

# اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران

## دمانس

عزت اله قدم پور<sup>۱</sup>، مطهره نصرت‌آبادی<sup>۲</sup>، پریسا پورآبادی<sup>۳</sup>، فضل اله میردریکوند<sup>۴</sup>

۱. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۴. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و سوم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۹، صفحات ۴۳-۵۵

## چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس بود. طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراقبان بیماران دمانس در شهر اصفهان بود که به‌صورت در دسترس ۳۰ نفر از مراقبان بیماران دمانس در کلینیک حافظه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های کیفیت زندگی ویر و شربورن (۱۹۹۲) (SF-36) و تاب‌آوری (CD-RISC)؛ کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بودند که در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شدند؛ و تنها گروه آزمایش مورد درمان متمرکز بر شفقت (مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت-۲۰۰۹) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و جهت جلوگیری از سو تعبیر گروه گواه درمانی بی‌ارتباط دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون پارامتریک، تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) با استفاده از نرم‌افزار SPSS21 صورت گرفت. نتایج نشان داد که گروه آزمایش افزایش معناداری را در تاب‌آوری و سه مؤلفه از کیفیت زندگی (سلامت عمومی، بهزیستی هیجانی و انرژی) بعد درمان نشان دادند. بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت عامل تأثیرگذار مهمی بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری در مراقبان بیماران دمانس است.

واژه‌های کلیدی: شفقت، کیفیت زندگی، تاب‌آوری، مراقبان، بیماران دمانس.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و سوم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۹

## مقدمه

با توجه به افزایش تعداد جمعیت سالمند در جهان و ایران، همواره با چالش‌های جسمی و روانی زیادی روبه‌رو خواهیم شد به طوری که طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ تعداد چهل و هفت میلیون و پانصد هزار نفر مبتلا به دمانس وجود داشته که تا سال ۲۰۵۰ بیش از سه برابر برآورد شده است که بخش اعظم این افراد در جمعیت کشورهای با درآمد متوسط و کم است (سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). اختلال دمانس به اختلالی در شناخت، عملکرد و رفتار گفته می‌شود که شخص را بسیار به دیگران وابسته می‌کند و نیاز به مراقبت‌های عدیده‌ی ۲۴ ساعته‌ی ای دارد که معمولاً این مراقبین افراد خانواده مثل فرزندان یا همسر می‌باشند (گزارش جهانی آلزایمر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ چنووت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به اینکه مراقبت از افراد دچار دمانس زندگی مراقبین آن‌ها را دچار تغییراتی مانند کمبود وقت، کاهش حس عاطفی، اختلال در روابط اجتماعی، احساس عدم کنترل بر زندگی شخصی و به وجود آمدن بار روانی (استرس، اضطراب و افسردگی) و فیزیکی (انواع بیماری‌های حاد و مزمن) می‌کند (مدرانو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) که سطح کیفیت زندگی و تاب‌آوری در این افراد کاسته می‌شود و نیاز به درمان‌هایی جهت کمک‌رسانی روانی به این افراد می‌باشد که قبل از آن به تعریف این دو مفهوم روانی مهم می‌پردازیم:

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه‌مندی‌ها تعریف کرده است (بونومی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). کیفیت زندگی شامل ابعادی همچون کارکرد جسمانی (عملکرد جسمانی فرد در فعالیت‌های روزمره، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمانی) محدودیت‌هایی که در ایفای نقش به دلیل جسمانی اتفاق می‌افتد، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (محدودیت‌هایی که در ایفای نقش به دلیل عاطفی اتفاق می‌افتد، انرژی/خستگی) ظرفیت بازگشت از چالش‌های اجتماعی، مالی یا احساسی به تعادل مجدد و سازش یافتگی مجدد در برابر غر، ضربه، شرایط نامطلوب، بهزیستی هیجانی (رضایت از زندگی و شادی، کنش وری اجتماعی) نتایج و آثار عینی فرد در اجتماع، درد (حسی ناخوشایند و تجربه‌ای احساسی همراه با آسیب بافتی واقعی یا آسیبی به نوعی دیگر از بافت و سلامت عمومی) تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی انسان است (نواچک و تیلور<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲).

