



پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود با نقش واسطه‌ای تیپ‌های شخصیتی A و B در مراقبین بیماران آلزایمر

سمیرا آل بویه^۱: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

اصغر جعفری^{۲*}: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: استرس ناشی از مراقبت از بیمار آلزایمری بر سلامت جسمانی، روانی و عاطفی مراقبین تأثیر می‌گذارد. تجربه عواطف مثبت و منفی به ویژگی شفقت به خود و تیپ‌های شخصیتی مراقبین بستگی دارد. از این رو مطالعه حاضر باهدف پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود با نقش واسطه‌ای تیپ‌های شخصیتی A و B در مراقبین بیماران آلزایمر انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. شرکت‌کنندگان، مراقبین بیماران آلزایمر در سال ۱۳۹۷ در شهر تهران بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۲ شرکت‌کننده انتخاب شدند و در زمان مناسبی پرسشنامه‌های شفقت خود نف (۲۰۰۳)، عاطفه مثبت و منفی واتسن، کلارک و تلگن (۱۹۸۸) و تیپ شخصیتی A و B راتوس (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شفقت به خود باعاطفه مثبت همبستگی مستقیم و باعاطفه منفی همبستگی معکوس و معنادار دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل مسیر نشان داد که تیپ‌های شخصیتی A و B در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود در مراقبین بیماران آلزایمر نقش واسطه‌ای معناداری دارد ($P < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** به‌منظور کاهش عاطفه منفی و تقویت عاطفه مثبت در مراقبین بیماران آلزایمر شایسته است انجمن بیماران آلزایمری به مهارت شفقت ورزی به خود در پرستاران حوزه درمان و مراقبین بیماران آلزایمری توجه کنند و با به‌کارگیری مداخلات مشاوره‌ای و آموزشی، تیپ‌های شخصیتی ناکارآمد و نامناسب مراقبین تعدیل‌سازی شود.

کلیدواژه‌ها:

عاطفه مثبت و منفی، شفقت به خود، تیپ شخصیت، آلزایمر

*نویسنده مسئول

as_jafari@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۷


شیوه استناد به این مقاله:


آل بویه، س.، و جعفری، ا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود با نقش واسطه‌ای تیپ‌های شخصیتی A و B در مراقبین بیماران آلزایمر. فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی، ۳(۴ پیاپی ۱۰): ۱-۱۴



Original Article

The Prediction of Positive and Negative Affect based on Self-Compassion with the mediating role of Personality Types A and B in Alzheimer's Caregivers

S. Alebooyeh : M.A of General Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

A. Jafari : Assistant Professor, Department of Psychology, Kashan University, Kashan, Iran

Abstract

Background and Aim: Stress of care effect physical, psychological and affect in Caregivers. The experience of positive and negative affect relates to Caregivers Self-Compassion. Therefore, present study aimed to predict positive and negative affect based on Self-Compassion with the mediating role of Personality Types A and B in Alzheimer's Caregivers. **Methods:** Method was descriptive- correlation. participants were Alzheimer's primary Caregivers in 2018 in Tehran. 202 participants were selected by available sampling and completed the questionnaires of Neff's Self-Compassion (2003), Watson, Clark, Tellegen's positive and negative affect (1988) and Rathus, s Personality Types (1996). Data were analyzed by Pearson's correlation and path analysis. **Results:** The results indicated that Self-Compassion positively correlate positive affect and negatively correlate negative affect ($P < 0.01$). The results of path analysis showed that Personality Types A and B significantly mediate on the prediction of Positive and Negative Affect based on Self-Compassion in Alzheimer's Caregivers ($P < 0.01$). **Conclusion:** In order to decrease negative affect and improve positive affect in Alzheimer's Caregivers, may be useful, Alzheimer Association pay attention to Self-Compassion of nurses and Alzheimer's Caregivers and was moderated non efficient and incompatible Personality Types though the interventions of counselling and training.

Keywords:

negative and positive affect, Self-Compassion, Personality type, Alzheimer

* **Corresponding author**
as_jafari@sbu.ac.ir

Received: 02.06.2021
Acceptance: 18.08.2021

Cite this article as:

Alebooyeh, S., & Jafari, A. (2022). The Prediction of Positive and Negative Affect based on Self-Compassion with the mediating role of Personality Types A and B in Alzheimer's Caregivers. *JARCP*, 3(4): 1-14.

This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

بیماری آلزایمر به‌عنوان مهم‌ترین و شایع‌ترین علت دمانس (ریشنامورثی، ایساک و ناتاراجان، ۲۰۰۹)، نوعی اختلال مزمن، پیچیده و پیش‌رونده عصبی محسوب می‌شود که سبب از دست رفتن تدریجی حافظه، تغییرات شخصیتی و اختلال در انجام فعالیت‌های روزانه فرد مبتلا می‌شود (چادوری و داس، ۲۰۱۶). از آنجایی که بیماری آلزایمر دارای عواقب جدی برای فرد مبتلا و خانواده وی هست، در حال حاضر یکی از نگران‌کننده‌ترین اختلالات است. به‌گونه‌ای که اصطلاحاً از آن به‌عنوان «مراسم تدفین بی‌پایان» یاد می‌شود (باستانی، حسینی و جوانبختیان قهفرخی، ۱۳۹۱). میزان ابتلاء به این بیماری برای گروه‌های سنی مختلف یک درصد، ولی برای افراد ۶۵ سال و بیشتر ۵ درصد است. بعد از ۶۵ سالگی، به ازای هر ۵ سال افزایش عمر، این میزان دو برابر می‌شود (یکتاطلب، کاوه، شریف، فلاحی خشک‌ناب و پترام فر، ۱۳۹۱). طبق گزارش سالیانه انجمن جهانی آلزایمر در سال ۲۰۱۰، ۳۵/۶ میلیون بیمار مبتلابه دمانس در سراسر جهان وجود داشت؛ پیش‌بینی شده است که این آمار به ۶۵/۷ میلیون نفر تا سال ۲۰۳۰ و ۱۱۵/۴ میلیون نفر تا سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (انجمن آلزایمر، ۲۰۱۳). بیماران آلزایمری در ایران حدود ۳۰۰۰۰۰ تا ۴۵۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (انجمن آلزایمر ایران، ۱۳۹۷). افراد مبتلابه آلزایمر به دلیل اختلالات شناختی و رفتاری در برآورده کردن نیازهای خود دچار مشکل هستند و در ۸۰ درصد موارد مراقبت از این بیماران در خانه و توسط مراقبین خانوادگی فراهم می‌شود (حسینی، فلاحی خشک‌ناب، محمدی شهاب‌لاغی، محمدظاهری آرتیمانی، سلطانی و خانجانی، ۱۳۹۵). این گروه مهم‌ترین منبع مراقبتی برای بیماران و سیستم مراقبت بهداشتی محسوب می‌شوند (چن، لیو، ژانگ و لو، ۲۰۱۶). به دلیل اختلال در ابعاد شناختی و رفتاری، مبتلایان به بیماری آلزایمر در برآورده کردن نیازهای خود دچار مشکل هستند و بخش عمده مسئولیت آنان به عهده اعضای خانواده است (باستانی و همکاران، ۱۳۹۱).

