطع کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است که هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

نگارش پروپوزال، نمونه‌گیری و تهیه پیش‌نویس مقاله: سیدفرزان مدنی؛ روش‌شناختی، ویرایش و نظارت بر تمام مراحل مقاله: پگاه فرخزاد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری همه شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر می‌کنند.

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.

در عین حال، محدودیت‌های پژوهش حاضر که بیان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد بدین شرح است که 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 تجربه‌شده مراقبین غیررسمی 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 این عامل بر ارزیابی رفتار و پاسخ‌های آزمودنی‌ها تأثیر گذارد 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 بینجامد.

جهت رفع محدودیت‌های پژوهش و نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود به منظور کسب اطلاعات دقیق‌تر و کاهش خطای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از روش‌های دیگر مثل مصاحبه 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

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; 396(10248):413-46. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30367-6] [PMID]
- [2] Breijyeh Z, Karaman R. Comprehensive review on Alzheimer's disease: Causes and treatment. *Molecules*. 2020; 25(24):5789. [DOI:10.3390/molecules25245789] [PMID]
- [3] Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellán NR. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dementia & Neuropsychologia*. 2014; 8(4):384-8. [DOI:10.1590/S1980-57642014DN84000013] [PMID]
- [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. [DOI:10.1136/bmjopen-2012-001941] [PMID]
- [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 (Persian)]. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2020; 10(1):1-18. [Link]
- [6] Fawley-King K, Trask E, Ferrand J, Aarons GA. Caregiver strain among biological, foster, and adoptive caregivers caring for youth receiving outpatient care in a public mental health system. *Children and Youth Services Review*. 2020; 111:104874. [DOI:10.1016/j.childyouth.2020.104874]
- [7] Bien-Barkowska K, Doroszkiewicz H, Bien B. Silent strain of caregiving: Exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. *Clinical Interventions in Aging*. 2017; 12:263-74. [DOI:10.2147/CIA.S125664] [PMID]
- [8] Sarhaddi M, Dargahi S. [Effect of acceptance and commitment therapy on caregiver burden and marital stress in mothers of children with special needs (Persian)]. *Journal of Disability Studies*. 2018; 8:17-17. [Link]
- [9] Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2015; 6:938-47. [DOI:10.1007/s12671-014-0359-2]
- [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. *Behavior Therapy*. 2011; 42(4):676-88. [DOI:10.1016/j.beth.2011.03.007] [PMID]
- [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. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021; 20:52-69. [DOI:10.1016/j.jcbs.2021.03.003] [PMID]
- [12] McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*. 2014; 15(3):221-34. [DOI:10.1016/j.jpain.2013.10.014] [PMID]
- [13] Khanjany A, Moradi A, Hasani J, Mohammadkhani S. [Efficacy of memory flexibility training on resilience and emotion regulation in cancer caregivers (Persian)]. *Advances in Cognitive Sciences*. 2023; 24(4):44-58. [DOI: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. *British Journal of Pain*. 2020; 14(1):31-41. [DOI:10.1177/2049463719857099] [PMID]
- [15] Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *The British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1):6-41. [DOI:10.1111/bjc.12043] [PMID]
- [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 Research*. 2018; 261:400-5. [DOI:10.1016/j.psychres.2017.12.088] [PMID]
- [17] Khalajzadeh M, Hashemi N. [Efficacy of self-compassion training on perceived competence and psychological flexibility in bad-caregiver girls (Persian)]. *Educational Psychology*. 2019; 15(54):1-32. [DOI:10.22054/jep.2020.47123.2785]
- [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 (Persian)]. *Clinical Psychology Studies*. 2020; 10(39):19-46. [DOI:10.22054/jcps.2021.51475.2331]
- [19] Marshall EJ, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2016; 30(1):60-72. [DOI:10.1891/0889-8391.30.1.60] [PMID]
- [20] Guillen KM. Evaluating the impact of a compassion focused therapy group on parent and caregiver psychological flexibility [MA thesis]. Ontario: University of Western Ontario; 2022. [Link]
- [21] Shabani M, Jarareh J. [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on caregiver burden and mental fatigue of autistic children's mothers (Persian)]. *Quarterly Journal of Social Work*. 2020; 9(1):5-12. [Link]
- [22] Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. [Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self-care behaviors and blood sugar in diabetes patients (Persian)]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2020; 6(3):42-9. [Link]
- [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 (Persian)]. *Journal of Gerontology*. 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(3):741-50. [DOI:10.1007/s12671-020-01540-1] [PMID]
- [25] Cwinn E, Guillen K. The compassion focused caregiver protocol: A pilot investigation. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2022; 41(2):91-6. [Link]
- [26] Pourshaban Z, Moghimian M, Jouzi M. [The effect of continuous care model on the burden care of family caregivers of stroke patients (Persian)]. *Journal of Nursing Education*. 2023; 12(1):27-35. [Link]

- [27] Hansen AL, Johnsen BH, Thayer JF. Relationship between heart rate variability and cognitive function during threat of shock. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2009; 22(1):77-89. [DOI:10.1080/10615800802272251] [PMID]
- [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. *Japan Journal of Nursing Science*. 2024; 21(2):e12574. [DOI:10.1111/jjns.12574] [PMID]
- [29] Lloyd J, Muers J, Patterson TG, Marczak M. Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical Gerontologist*. 2019; 42(1):47-59. [DOI:10.1080/07317115.2018.1461162] [PMID]
- [30] Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 58(11):1433-41. [DOI:10.1002/jclp.10090] [PMID]
- [31] Mottaghi R, Maredpour A, Karamin S. [A comparison study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy and sleep hygiene education on sleep quality and physiological parameters in older adults (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2022; 17(2):170-85. [DOI:10.32598/sija.2022.1438.3]
- [32] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. [Link]
- [33] Murfield J, Moyle W, O'Donovan A. Mindfulness-and compassion-based interventions for family carers of older adults: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 116:103495. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2019.103495] [PMID]
- [34] Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009; 15(3):199-208. [DOI:10.1192/apt.bp.107.005264]
- [35] Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. [Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II (Persian)]. *Psychological Models and Methods*. 2012; 3(2):65-80. [Link]
- [36] Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*. 1989; 29(6):798-803. [DOI:10.1093/geront/29.6.798] [PMID]
- [37] Shafieezadeh A, Heravi-Karimoo M, Rejeh N, Sharif Nia H, Montazeri A. [Translation and primarily validation of the Persian Version of Caregiver Burden Inventory (Persian)]. *Payesh*. 2019; 18(4):405-14. [Link]
- [38] Bani Ardalan H, Motalebi S A, Shahrokhi A, Mohammadi F. [Effect of education and telephone follow-up on care burden of caregivers of older patients with stroke (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17 (2):290-303. [DOI:10.32598/sija.2022.2183.3]
- [39] Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*. 2014; 311(10):1052-60. [DOI:10.1001/jama.2014.304] [PMID]