نینان<sup>۷</sup> تاب‌آوری را چنین تعریف می‌کند: نوعی حالت قابل توسعه در فرد بوده، که بر اساس آن قادر است در رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و تعارض‌های زندگی و حتی رویدادهای مثبت، پیشرفت و مسئولیت بیشتر به تلاش بیشتر ادامه دهد و برای دستیابی به موفقیت بیشتر، از پای ننشیند (نینان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

1. World Health Organization
2. Azhii mrr's sss aas nrrrntt onll
3. Chenoweth
4. Medrano
5. Bonomi
6. Newa Check & Taylor
7. Neenan

در سال‌های اخیر، مداخلات زیادی باهدف ارتقای کیفیت زندگی و تاب‌آوری مراقبان انجام شده است تا به این ترتیب با افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری آن‌ها، کیفیت مراقبت از بیمار نیز افزایش یابد یکی از این مداخلات درمان متمرکز بر شفقت بوده است. محور اصلی شفقت، پرورش ذهن شفقت ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد؛ بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (گیلبرت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). هدف اساسی شفقت شامل (۱) کاهش خصومت خود جهت داده و (۲) توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدید شدگی عمل کنند. بخش اعظم فعالیت‌های شفقت بر روی ایجاد قابلیت شفقت ورزی متمرکز می‌باشند (آشورت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

شفقت به خود در معنای ساده خود یعنی مهربانی و شفقت افراد با خودشان است. طبق نظریات بسیاری از روان‌شناسان بودائی (مانند سالز برگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷، نف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳) شفقت به خود مربوط به بررسی و در نظر دیگری کفایت‌ها، شکست‌ها و اشتباهات شخصی و هم‌چنین مواجهه با موقعیت دشوار و دردناک زندگی که خارج از کنترل آدمی می‌باشند هستند. مهربانی به خود به معنای درک و دلگرم کردن خودمان در هنگام احساس رنج، شکست و عدم کفایت می‌باشد (در چنین شرایطی نباید خود را موردانتقاد و سرزنش قرار دهیم) متأسفانه بسیاری از افراد در چنین شرایطی خود را موردانتقاد شدید قرار می‌دهند و می‌گویند من خیلی احمق و تنبل هستم، من از خودم خجالت می‌کشم. نف شفقت به خود را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل سه جز اساسی زیر می‌داند: ۱. مهربانی به خود در مقابل قضاوت یا انتقاد از خود، ۲. احساسات مشترک بشری در مقابل انزوا، ۳. بهوشیاری یا ذهن آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی یا تسلیم. بهوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی در شفقت به خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شود و نه مکرراً ذهن را اشغال کند (نف، ۲۰۰۹). روا داشتن شفقت به خود برای فرد یک امنیت هیجانی ایجاد می‌کند که بدون ترس از سرزنش خود به مشاهده خود خویش بنشیند و به او اجازه می‌دهد که الگوهای ناسازگارانه افکار، احساسات و رفتارهای خود را درک و اصلاح کند (براون و ریان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). بنابراین شفقت به خود شامل سه عنصر اصلی می‌باشد: مهربانی، احساسات مشترک بشری و ذهن آگاهی. این عناصر با یکدیگر ترکیب می‌شوند و با ارتباط و تعامل با یکدیگر باعث ایجاد یک چهارچوب ذهنی مربوط به شفقت به خود می‌شوند. از آنجاکه شفقت به خود و فراتر از آن، درمان مبتنی بر شفقت، سازه‌ای نوپا در روان‌شناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به‌خصوص در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از فرهنگ غرب دارد، احساس می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت بر اساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل‌گرفته است (گیلبرت، ۲۰۰۵) و بر