مراقبین خانواده سالمند مبتلابه آلزایمر با چالش‌های زیادی مواجه هستند، به‌گونه‌ای که مراقبت از این بیماران به‌عنوان زندگی روزانه ۳۶ ساعت تعبیر شده است که جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (عبدالله‌پور، نوروزیان، نجات و

مجدزاده، ۱۳۹۰). مراقبت از بیماران آلزایمری تغییرات قابل توجهی در زندگی اعضای خانواده ایجاد می‌کند و تعادل روانی آنان را با مشکل مواجه می‌سازد (بلوم، زاریت، گروت زاوافتینک، سیوپرس و پوت، ۲۰۱۵).

پیامدها و عوارض بیماری آلزایمر از جمله تغییرات روان‌شناسی و روان‌پزشکی در کنار اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در حافظه و سایر عملکردهای شناختی (قضاوت و تفکر،...) موجب شده است که این بیماران به یاری، نظارت و مراقبت جدی خانواده به‌عنوان مراقبین نیاز داشته باشند تا جایی که خود این مراقبین به لحاظ سلامتی نیازمند مراقبت زیادی هستند (برودتی و دانکین، ۲۰۰۹). بیشتر افراد مبتلابه آلزایمر، حداقل یک مراقبت‌کننده و یا حمایت‌کننده دارند که معمولاً همسر یا خویشاوندان فرد مبتلا هستند (منصوری، دهداری، سید فاطمی، گوهری و برخوردار، ۱۳۹۳). مراقبت از بیماران آلزایمری یک فعالیت یاورانه استرس‌زا است که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی، روانی و عاطفی مراقبین دارد (کالز، گیتلین، استانیسلاوسکی، مارکس، تورنوالد، وادکینز و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۸۰ درصد از مراقبین بیماران آلزایمری سطوح بالای استرس را تجربه می‌کنند (خاتونی و زهری، ۱۳۸۹). همچنین مراقبت از فرد مبتلابه آلزایمر، از مراقبت از یک فرد ناتوان جسمی استرس‌زاتر است و در فرآیند مراقبت از بیماران آلزایمری مزمن، غالباً مراقبین مراقبت از آنان را تجربه‌ای پراسترس می‌دانند (منصوری و همکاران، ۱۳۹۳). مراقبین خانوادگی بیماران نورولوژیکی، سطوحی از استرس، افسردگی و کاهش رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند (ملو، ماروکو، لیما-باستو دی‌مندونکا، ۲۰۱۷). به دلیل تنیدگی‌زا بودن شرایط مراقبت از بیماران آلزایمری، مراقبین اصلی دچار پیامدهای منفی می‌شوند که این امر منجر به افت کیفیت زندگی در آنها هم می‌شود (فرهادی، فروغان، محمدی، رسولی، صادق مقدم، نظری و فرهادی، ۱۳۹۵). این افراد در مقایسه با افراد فاقد نقش مراقبتی، سلامت جسمانی پایین‌تر، ضعف عملکرد ایمنی، تنیدگی و تجربه واکنش‌های هیجانی منفی مانند افسردگی و اضطراب و خودشفقتی کم‌تر را گزارش کردند (ناظر، ریاحی و مختاری، ۱۳۹۵). این حالت‌های

نابسنندگی بخشی از شرایط زندگی است و همه انسان‌ها مستحق مهربانی و شفقت است. مهارت شفقت به خود به پذیرش غیر قضاوتی و غیر واکنشی همه تجارب و نتایج روان‌شناختی مثبتی منجر می‌شود. شفقت به خود کمک می‌کند تا افراد با مشاهده تجارب ناخوشایند به شیوه‌ای غیر قضاوتی، عاطفه منفی خود را کنترل کنند (گیلبرت، ۲۰۱۴). شفقت به خود با تجربه عواطف مثبت و منفی رابطه دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۱؛ کریگر، هرمان، زیمرمن و هالتفورس، ۲۰۱۵). همچنین بین عاطفه مثبت و منفی و خودبخشی افراد رابطه وجود دارد (بدری گرگری، فتحی آذر و محمدی، ۱۳۹۳؛ ابوالمعصومی و صابری، ۱۳۹۳). به نظر می‌رسد به‌کارگیری مهارت شفقت به خود در برابر تجربه عواطف مثبت و منفی، بیشتر تحت تأثیر شخصیت افراد است. برای مثال، تیپ شخصیتی نوع A، تعیین‌کننده میزان آسیب‌پذیری مراقبین بیمار در مقابل فشارهای روانی حاصل از مراقبت است (قره‌گوزلو، عطادخت، بشرپور و نریمانی، ۱۳۹۷). اگر اعضای خانواده به‌خصوص همسران از شخصیت مثبت و قوی و متعادلی برخوردار باشند (لئونگ، اورل و اورگتا، ۲۰۱۵). در شفقت به خود و عاطفه مثبت آنان تأثیر زیادی دارد. اعضای خانواده افراد دچار آلزایمر، به طور معناداری دچار تنش ناشی از زندگی با فرد مبتلا هستند (ایزونی، وینت، کولتاو بادریو، ۲۰۱۶) و مراقبت از این‌گونه افراد توسط اعضای خانواده به‌ویژه همسر و مادر با مشکلات و استرس‌هایی همراه است که خود باعث کاهش عاطفه مثبت و شفقت به خود در آنان می‌شود (توکلی کوه‌چهری و کهرزائی، ۱۳۹۶). معمولاً زنان در انجام نقش‌های مراقبت، درد، رنج، عصبانیت، ترس، افسردگی، اختلال در عملکرد جسمی، خصومت و پرخاشگری بیشتری را تجربه می‌کنند (کولومبه، جاتراس، لابی و جاتراس، ۲۰۱۶). از طرفی دیگر تیپ‌های شخصیتی افراد از طریق تأثیرگذاری بر راهبردهای مقابله با استرس مراقبین بیمار آلزایمر می‌تواند در عواطف آنان اثر بگذارد و تیپ‌های شخصیتی با شفقت به خود رابطه دارد (توراکال، کورولین و دزوتر، ۲۰۱۶؛ ابوالقاسمی، تقی‌پور و نریمانی، ۱۳۹۱). همچنین تیپ‌های شخصیتی با سلامت روانی مراقبین بیمار رابطه دارد (تروجیلو، پرین، الناصح، پایرز و میکنز، ۲۰۱۶) و در رفتارهای خود مراقبتی، تعاملات