1. Gilbert

2. Ashworth

3. Salzberg

4. Neff

5. Brown & Ryan

چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده و غیر عمدی، متمرکز است (گیلبرت، ۲۰۰۹). شفقت مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار گیرد (دیویدسون، ۲۰۰۳ و لوتز، ۲۰۰۸، نقل از گیلبرت، ۲۰۰۹). این درمان یکپارچه نگر، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد، تحولی و بودائی همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درون مراجعان با خودشان به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری، آشفتگی، درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس، حس کردن شفقت‌آمیز است (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت، ریشه در شفقت دارد پس این تأکید بر شفقت بایستی در همه جنبه‌های درمان از جمله ارتباط با درمان‌جو و شیوه کمک ما به ایشان برای ارتباط با خود و دیگران جاری باشد. از طرفی دیگر همه متخصصان بر این باورند که هسته اصلی رابطه مراجع و درمانگر بر شفقت است (همان)؛ بنابراین درمان متمرکز بر شفقت به معنای دور شدن از احساسات و تجربه‌هایی که ما را ناراحت می‌کنند نیست؛ بلکه به معنای حرکت مؤثر به سوی آن‌ها، شیوه‌های مشفقانه "بودن" در ذهن و جهان و حتی پیش رفتن به سوی چیزهایی هست که ما را به‌زحمت می‌اندازد تا بتوانیم با شفقت با آن‌ها کار کنیم.

از پژوهش‌هایی که در این راستا انجام شده‌اند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: طاهر کرمی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز نشان دادند که این درمان با افزایش میزان امید به زندگی و تاب‌آوری و کاهش اضطراب در زنان در حال یائسگی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رضایتمندی آنان شده‌اند. همچنین قطور و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس<sup>۳</sup> نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت در زنان دچار بیماری مولتیپل اسکلروزیس تاب‌آوری و توان تحمل و پذیرش بیماری و شرایط سخت‌درمان را بالا می‌برد. کلی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۷) و کولینز<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهش‌های خود بر تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان تاب‌آوری بر روی نمونه‌های متعدد نشان دادند که این درمان با افزایش میزان ارتباطات بین فردی بهتر و بر میزان تاب‌وتوان تحمل رویدادهای سخت زندگی می‌افزاید. از سوی دیگر سلیمی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت منجر به افزایش سلامت عمومی و روان که یکی از زیر متغیرهای مفهوم اصلی کیفیت زندگی است می‌شوند. همچنین علی قنوتی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی

1. Davidson

2. Lutes

3. MS

4. Kelly

5. Collins

بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز کاملاً به این نتیجه اذعان داشتند که این درمان میزان شادکامی و سرزندگی را در این زنان افزایش می‌دهد و دایره‌ی پذیرش ذهنی آن‌ها را بالا می‌برد. نواب، دهقانی و صالحی (۱۳۹۷)، گزالس-هرناندز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، دیدریچ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) و براه‌لر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز همگی پژوهش‌هایی هستند که در سال‌های اخیر بر روی نمونه‌های مختلفی انجام شدند و همگی بر اثرگذاری این درمان اذعان دارند اما از آنجایی که در ایران پژوهش‌هایی با بررسی تأثیر این درمان بر مراقبان بیماران دمانس انجام نشده است هدف پژوهش حاضر را بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس شهر اصفهان قرار دادیم.

### روش پژوهش

این پژوهش یک پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. مداخله در این مطالعه، درمان متمرکز بر شفقت بود که متشکل از ۱۰ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود (جدول ۱). جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراقبان بیماران دمانس در شهر اصفهان بودند که به‌صورت در دسترس ۳۰ نفر از مراقبان بیماران دمانس در کلینیک حافظه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۷ انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری بودند که به‌منظور جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از آن‌ها استفاده شد:

**پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۴</sup> (SF-36):** این پرسشنامه خود گزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربورن<sup>۵</sup> (۱۹۹۲) ساخته شد و پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۳۶ سوال است و از ۸ زیرمقیاس‌های تشکیل شده است و هر زیرمقیاس‌های متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: عملکرد جسمی<sup>۶</sup>، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی<sup>۷</sup>، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی<sup>۸</sup>، انرژی/خستگی<sup>۹</sup>، بهزیستی هیجانی<sup>۱۰</sup>، کارکرد اجتماعی<sup>۱۱</sup>، درد<sup>۱۲</sup> و سلامت عمومی<sup>۱۳</sup>. همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس‌های کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. پایایی و روایی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران تأیید شده است: آلفا مساوی ۰/۹۰ تا ۰/۷۷ (منتظری<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) و ضرایب

1. Gonzalez-Hernandez

2. Diedrich

3. Braehler

4. Quality of Life questionnaire

5. Ware & Sherbourne

6. Physical function (PF)

7. role disorder due to physical health (RP)

8. role impairment due to emotional health (RE)

9. energy / fatigue (EF)

10. emotional well-being (EW)

11. social function (SF)

12. pain (P)

33. general health (GH)

44. Montazeri

همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها بافاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (اصغری و فاقهی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد که سطح بسیار خوبی برخوردار است.

پرسشنامه تاب‌آوری<sup>۲</sup> (CD-RISC): پرسشنامه تاب‌آوری (کانر و دیویدسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه‌ی تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره‌ی وی صد است. نتایج مطالعه‌ی مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس کافی گزارش شده‌اند و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت/ روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیر مقیاس‌ها هنوز به‌طورقطع تأیید نشده‌اند، در حاضر فقط نمره‌ی کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار موردبررسی و تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶). همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد که سطح بسیار خوبی برخوردار است.

جدول ۱. جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی	تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک	آشنایی کلی با خود شفقت ورزی
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خود انتقادگر	درمان خود انتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان خود انتقادگر یا شفقتگر، بیان علل خود انتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خود انتقادی	پاسخ به سؤالات تمرین چگونه به خود واکنش نشان می‌دهید؟	مقابله با افکار خود انتقادگری
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	درمان پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا کردن	ثبت اشتباهات روزانه	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	درمان ذهن آگاهی و مهارت‌های آن همراه با تمرین واری بدن و تنفس. درمان چگونگی تحمل مشکلات و چیره شدن بر آن‌ها، درمان پذیرش شکست. پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند.	یادداشت‌های روزانه درباره شفقت به حال خود	پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه

1. Asghari &amp; Faghehi

2. Resilient questionnaire

3. Conner- Davidson

پنجم	قدردانی از خود	درمان خود ارزشمندی و مزایای آن. بیان معایب خود ارزشمندی پایین و عزت نفس، درمان روش های تقویت حس خود ارزشمندی.	تمرین قدردانی از خود و ذکر ده مورد از ویژگی های مثبت خود	رشد احساس خود ارزشمندی
ششم	ایجاد احساسات خوشایند	درمان ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرام سازی از طریق تصویرپردازی ذهنی (تصویر رنگ، مکان و ویژگی های شفقت ورز). درمان سبک ها و روش های ابراز شفقت ورزی و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره	تمرین تصویرپردازی ذهنی	پرورش افکار شفقت ورزانه به خود
هفتم	آشنایی با رفتار شفقتگر	درمان مفاهیم شفقت ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، درمان صفات خودشفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی	تمرین نوشتن عبارات مهرانگیز به خود	پرورش افکار شفقت ورزانه به خود
هشتم	شناسایی احساسات متناقض	درمان گفتگوی درونی بین سه خود، تعریف شده، (گفتگو بین خود، انتقادگر، خود، انتقاد شونده و خود، دلسوز یا شفقتگر). در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه هایی ترتیب می دهد و با هر سه بخش انتقادگر، انتقاد شونده و شفقتگر خود ارتباط برقرار کند.	تمرین صندلی خالی گشتالت	آگاهی از افکار و احساسات متناقض
نهم	درک و پذیرش خود	درمان نوشتن نامه دلسوزانه به خود، دانش آموزان خاطر اشتباهی که مرتکب شده اند از طرف یک شخصیت دلسوز برای خود نامه می نویسند و به کمبودها و ضعف هایی اشاره می کنند که درباره خود احساس می کنند.	تمرین نوشتن نامه دلسوزانه	پذیرش خود
دهم	مرور مباحث درمان داده شده	دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول درمان داده شده، مرور و جمع بندی مطالب گذشته	مرور تمرینات گذشته	به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