عاطفی را می‌توان در دو گروه عواطف منفی^۱ و عواطف مثبت^۲ طبقه‌بندی کرد؛ عاطفه مثبت اشاره به میزان تعامل لذت‌بخش فرد با محیط خود دارد؛ افرادی باعاطفه‌ی مثبت بالا، دارای احساس هوشیاری، گوش‌به‌زنگی و شور و شوق نسبت به زندگی هستند و در مقابل آن، عاطفه منفی به‌عنوان بعدی از پریشانی ذهنی و تعامل ناخوشایند با محیط تعریف شده و دربردارنده حالات خلقی گوناگون هم چون ترس، خشم، احساس گناه و احساس درماندگی است (گیل، باس، وایت و دی جونگ، ۲۰۱۷). ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری‌رسانی، دقت، تمرکز و توانایی تصمیم‌گیری بالا است و در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی‌های مقابله پایین با فشار و استرس و اضطراب رگه ارتباط دارد (اسپیندلر، دنولت، کروس و پدرس، ۲۰۰۹). بر پایه نظریه کنترل عاطفی^۳، افراد در واکنش به موقعیت‌ها و شرایط مختلف بر پایه سه پیش فرض عمل می‌کنند: (۱) افراد به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که بین عواطف آنها و موقعیت تناسب وجود داشته باشد، (۲) افرادی که قادر به ابراز هیجان‌های متناسب با موقعیت نیستند، سعی می‌کنند تا ادراک خود را از موقعیت اصلاح کنند، (۳) افراد سعی می‌کنند رفتارها و واکنش‌هایی داشته باشند که با احساسات و عواطفی که نسبت به خود و دیگران دارند، تطابق داشته باشند (کیویتی، تامیر و هاپرت، ۲۰۱۶).

یکی از عوامل مرتبط با سلامت روانی مراقبین، شفقت به خود است. شفقت به خود یعنی داشتن موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود. شفقت به خود به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر در پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی می‌باشد (نف، ۲۰۰۹). از نظر نف^۴ شفقت به خود شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت و انتقاد از خود، ارتباطات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی بیش‌ازحد با دیگران است (نف، ۲۰۱۲). شفقت به خود موجب احساس مراقبت نسبت به خود، خودآگاهی، نگرش بدون داوری نسبت به نابسنندگی و شکست‌های خود و پذیرش تجارب خود به‌عنوان بخشی از تجارب معمول بشری می‌شود (نف و گرمر، ۲۰۱۳). درواقع شفقت به خود پذیرش این نکته است که رنج، شکست و

آلزایمیری در خانه باشد، مراقب اصلی باید دارای سلامت روانی بهنجار باشد؛ که این ملاک در یک مصاحبه در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها کنترل شد. رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشد. ملاک‌های خروج از پژوهش هم شامل این موارد بودند: مراقب اصلی بیمار آلزایمیری به جزء دشواری مرتبط به مراقبت، یک مشکل دیگری مانند مشکل زناشویی و خانوادگی داشته باشد، بیمار آلزایمیری تحت مراقبت یک اختلال روانی دیگر هم داشته باشد، بیمار آلزایمیری تحت مراقبت و نگهداری در بیرون از خانه باشد. این دسته از مراقبین نمی‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند. در نهایت داده‌های مربوط به ۲۰۲ شرکت‌کننده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر و نرم‌افزارهای SPSS-22 و AMOS تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس شفقت خود: این مقیاس به‌وسیله نف طراحی شد. ۲۶ گویه و ۶ خرده مقیاس مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، به هوشیاری (۴ گویه) و فزون همانندسازی (۴ گویه) دارد. میانگین نمرات شش مؤلفه باهم جمع شده و یک نمره کلی شفقت به خود حاصل می‌شود. دارد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) است؛ دامنه نمره‌ها بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودشفقتی بیشتر است (نف، ۲۰۰۳). در پژوهش نف نتایج تحلیل عامل تأییدی همبستگی درونی این شش مؤلفه را تأیید کرد. این ابزار از اعتبار هم‌زمان، همگرا و تمیزی خوبی برخوردار است؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ گزارش کرد. همچنین نف در کشورهای تایلند، تایوان و امریکا ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۵ و ۰/۸۶ به دست آوردند (نف، ۲۰۱۰). به علاوه ضریب همبستگی این مقیاس و مقیاس حرمت خود روزنبرگ در ایران ۰/۸۵ به دست آمد؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس مهربانی با خود ۰/۷۹، قضاوت در مورد خود ۰/۷۸، مشترکات انسانی ۰/۷۶، انزوا ۰/۷۷، به هوشیاری ۰/۷۹ و فزون همانندسازی ۰/۸۰ بود (رستمی، قزلسفلو، محمدلو قربانیان، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مهربانی با خود ۰/۸۴، قضاوت در

اجتماعی و سازگاری آنان با شرایط محیطی تأثیر دارد (راهبر، واگنر و لانگ، ۲۰۱۳). از این رو شخصیت و ابعاد آن می‌تواند بسیاری از جوانب زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (نظامی پور و احدی، ۱۳۹۵). لذا با توجه به اهمیت سلامت مراقبین بیمار و به‌ویژه عواطف که همه ابعاد عملکرد آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نگرانی در مورد عوارض منفی عواطف منفی و همچنین خلاء پژوهشی موجود، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. از طرفی دیگر بررسی ویژگی شفقت به خود و عوامل واسطه‌ای امری ضروری است. زیرا مطالعه نقش تیپ‌های شخصیتی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای، می‌تواند رهنمودهایی ارائه کند که رابطه شفقت به خود و عواطف عمیق‌تر بررسی شود و در راستای افزایش عواطف مثبت، مداخله در تیپ‌های شخصیتی به‌وسیله آموزش و مشاوره می‌تواند نقش شفقت به خود را مؤثرتر و کارآمد سازی کند. از این رو پژوهش حاضر باهدف مطالعه پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود با نقش واسطه‌ای تیپ‌های شخصیتی A و B در مراقبین اصلی بیماران آلزایمر انجام شد. در راستای هدف پژوهش، این فرضیه مطرح شد: تیپ‌های شخصیتی A و B در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود در مراقبین اصلی بیماران آلزایمر نقش واسطه‌ای دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. شرکت‌کنندگان مراقبین اصلی بیماران آلزایمر در سال ۱۳۹۷ در شهر تهران بودند. با توجه به نظر کلین^۱ درباره حجم نمونه که برابر با مجموع گویه‌ها ضرب در عدد ۲/۵ است (کلین، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر ۲۰۲ شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تصویب طرح پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب با ارائه معرفی‌نامه از مدیریت پژوهش به مسئولین ذیربط انجمن آلزایمر ایران، پرسشنامه‌ها در زمان مناسبی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و اختیاری بودن همکاری، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان و نتایج پژوهش به‌وضوح برای آنان توضیح داده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بودند: مراقب اصلی بیمار

پرسشنامه تیپ‌های شخصیتی A و B: این پرسشنامه توسط راتوس و نوید^۲ (۱۹۸۹) ساخته شد و ۲۵ ویژگی شخصیتی را می‌سنجد. پاسخ‌دهنده با توجه به وجود یا عدم وجود هر ویژگی، یکی از گزینه‌های «بلی» یا «خیر» را انتخاب می‌کردند که به پاسخ بلی نمره یک «و به پاسخ خیر» نمره صفر تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه نمره متوسط، ۱۳ در نظر گرفته می‌شود. نمره بیشتر از ۱۳ تمایل به تیپ A و نمره کمتر از ۱۳ تمایل به تیپ B، نمره کمتر از ۵ تمایل شدید به تیپ B و نمره بیشتر از ۲۰ تمایل شدید به تیپ A را نشان می‌دهد. روایی محتوا آن مورد تأیید قرار گرفت و ضریب پایایی آن نیز ۰/۸۰ گزارش شده است (باتگون و ساهین، ۲۰۰۶). در ایران اعتبار صوری و محتوا این ابزار توسط گروهی از روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی تأیید شد و پایایی ابزار نیز از طریق باز آزمایی $r = 0/81$ مورد تأیید قرار گرفت (اکابرین، بحرینی، افراسیابی، معتمد و حاجی‌لو، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر، پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ محاسبه شد.

یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های مربوط به ۲۰۲ شرکت‌کننده تحلیل شد که ویژگی‌های جمعیت شناختی آنان در جدول ۱ گزارش شده است.

مورد خود ۰/۸۸، مشترکات انسانی ۰/۸۶، انزوا ۰/۸۷، به هوشیاری ۰/۸۹ و فزون همانندسازی ۰/۷۹ محاسبه شد. **مقیاس عاطفه مثبت و منفی:** این مقیاس توسط واتسن، کلارک و تلگن^۱ (۱۹۸۸) ساخته شد و دارای ۱۰ ماده برای هر یک از خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی است. از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود ماده‌ها را با دقت بخواند و مشخص کند که کدام‌یک از ماده‌ها آنها را به خوبی توصیف می‌کند. نمره‌گذاری روی یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از بسیار کم (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) است و دامنه نمرات برای هر یک از عاطفه مثبت و منفی ۱۰ تا ۵۰ است. ضرایب همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ و پایایی آزمون-باز آزمون بافاصله ۸ هفته برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی، ۰/۷۱ و همبستگی عاطفه مثبت با افسردگی ۰/۵۶ و همبستگی عاطفه منفی با افسردگی ۰/۳۵- بود. روایی سازه و روایی ممیزی قابل‌قبولی برای آن به دست آوردند و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) برای هر دو مقیاس عاطفه مثبت و منفی ۰/۸۵ بود (بخشی‌پور و دژکام، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ محاسبه شد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیرها	فراوانی	درصد	
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۲۸	۱۳/۸۶
	فوق دیپلم	۶۸	۳۳/۶۶
	لیسانس	۷۲	۳۵/۶۴
	فوق لیسانس	۳۴	۱۶/۸۳
طبقه اجتماعی	بالا	۳۱	۱۵/۳۴
	متوسط	۸۸	۴۳/۵۶
	پایین	۸۳	۴۱/۰۸
سن	۲۵-۳۰ سال	۱۶	۷/۹۲
	۳۱-۳۵ سال	۶۹	۳۴/۱۵
	۳۶-۴۰ سال	۷۸	۳۸/۶۱
	بالتر از ۴۰ سال	۳۹	۱۹/۳۰

اقتصادی-اجتماعی و سن نشان می‌دهد. در ادامه نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول ۲ گزارش شده است.

نتایج جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان را در متغیرهای سطح تحصیلات، طبقات

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱- شفقت به خود	۷۶/۴۲	۱۲/۰۸	۱				
۲- تیپ شخصیتی A	۲۶/۰۰	۵/۱۱	۰/۲۶**	۱			
۳- تیپ شخصیتی B	۱۱/۸۰	۲/۶۵	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۱		
۴- عاطفه مثبت	۳۱/۵۵	۵/۱۲	۰/۲۹**	۰/۲۵**	۰/۴۰**	۱	
۵- عاطفه منفی	۳۲/۵۵	۵/۷۵	-۰/۱۹*	۰/۲۷**	۰/۲۱**	-۰/۳۸**	۱

طبق نتایج جدول ۲، شفقت به خود با عاطفه مثبت همبستگی مثبت و معنادار دارد. تیپ شخصیتی A و B با عواطف مثبت و منفی همبستگی مثبت و معنادار و با عاطفه منفی همبستگی منفی و معنادار دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های نرمال بودن داده‌ها و هم خطی متغیرهای پیش‌بین

کالموگروف و اسمیرنوف	ضریب تحمل	عامل تورم واریانس
Z	VIF	
۰/۸۹	۰/۳۲۱	۱/۳۱
۰/۷۷	۰/۴۳۵	۱/۴۳
۰/۹۸	۰/۳۷۵	۱/۲۷
۰/۸۶	-	-
۰/۹۰	-	-

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و هم خطی بودن متغیرهای پیش‌بین برقرار می‌باشند. به‌منظور تعیین سهم متغیرهای شفقت به خود و تیپ‌های شخصیتی A و B در پیش‌بینی عواطف مثبت و منفی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

RMSEA	GFI	CFI	X ² /df	X ²
۰/۰۱	۰/۹۷	۰/۹۸	۱/۸۵	۲۰/۵۱

میزان ۰/۰۸ است و این شاخص نیز بیانگر برازش خوب مدل است. نتایج جدول ۵ ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

در جدول ۴، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر ۰/۹۷، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌یافته (CFI) برابر ۰/۹۸ است. این شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل ساختاری پژوهش از یک برازش خوب و قابل قبول برخوردار است. تقریب ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA) برابر با ۰/۰۱ و کمتر از