پرسشنامه ها در دو مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون توسط دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شدند؛ و تنها گروه آزمایش مورد درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند و جهت جلوگیری از سو تعبیر گروه گواه درمانی بی ارتباط دریافت کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss21 و تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها

جدول ۲. شاخص های توصیفی پیش آزمون و پس پرسشنامه های کیفیت زندگی و تاب آوری در دو گروه

گروه	تعداد	سلامت عمومی		بهبودی هیجانی		خستگی / انرژی		تاب آوری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۶/۵۰۰	۱۰/۰۱۲	۲۸/۳۳۳	۱۱/۴۷۲	۳۶/۵۳۳	۹/۹۵۰	۳۱/۳۳	۱/۹۳۶
	پس آزمون	۲۹/۶۶۶	۹/۹۰۷	۲۹	۶/۷۴۶	۳۸	۹/۵۵۵	۳۲/۱۰	۲/۱۸۷
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۶/۴۵۰	۱۰	۲۸/۱۹۰	۱۱/۲۱۷	۳۵/۴۱۰	۸/۲۲۱	۳۱/۴۶	۱/۸۶۸
	پس آزمون	۲۶/۴۸۰	۱۰/۰۲۴	۲۸/۴۲۳	۱۱/۵۷۸	۳۵/۵۵۵	۸/۳۰۶	۳۱/۴۳	۱/۸۳۵

با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف معیار در پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل کاملاً متفاوت می‌باشند، در راستای اثبات وجود این تفاوت‌ها بر مبنای درمان اعمال‌شده، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. پیش‌فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیر وابسته که از پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است به‌وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون لوین با مقادیر  $(p > 0/05)$  مورد تأیید قرار گرفت. همچنین متغیر همگام در این پژوهش نمره پیش‌آزمون بود و نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام برای کنترل تأثیر آن‌ها در بدو ورود به مداخله به‌کاررفته است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	eta	توان	F	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلائی	۰/۷۹۲	۲۶	۴	۰/۷۹۲	۱	۱۴/۴۷۱	۰/۰۰۰
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۲۰۸	۲۶	۴	۰/۷۹۲	۱	۱۴/۴۷۱	۰/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۳/۸۰۸	۲۶	۴	۰/۷۹۲	۱	۱۴/۴۷۱	۰/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۸۰۸	۲۶	۴	۰/۷۹۲	۱	۱۴/۴۷۱	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین مراقبین در گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و تاب‌آوری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت. دو تحلیل یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت و نتایج حاصل در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس آنکوا بر روی میانگین نمره پس‌آزمون تاب‌آوری و متغیرهای کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
تاب‌آوری	۵۱/۵۳۴	۱	۵۱/۵۳۴	۵۰/۴۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
سلامت عمومی	۹۲۰/۲۵۶	۱	۹۲۰/۲۵۶	۳۸/۹۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
بهبودی هیجانی	۵۴۹/۳۱۰	۱	۵۴۹/۳۱۰	۲۸/۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱
انرژی/خستگی	۲۷۹/۰۳۲	۱	۲۷۹/۰۳۲	۲۷/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱

همان‌طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌کنید با کنترل پیش‌آزمون بین مراقبان بیماران دمانس گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تاب‌آوری ( $F < 50/468$  و  $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به‌عبارت‌دیگر، درمان متمرکز بر خود شفقتی با توجه به میانگین تاب‌آوری مراقبین بیماران دمانس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش معنی‌داری تاب‌آوری مراقبین گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۰ است؛ به‌عبارت‌دیگر ۹۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری مراقبین بیماران دمانس مربوط به تأثیر درمان متمرکز بر خود شفقتی است.

همچنین با کنترل پیش‌آزمون بین مراقبین بیماران دمانس گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای کیفیت زندگی، سلامت عمومی ( $F < 38/972$  و  $p < 0/001$ )، بهبود هیجانی ( $F < 28/132$  و  $p < 0/001$ )، انرژی-خستگی ( $F < 27/407$  و  $p < 0/001$ )



تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر متمرکز بر خود شفقتی به خود با توجه به میانگین سه متغیر کیفیت زندگی در مراقبین بیماران دمانس گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، موجب افزایش سه متغیر کیفیت زندگی (سلامت عمومی، بهزیستی هیجانی و انرژی-خستگی) گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت سه متغیر کیفیت زندگی به ترتیب برابر با (۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۸۶) است؛ به عبارت دیگر ۸۶، ۸۳ و ۸۱ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سه متغیر کیفیت زندگی مربوط به درمان متمرکز بر خود شفقتی است؛ بنابراین هر دو فرضیه‌ی مبتنی بر تأثیرگذاری درمان متمرکز بر خود شفقتی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس بود. تحلیل نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون بین مراقبان بیماران دمانس گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس گروه آزمایش شد که نتیجه به دست آمده با پژوهش‌های طاهر کرمی و همکاران (۱۳۹۷)، قطور و همکاران (۱۳۹۷)، کلی و همکاران (۲۰۱۷) و کولینز و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین نتیجه‌ی پژوهش می‌توان اظهار نمود که از آنجایی که مراقبان بیماران دمانس به علت مسائل و مشکلات شخصی خود و مسائل و مشکلات عدیده‌ی بیمارانشان که معمولاً پدر یا مادر و یا همسر خود این افراد هستند با رویدادهای استرس‌زای زندگی همواره روبه‌رو هستند و به علت نداشتن راهکارهایی برای مقابله مؤثر با این رویدادها باتجربه‌ی شکست روبه‌رو می‌شوند و به پرخاشگری و یا سرزنش خود و اطرافیان می‌پردازند و قضاوت‌هایی ناعادلانه در مورد توانایی‌های خود می‌کنند. درمان متمرکز بر شفقت سبب افزایش میزان مهربانی و درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود می‌شود و از پریشانی و ناراحتی این افراد می‌کاهد و بر میزان تاب‌آوری این افراد که همواره با مشکلات بیمارشان روبه‌رو هستند، می‌افزاید و سطح پاسخ مثبت و همدلی را افزایش و از میزان خطاهای شناختی این افراد می‌کاهد (کولینز و همکاران، ۲۰۱۷). از طرف دیگر درمان متمرکز بر شفقت موجب بهبود کیفیت زندگی مراقبان بیماران دمانس گروه آزمایش شد که نتیجه به دست آمده با پژوهش‌های سلیمی و همکاران (۱۳۹۷)، علیقنوتی و همکاران (۱۳۹۷)، نواب، دهقانی و صالحی (۱۳۹۷)، گنزالس-هرناندز و همکاران (۲۰۱۸)، دبدریچ و همکاران (۲۰۱۴) و براهلر و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت بر پایه دو فرآیند اصلی که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران و دوم فرآیندهای رفتاری شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است (گیلبرت، ۲۰۱۰) که توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرسورهای سوق دهنده به سوی وخیم‌تر شدن وضعیت روان‌شناختی کاهش می‌دهند و منجر به افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود در افراد می‌شوند. این نتیجه همسو با پژوهش گنزالس-هرناندز و همکاران (۲۰۱۷) می‌باشد که این پژوهشگران نشان دادند که روندهای همدلی و بخشش خویشتن و ایجاد پل ارتباطی با دیگران در پذیرش مشکلات و افزایش خود مهرورزی و کنترل بر استرس‌ها نقش بسزایی در بهبود کیفیت زندگی دارد. یکی از حوزه‌های مورد تأکید

در شفقت همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است. اثرگذاری شفقت بر کیفیت زندگی می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی افراد باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به نوبه خود باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد در طی گذراندن درمان می‌شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن آگاهانه و تمرینات آرام بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود. اثرگذاری این فن‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به نظر می‌رسد فن‌ها و اصول شفقت با افزایش همدلی و احساس خود بخشودگی بر روند پذیرش اثرگذار است؛ بنابراین درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس شهر اصفهان تأثیر دارد. محدودیت‌های این پژوهش عدم مقایسه این درمان با سایر درمان‌های روان‌شناختی هم‌ارز می‌باشد که اثربخشی این درمان را نسبت به دیگر درمان‌ها نشان دهد. همچنین نمونه این پژوهش شامل مراقبان بیماران دمانس شهر اصفهان می‌باشد که متغیرهای قومی و فرهنگی می‌تواند در تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش محدودیت ایجاد کند. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این روش درمانی با سایر درمان‌های روان‌شناختی و در جمعیت‌های دیگر مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد.

#### منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی، مجله علوم روان‌شناختی، ۲۴، ص ۳۷۳-۳۸۳.
- سلیمی، آرمان؛ ارسالن ده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، فصلنامه علمی-پژوهشی افق دانش، دوره ۲۴، شماره ۲، صفحه ۱۳۱-۱۲۵.
- طاهر کرمی، ژیلا؛ حسینی، امید؛ دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز، دوره پنجم، شماره ۳، صفحات ۱۸۹ تا ۱۹۷.
- علی قنواتی، سجاد؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کوروش؛ روزبهرانی، مهدی (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. درمان پرستاری، ۷ (۲)، ۵۳-۶۱.
- قطور، زینب؛ پور یحیی، سید مصطفی؛ شاکرمی، محمد؛ سلیمی، آرمان؛ و داورنیا، رضا (۱۳۹۷) تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، ارمان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره ۲۳، شماره ۳ (شماره پی در پی ۱۲۸)

▪ نواب مژگان، دهقانی اکرم، صالحی مهرداد (۱۳۹۷). تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۵ (۱)، ۱۲۷-۱۳۷.

- Alzheimer, S. (2016). Disease international. World Alzheimer Report 2016. ADI. Available at: <https://www.alz.co.uk/research/world-report>.
- Ashworth, F., Gracey, F., Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12(02), 128-39.
- Bonomi, A.E., Patrick, D.L., Bushnell, D.M., Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of life (WHOQOL, 53(1), 1-12.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013; 52(2):199-214. doi: 10.1111/bjc.12009 pmid: 24215148
- Chenoweth, L., King, M.T., Jeon YH., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., et al. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementiacare mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*, 8(4), 317- 325.
- Collins, R.N., Gilligan, L.J., Poz, R. (2017). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol*, 11, 1-13.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.G., Hiller, W., Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther*, 58, 43-51. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.006 pmid: 24929927
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., Diego-Pedro, R., Banos, R., et al. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integr Cancer Ther*, 1534735418772095. doi: 10.1177/1534735418772095 pmid: 29681185
- Kelly, AC., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., Hoffman, E. (2017). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 475-87.
- Medrano, M., Rosario, R.L., Payano, N., Capellán, R. (2014). Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dement Neuropsychol*, 8(4), 384-388.

- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*, 14(3), 875-82.
- Neenan, M. (2009). Developing resilience: A cognitive– behavioural approach. *Development and psychopathology*, 2, 425 – 444.
- Newa Check, P.W., Taylor, WR. (1992). Childhood chronic illness: Prevalence severity and impact. *Am J Public Health*, 82 (3), 364-371.
- World Health Organization. (2016). 10 facts on dementia Available at: <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en>. Accessed, 10.03.

علوم رفتاری



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## Effectiveness of compassion-focused therapy on improving quality of life and increasing the resilience of caregivers of dementia patients

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on improving quality of life and increasing the resilience of caregivers of dementia patients. The present study was a quasi-experimental, pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study included all caregivers of dementia patients in Isfahan city which were selected by 30 caregivers of dementia patients in the memory clinic of Isfahan University of Medical Sciences. They were randomly divided into two experimental and control groups. Research instruments were quality of life and resiliency questionnaires that were completed in two stages of pre-test and post-test by two groups of experiment and control. And the only experimental group was focused on compassion and received an irreconcilable control group to prevent the disturbed. Data were analyzed using SPSS21 and multivariate analysis of covariance. The results showed that the experimental group showed a significant increase in resilience and three components of quality of life (general health, emotional well-being and energy) were treated. Based on the findings, it can be concluded that focused therapy on compassion is an important factor in improving the quality of life and increasing the resilience of caregivers of patients with dementia.

**Keywords:** compassion, quality of life, resilience, caregivers, patients with dementia.