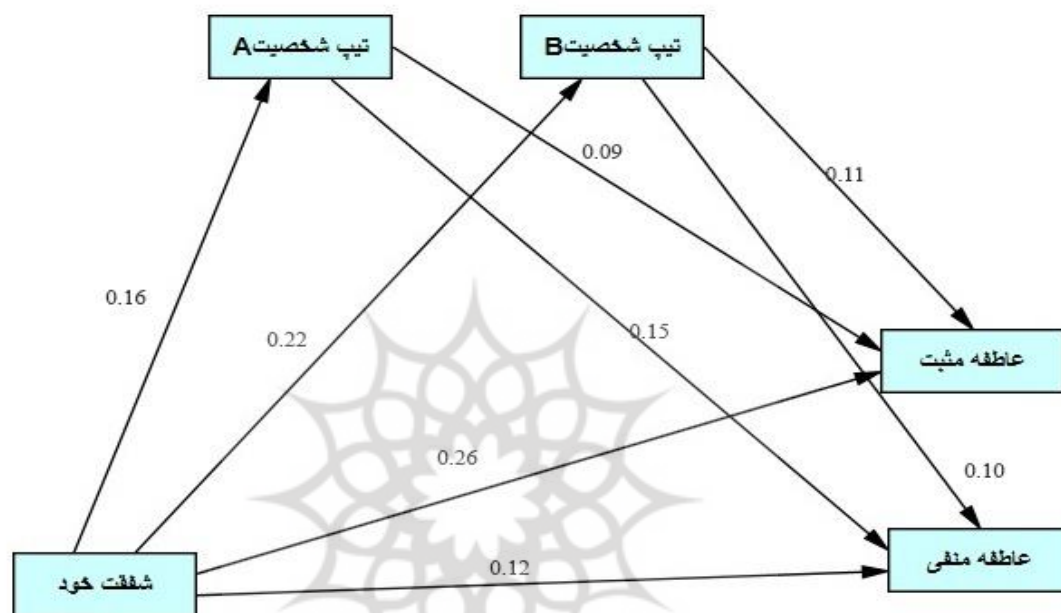
جدول ۵. ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها در مدل ساختاری						
مسیرها	اثرات غیراستاندارد	اثرات استاندارد	خطای استاندارد	T	سطح معناداری	
ضریب مسیر بین شفقت خود و A	تیپ شخصیت A	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۰۶	۲/۲۸	۰/۰۱
ضریب مسیر بین شفقت خود و B	تیپ شخصیت B	۰/۱۰	۰/۲۲	۰/۰۱	۳/۱۹	۰/۰۱
ضریب مسیر مستقیم بین شفقت خود و	عاطفه مثبت	۰/۱۴	۰/۲۶	۰/۰۶	۳/۷۹	۰/۰۱
ضریب مسیر مستقیم بین شفقت خود و	عاطفه منفی	-۰/۰۹	-۰/۲۲	۰/۰۳	-۲/۶۸	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم بین شفقت خود و	عاطفه مثبت	۰/۱۷	۰/۳۱	۰/۰۹	۴/۳۹	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم بین شفقت خود و	عاطفه منفی	۰/۱۲	۰/۲۶	۰/۰۷	۳/۰۶	۰/۰۰۱
ضریب مسیر بین تیپ شخصیت A و	عاطفه مثبت	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۹	۱/۳۹	۰/۰۳۲
ضریب مسیر بین تیپ شخصیت A و	عاطفه منفی	۰/۱۰	۰/۱۵	۰/۰۴	۲/۱۳	۰/۰۱
ضریب مسیر بین تیپ شخصیت B و	عاطفه مثبت	۰/۰۸	۰/۱۱	۰/۰۶	۱/۹۲	۰/۰۱۸
ضریب مسیر بین تیپ شخصیت B و	عاطفه منفی	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۰۳	۱/۵۱	۰/۰۲۴

نتایج جدول ۵، ضرایب مسیر بین متغیرها و اثرات مستقیم و غیرمستقیم شفقت به خود را روی عواطف مثبت و منفی نشان می‌دهد. به‌منظور بررسی نقش واسطه‌ای تیپ‌های شخصیت A و B در رابطه بین شفقت به خود و عاطفه مثبت و منفی از روش بوت استرپ استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای تیپ‌های شخصیت							
متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	داده‌ها	بوت استرپ	سوگیری	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪
							حد پایین حد بالا
شفقت خود	تیپ شخصیت A	عاطفه مثبت	۰/۱۴۸	۰/۱۵۱	۰/۰۰۰۳	۰/۰۲	۰/۰۴۴ ۰/۰۸۱
شفقت خود	تیپ شخصیت B	عاطفه مثبت	۰/۱۴۲	۰/۱۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۴۹ ۰/۰۸۴
شفقت خود	تیپ شخصیت B	عاطفه منفی	۰/۱۴۱	۰/۱۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۲	۰/۰۴۱ ۰/۰۸۰
شفقت خود	تیپ شخصیت B	عاطفه منفی	۰/۱۴۷	۰/۱۵۱	۰/۰۰۰۲	۰/۰۱	۰/۰۴۹ ۰/۰۸۳

متغیر عاطفه مثبت و منفی در صورتی که از متغیر تیپ‌های شخصیت A و B به عنوان متغیر واسطه‌ای عبور کند، نسبت به مسیر مستقیم سهم تبیین بیشتری دارد. شکل ۱، مدل نهایی پژوهش، روابط ساختاری بین شفقت به خود، تیپ‌های شخصیت A و B و عاطفه مثبت و منفی را نشان می‌دهد

نتایج جدول ۶ حاکی از معناداری مسیرهای واسطه‌ای است. سطح اطمینان برای فاصله اطمینان ۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استراپ ۵۰۰۰ است. با توجه به این که صفر بیرون از فاصله اطمینان (حد بالا و حد پایین) قرار می‌گیرد، نقش واسطه‌ای معنادار تیپ‌های شخصیت A و B در رابطه بین شفقت به خود و عاطفه مثبت و منفی تأیید می‌شود. به عبارتی دیگر، مسیر غیرمستقیم متغیر شفقت به خود با



شکل ۱ مدل نهایی پژوهش

بالاتری دارند موجب شده تا از عاطفه مثبت بیشتری برخوردار باشند. از آنجایی که شفقت به خود به تجربه عاطفه مثبت در افراد کمک می‌کند، موجب می‌شود که در رویارویی با استرس شدید، توانمندی بیشتری در خود احساس کنند و با مشکلات پیش‌بینی نشده خوش‌بینانه‌تر مقابله کنند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این مراقبین دارای شفقت به خود بالا می‌توانند از طریق مقابله مساله‌مدار با مشکلات، به ارتقاء سلامت روانی خود در ابعاد مختلف کمک کنند (هادی‌زاده، ۱۳۹۴). شفقت به خود بالا به رویارویی مؤثرتر مراقبین با عوارض منفی ناشی از مراقبت منجر می‌شود. شفقت به خود با تقویت راهکارهای رویارویی مؤثر در هنگام مواجهه با مشکلات ناشی از مراقبت می‌تواند به کاهش مشکلات جسمانی و روانی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر کمک کند. مشارکت فعال

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که شفقت به خود می‌تواند عاطفه مثبت و منفی مراقبین اصلی بیماران آلزایمر را به طور معناداری پیش‌بینی کند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های سعیدی و همکاران (۱۳۹۱)، تروگیلو همکاران (۲۰۱۶) و کریگر و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که شفقت به خود با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی، مقابله با شرایط دشوار زندگی را آسان‌تر کرده و توانایی چیره شدن بر مشکلات را در مراقبین بیماران آلزایمر افزایش می‌دهد که در نهایت این عامل می‌تواند استرس آنها را در مواجهه با بیماران آلزایمری و مراقبت از آنها کاهش دهد. شفقت به خود به افراد کمک می‌کند که بتوانند هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند (نف، ۲۰۰۹). بر این اساس مراقبینی که شفقت به خود

یک احساس مثبت تبدیل می‌شوند و فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب رفتارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط به‌صورت اثربخش و مناسب را برای فرد فراهم می‌کنند (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۱). از آنجایی که مراقبت از بیماران آلزایمر معمولاً برای مراقبین، با تجربه هیجانانگیز و عواطف گوناگونی همراه است، چگونگی تجربه و ادراک این عواطف به لحاظ مثبت و منفی بودن بیشتر به ویژگی شفقت به خود مراقبین بستگی دارد و شفقت به خود با سبک‌های مقابله و تنظیم هیجان افراد رابطه دارد؛ بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که ویژگی شفقت ورزی مراقبین به خودشان موجب می‌شود که آنان در تعامل با بیماران آلزایمر هیجان‌ها و عواطف متفاوتی را تجربه کنند.

افزون بر این نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تیپ‌های شخصیتی A و B در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود در مراقبین اصلی بیماران آلزایمر نقش واسطه‌ای معناداری دارد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱)، هادی‌زاده (۱۳۹۴)، ملو همکاران (۲۰۱۷)، توراکال و همکاران (۲۰۱۶) و تروگیلو دیگران (۲۰۱۶) همسو بود. درباره تأثیرپذیری تیپ‌های شخصیتی A و B از ویژگی شفقت به خود، نتایج پژوهش توراکال و همکاران (۲۰۱۶) بر روی دانشجویان مرد بزرگسال نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی وجدانی بودن، موافق بودن و برون‌گرایی و شفقت به خود رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ویژگی روان‌رنجوری با شفقت به خود همبستگی منفی و معناداری دارد. گشودگی به تجربه با شفقت به خود رابطه مثبت متوسطی دارد. بر این اساس شفقت به خود می‌تواند به طور مثبت و معناداری ویژگی‌های موفق بودن، وجدانی بودن، گشودگی به تجربه را پیش‌بینی کند. هر چند که تیپ‌های شخصیتی، ابعاد جسمانی، اجتماعی و روانی مراقبین را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ اما تیپ شخصیتی ویژگی‌های شخصیتی مراقبین، تحت تأثیر عواطف منفی و بحران‌های محیطی قرار می‌گیرد که این عواطف منفی می‌تواند بر ابعاد سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد (ملو همکاران، ۲۰۱۷).

برخی از انواع تیپ‌های شخصیتی و مزاج، تجارب گذشته افراد، نیازها و نگرش‌های مراقبین می‌توانند آنها را آماده پذیرش فشار روانی ناشی از داشتن یک بیمار مزمن کنند به‌نحوی که از افت کیفیت زندگی مراقبین و خود بیماران

مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در برنامه‌های حمایتگر و توانمندسازی مراقبین، به کاهش فشار مراقبتی کمک می‌کند و به ارتقاء سلامت روانی، معنوی و تجربه رویارویی مؤثرتر مراقبین با عوارض منفی کمک می‌کند (ملو همکاران، ۲۰۱۷). مراقبین با شفقت به خود بالاتر به‌طور مؤثرتری قادر به استفاده از مکانیسم‌های سازگاری هستند و قادر به ارائه مراقبت بهتر از سالمندان هستند. به‌علاوه مشارکت آنها در فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی، تفریحی و سرگرمی بیش از مراقبینی است که از شفقت به خود ضعیف‌تری برخوردارند (توراکال و همکاران، ۲۰۱۶). از این‌رو شفقت به خود به‌عنوان یک عامل مقاوم درونی عمل کرده، با افزایش توان حل مسئله و انگیزه فرد برای مقابله با مشکلات، به افراد کمک می‌کند که بتوانند عاطفه مثبت کسب کرده و استرس حاصل از مراقبت را تعدیل نمایند. در واقع توانمندی ناشی از شفقت به خود و عاطفه مثبت به افراد امکان مدیریت شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی را می‌دهد و امکان رشد و تعادل مثبت را برای فرد مهیا می‌کند. این توانمندی‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط زندگی، راحت‌تر برخورد کرده و در هنگام بروز مشکلات، با به‌کارگیری حل مسئله و آرامش درونی بیشتر با مشکلات کنار آیند (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۱). افرادی که حس شفقت به خود در آنها بالا است در مقایسه با افرادی که این حس در آنها پایین است، کمتر احتمال دارد که یک اتفاق منفی را به باورهایی که نسبت به خود دارند، تعمیم دهند. برای مثال، کمتر احتمال دارد که آنها فکر کنند زندگی‌شان نسبت به زندگی سایر افراد بغرنج‌تر است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۴).

سازه شفقت به خود با سبک‌های مقابله و تنظیم هیجان نیز مرتبط است. افراد از طریق تنظیم هیجان‌ها و با منحرف کردن توجه خود از هیجان‌های منفی، شدت و مدت‌زمان برانگیختگی هیجان‌های خود را تنظیم می‌کنند و در مواجهه با شرایط استرس‌زا و ناراحت‌کننده، معنای حالت‌های احساسی خود را تغییر می‌دهند (مارشال و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین شفقت به خود نیازمند آگاهی به هشیارانه فرد نسبت به هیجان‌های خود است، در چنین شرایطی فرد از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌کند، بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آنها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به

عواطف منفی کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین شفقت به خود ویژگی انعطاف‌پذیری افراد را افزایش داده و این ویژگی باعث افزایش سازگاری با شرایط مختلف و مشکلات مربوط به مراقبت از بیمار آلزایمری می‌شود؛ از این‌رو، با کاهش هیجانات منفی، سلامت روانی مراقبین و میزان رضایت‌مندی از زندگی در آنها افزایش می‌یابد. راهر و همکاران (۲۰۱۳). هم در مطالعه نقش شخصیت افراد در موقعیت مراقبت از بیمار دریافتند که به احتمال زیاد افراد دارای ویژگی شخصیتی باثبات هیجانی پایین بهتر می‌توانند مسئولیت مراقبت از بیمار را بر عهده گیرند.

با توجه به یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته شد که تیپ‌های شخصیتی A و B در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس شفقت به خود در مراقبین اصلی بیماران آلزایمر نقش واسطه‌ای دارند. از آنجایی که مراقبت از یک فرد ناتوان جسمی استرس‌زا است و در فرآیند مراقبت از بیماران آلزایمری، معمولاً مراقبین با شرایطی مواجه می‌شوند که ارائه خدمات به بیماران آلزایمری را تجربه‌ای پراسترس ادراک می‌کنند. همچنین مراقبین خانوادگی بیماران آلزایمری سطح بالایی از عواطف منفی مانند استرس، افسردگی و کاهش رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند. احتمالاً تجربه عواطف مثبت و منفی ناشی از مراقبت از بیماری آلزایمر، در مراقبین گوناگون بیشتر تحت تأثیر این ویژگی است که آنها در هنگام ارائه خدمات به این بیماران چقدر نسبت به خودشان آگاهی و پذیرش دارند و در مقابل قضاوت و انتقاد نسبت به خود مهربانی و شفقت ورزی می‌کنند. همچنین به شخصیت مراقبین بستگی دارد که به طور غیرمستقیم ویژگی شفقت ورزی مراقبین نسبت به خودشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو به‌منظور پیشگیری و کاهش عاطفه منفی و تقویت عاطفه مثبت در مراقبین بیماران آلزایمر شایسته است انجمن بیماران آلزایمری و جامعه پرستاران که در حوزه درمان و ارائه خدمات به بیماران آلزایمری فعالیت می‌کنند، به مهارت شفقت ورزی به خود در مراقبین بیماران آلزایمری توجه کنند و با تقویت و آموزش این مهارت از تجربه عواطف منفی در مراقبین پیشگیری کنند. همچنین با ارائه برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای، تیپ‌های شخصیتی ناکارآمد و نامناسب مراقبین تعدیل‌سازی شود و در به‌کارگیری افراد به‌عنوان مراقب بیمار آلزایمری، افراد با تیپ شخصیتی

می‌کاهد (چن و همکاران، ۲۰۱۶). مراقبین دارای تیپ شخصیتی A خصوصیتی مانند تند و سریع، تندمزاج و عصبی بودن، افراطی بودن در شیوه زندگی، مضطرب، ناشکیبا و رقابت‌جو دیده می‌شوند که این خصوصیات موجب می‌شود که آنان با مراقبین دارای تیپ شخصیت نوع B متفاوت باشند (توراکال و همکاران، ۲۰۱۶). به‌طوری‌که مراقبین با تیپ شخصیتی نوع A هنگام مراقبت از بیمار بیشتر برانگیخته‌شده و بی‌قراری و ناشکیبایی بیشتری از خود بروز می‌دهند. مراقبین دارای تیپ شخصیتی B نسبت به افراد دارای تیپ شخصیتی A آرامش بیشتری دارند، کمتر جاه‌طلب، مضطرب و بی‌حوصله هستند و در صورت مراقبت از بیمار صبر و حوصله بیشتری دارند (راچ و همکاران، ۲۰۱۴).

همچنین تیپ‌های شخصیتی بر شیوه رویارویی مراقبین با مشکلات مرتبط با مراقبت از بیمار مؤثر است. برخی از مراقبین در مواجهه با مشکلات در خود فرو می‌روند و عاطفه منفی را تجربه می‌کنند و احساسات و هیجانات منفی از خود بروز می‌دهند. از این‌رو، وجود برخی ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند توانایی و مقاومت درونی افراد را در برابر فشارهای روانی افزایش داده و از بروز پیامدهای عاطفی و بیماری جلوگیری کند (توکلی کوه‌جهری و کهرزائی، ۱۳۹۶). شفقت به خود و عاطفه مثبت بالا توان کنترل محیط و ارتباط مؤثر با دیگران را در مراقبین افزایش می‌دهد. این امر موجب می‌شود مراقبین در شرایط دشوار زندگی حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کنند و در نتیجه بار استرس آنها کاهش یافته و راحت‌تر بتوانند با بیماران آلزایمری خود ارتباط برقرار کنند (راچ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین عاطفه مثبت باعث ایجاد راهبردهای مقابله و ساز و کارهای دفاعی بهتر در مراقبین می‌شود. افراد با شفقت و عاطفه بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند. ویژگی شفقت به خود ثبات شخصیتی بیشتری ایجاد می‌کند و فرد را برای تجربه عواطف خوشایند مستعد می‌سازد (کریگر و همکاران، ۲۰۱۵). در نتیجه فرد رویدادها را قابل کنترل می‌بیند، نگرش‌های خوش‌بینانه پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری را به کار می‌گیرد. این دسته از مراقبین توانایی بیشتری برای مقابله با شرایط دشوار دارند و استرس و تنش کمتری را تجربه می‌کنند و

بخشی‌پور، ع؛ و دژکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۹(۴): ۳۶۵-۳۵۱.

بدری گرگری، ر. فتحی آذر، ا. محمدی، ن. (۱۳۹۳). رابطه خودبخششی و عواطف مثبت و منفی با تعلل‌ورزی در دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۳(۱): ۶-۲۱.

توکلی کوه‌جهری، م؛ و کهرآزنی، ف. (۱۳۹۶). رابطه ویژگی‌های شخصیتی باکیفیت زندگی همسران بیماران دچار ناتوانی جسمانی. *مجله توان‌بخشی*، ۱۸ (۲): ۱۳۲-۱۴۱.

حسینی م.ع. فلاحی خشک‌ناب، م. محمدی شاه‌بلاغی، ف. محمدظاهری آرتیمانی، س. سلطانی، پ؛ و خانجانی، م.س. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه ذهن آگاهی بر استرس درک شده مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر. *روان پرستاری*، ۴ (۳): ۱-۷.

خاتونی، م؛ و زهری، س. (۱۳۸۹). مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبت‌کنندگان اصلی. *مجله سالمندی ایران*، ۵ (۳): ۳۶-۴۲.

سعیدی، ض. قربانی، ن. سرافراز، م.ر؛ و شریفیان، م.ح. (۱۳۹۱). رابطه‌ی شفقت خود، ارزش خود و تنظیم هیجانات خودآگاه. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶ (۳): ۱-۹.

رستمی، م. قزلسفلو، م. محمدلو، ه؛ و قربانیان، ا. (۱۳۹۴). پیش‌بینی سلامت روانی بر مبنای شفقت خود، هویت و خودشناسی دانشجویان. *فصلنامه آموزش مشاوره و روان‌درمانی*؛ ۴(۱۵): ۳۰-۴۵.

عبدالله پور، ا. نوروزیان، م. نجات، س؛ و مجدزاده، س.ر. (۱۳۹۰). علائم روانی در بیماران مبتلا به دمانس: شیوع و تأثیر آن بر فشار وارد بر مراقبین. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۷ (۲): ۵۱-۵۹.

فرهادی، ا. فروغان، م. محمدی، ف. رسولی، م. صادق مقدم، ل. نظری، ش؛ و فرهادی، ن.خ. (۱۳۹۵). مفهوم ارزیابی مراقبت در مراقبان خانوادگی سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۱۱ (۱): ۸-۱۹.

قره‌گوزلو، ن. عطادخت، ا. بشرپور، س؛ و نریمانی، م. (۱۳۹۷). تحلیل مسیر سبک فرزندپروری مادران با مؤلفه‌های تیپ‌های شخصیتی (A-B) و جهت‌گیری مذهبی. *دو فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱): ۱۱۹-۱۳۰.

مناسب انتخاب شوند. با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی مراقبین بیماران آلزایمری در تهران انجام شده است، ممکن است عواملی مانند طبقه اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات و سبک زندگی شرکت‌کنندگان بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. این موضوع می‌تواند محدودیت‌هایی را در زمینه استنباط نتایج، تبیین و تعمیم نتایج ایجاد کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش احتمالی این متغیرها کنترل یا مطالعه شود.

تشکر و قدردانی

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند از همکاری شایسته مسئولان انجمن آلزایمر ایران و کلیه مراقبین شرکت‌کننده در پژوهش، قدردانی کند. مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد که بدون حمایت مالی انجام شده است.

موازین اخلاقی

هیچ‌گونه تعارضی در منافع و فرآیند ارزیابی مقاله از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

ابوالقاسمی، ع. تقی‌پور، م؛ و نریمانی، م. (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. *روانشناسی سلامت*، ۱۱(۱): ۵-۱۹.

ابوالمعصومی، ل؛ و صابری، ه. (۱۳۹۳). پیش‌بینی شادکامی بر اساس بخشش و عواطف مثبت و منفی. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۵(۴): ۸۶-۹۴.

اکابرین، ش. بحرینی، م. افراسیابی، ص. معتمد، ن؛ و حاجی‌لو، م. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سندروم قبل از قاعدگی و تیپ شخصیتی دانشجویان دختر دانشگاه‌های بوشهر. *مجله زنان مامائی و نازائی ایران*، ۱۶(۵-۶): ۹-۱۶.

انجمن دمانس و آلزایمر ایران (۱۳۹۷). آلزایمر در ایران، <https://www.iranalz.ir/news>

باستانی، ف. حسینی، ر؛ و جوانبختیان قهفرخی، ر. (۱۳۹۱). تأثیر بحث گروهی و مشاوره تلفنی بر استرس درک شده مراقبین زن سالمندان مبتلا به آلزایمر. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۱ (۱): ۶۱-۷۲.

- Coulombe S, Jutras S, Labbe D, Jutras D. (2016). Residential experience of people with disabilities: A positive psychology perspective. *Journal of Environmental Psychology*. 2016; 46: 42-54.
- Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 53(1): 6 - 41.
- Gill NP, Bos EH, Wit EC, de Jonge P. (2017). The association between positive and negative affect at the inter-and intra-individual level. *Personality and Individual Differences*; 105: 252-256.
- Kales HC, Gitlin LN, Stanislawski B, Marx K, Turnwald M, Watkins DC, et al. (2017). We Care Advisor: the development of a caregiver-focused, web-based program to assess and manage behavioral and psychological symptoms of dementia. *Alzheimer Association Disorder*. 31(3): 263-70
- Kline RB. (2010). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). New York: Guilford Press:
- Krieger T, Hermann H, Zimmermann J, Holtforth M. (2015). Associations of Self-compassion And Global Self-esteem With Positive And Negative Affect And Stress Reactivity In Daily Life: Findings From A Smart Phone Study. *Personality And Individual Differences*. 87: 288-292.
- Kivity Y, Tamir M, Huppert JD. (2016). Self-Acceptance of Negative Emotions: The Positive Relationship with Effective Cognitive Reappraisal. *International Journal of Cognitive Therapy*. 9 (4); 279-294.
- Leung P, Orrell M, Orgeta V. (2015). Social support group interventions in people with dementia and mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 30(1): 1-9.
- Marshall SL, Parker PD, Ciarrochi J, Sahdra B, Jackson CJ, Heaven PC. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*. 74 (8): 116-121.
- Melo G, Maroco J, Lima-Basto M, de Mendonça A. (2017). Personality of the caregiver influences the use of strategies to deal with the behavior of persons with dementia. *Publication History*. 38(1); 63-69.
- Neff KD. (2009). The role of self- Compassion in development: a healthier way to relate top one sel. *Human development*. 52(4): 211-214.
- منصوری، ط. دهداری، ط. سید فاطمی، ن. گوهری، م.ر. برخورداری، م. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس درک شده مراقبین سالمندان مبتلابه آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران در سال ۱۳۹۱. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۱ (۱۲۱): ۵۲-۶۲.
- ناظر، م. ریاحی، ن؛ و مختاری، م.ر. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مدیریت استرس به سبک شناختی-رفتاری بر میزان استرس و سلامت روان والدین دارای فرزند ناتوانی ذهنی. *مجله توان‌بخشی*. ۱۷ (۱): ۳۲-۴۱
- نظامی‌پور، ا؛ و احدی، ح. (۱۳۹۵). تأثیر راهبردهای تنظیم هیجان شناختی بر رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۰ (۲): ۷۰-۸۰
- هادی‌زاده، م. (۱۳۹۴). مقایسه عاطفه منفی- کمالگرایی و تیپ شخصیتی (A-B) در بین دانش آموزان متوسطه دختر با سابقه افت تحصیلی و عادی. *کنفرانس بین‌المللی اقتصاد، مدیریت و فرهنگ ایرانی اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*.
- یکتابلب، ش. کاوه، م.ح. شریف، ف. فلاحتی خشکناپ، م؛ و پترام فر؛ پ. (۱۳۹۱). مراقبت از بیماران مبتلابه آلزایمر در خانه سالمندان: تحلیل محتوای کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱(۳): ۲۴۰-۲۵۳
- Alzheimer's Association. (2013). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*. 9(2): 208-245.
- Bathgün AD, Sahin NH. (2006). Two scales for job stress and psychological health: Type-A personality and job satisfaction. *Turkish Journal of Psychiatry*. 17(1): 32-45.
- Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaafink RB, Cuijpers P, Pot AM. (2015). Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. *PLoS One*, 10(2): e0116622.
- Brodady H, Donkin M. (2009). Family Careers of People with Dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*. 11(2): 217-28.
- Chaudhuri JD, Das S. (2016). The Role of Caregivers in the Management of Alzheimer's disease: Examples from Asian Countries. *Journal of Sultan Qaboos University Medical Journal*. 6(2):11-17.
- Chen L, Liu J, Zhang J, Lu XQ. (2016). Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry research*. 235: 123-127.

- Neff KD. The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*, 79-92. New York: Guilford Press; 2012.
- Neff KD, & Germer CK. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program. *Journal of Clinical Psychology*. 69(1), 28-44.
- Neff KD. (2010). Development and Validation of a Scale To Measure Self-Compassion. *Journal and identity*. 2(3): 223-250.
- Rathus SA, Nevid JS. (1989). *Stress: What it is and what it does. Psychology and the Challenges of Life. Adjustment and Growth*, Fourth edition, 181-229.
- Rishnamurthy V, Issac NS, Natarajan J. (2009). Computational identification of Alzheimer's disease specific transcription factors using microarray gene expression data. *Journal of Proteomics & Bioinform*. 2(12): 505-508.
- Rouch I, Dorey JM, Boublay N, Henaff MA, Dibie-Racoupeau F, Makaroff Z, Harston S. et al. (2014). Personality, Alzheimer's disease and behavioral and cognitive symptoms of dementia: the PACO prospective cohort study protocol. *BMC Geriatr*. 10(1): 211-229.
- Rohr MK, Wagner J, Lang FR. (2013). Effects of personality on the transition into caregiving. *Psychology and Aging*. 28(3), 692-700.
- Iezzoni LI, Wint AJ, Kuhlthau KA, Boudreau AA. (2016). Adults' recollections and perceptions of childhood caregiving to a parent with significant physical disability. *Disability and Health Journal*. 2016; 9(2): 208-217.
- Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. (2009). Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health related quality of life in patients with cardiac conditions: validation of the Danish Global Mood Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 67(1):57-65.
- Thurackal JT, Corveleyn, J, Dezutter J. (2016). Personality and Self- Compassion: Exploring Their Relationship in an Indian Context. *European Journal of Mental Health*. 11: 18-35.
- Trujillo, MA, Perrin, PB, Elnasseh, A, Pierce, BS, & Mickens, M. (2016). Personality Traits in College Students and Caregiving for a Relative with a Chronic Health Condition. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Aging Research*. 2(11); 1-9.
- Watson D, Clark LA, & Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*. 54(6):1063-70.

