Journal of Research in Psychological Health
September 2024, Volume 18, Issue 2

The effectiveness of self-compassion-focused therapy on depression, caregiving stress, and alexithymia in caregivers of elderly people with Alzheimer's disease

Abolfazl Sadeghi[1], Mohammad Mahdi Jahangiri[2]*, Davood Taghvaei[3]

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. Email: mm.jahangiri@iau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Citation: Sadeghi, A., Jahangiri, M. M., Taghvaei, D. The effectiveness of self-compassion therapy on depression, caregiving burden, and alexithymia among caregivers of elderly Alzheimer's patients. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2024; 18 (2):31-45 [Persian].

Article Info:

Key words
Self-compassion therapy, Depression, Caregiving burden, Alexithymia, Caregivers of elderly Alzheimer's patients.

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of self-compassion therapy on depression, caregiving burden, and alexithymia among caregivers of elderly patients with Alzheimer's disease. The research employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group. The statistical population included all caregivers of elderly Alzheimer's patients who referred to the Iranian Alzheimer's Association in Arak City between February and August 2024. A total of 30 participants were selected using purposive sampling and randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. Research instruments included the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the Zarit Burden Interview (ZBI), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). The experimental group received 8 sessions of self-compassion therapy, while the control group received no intervention. Findings indicated that self-compassion therapy significantly reduced depression, caregiving burden, and alexithymia in the experimental group compared to the control group. These results highlight the importance of employing this therapeutic approach to improve the psychological well-being of caregivers of Alzheimer's patients.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

اثربخشی درمان متمرکز برخودشفقتی بر افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر

ابوالفضل صادقی[۱]، محمد مهدی جهانگیری*[۲] و داود تقوایی[۳]

۱.دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک ، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیارگروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایرانmm.jahangiri@iau.ac.ir

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۳/۰۱/۰۳

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۳/۰۵/۳۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی متمرکز بر خود بر افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شد. این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک طی ماه های بهمن ۱۴۰۲ تا مرداد ۱۴۰۳ بود. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک ، مقیاس فشار مراقبتی زاریت ، و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله شفقت درمانی متمرکز بر خود قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌ها نشان داد که مداخله شفقت درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این نتایج نشان‌دهنده اثربخشی این روش درمانی در بهبود وضعیت روان شناختی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر است.

واژگان کلیدی
شفقت درمانی متمرکز بر خود، افسردگی، فشار مراقبتی، ناگویی هیجانی، مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

مقدمه

افزایش امید به زندگی و بهبود شرایط بهداشتی در دهه‌های اخیر، رشد جمعیت سالمندان را در سراسر جهان تسریع کرده است(هانلی و هاج ،۲۰۲۴) . طبق آمارهای جهانی، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۵۰، تعداد افراد بالای ۶۰ سال دو برابر شود. این رشد جمعیتی با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن نظیر آلزایمر همراه است(مسعودی و همکاران ،۲۰۲۴) . آلزایمر، که شایع‌ترین نوع دمانس است، با کاهش پیشرونده توانایی‌های شناختی و عملکردی بیماران همراه بوده و تأثیرات گسترده بر زندگی شخصی و اجتماعی سالمندان دارد (مدنی و فرخزاد، ۲۰۲۵). در میان مشکلات مختلف مرتبط با سالمندی، بیماری آلزایمر به دلیل پیامدهای مخربش بر کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. آلزایمر، که نوعی اختلال عصبی پیشرونده است، با از دست دادن تدریجی حافظه، توانایی‌های شناختی و مهارت‌های روزمره همراه است این بیماری نه تنها زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه فشار زیادی بر دوش مراقبان، به‌ویژه اعضای خانواده می‌گذارد(قائدی و همکاران،۲۰۲۴).

مطالعات نشان داده‌اند که مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر به دلیل ماهیت طولانی‌مدت و پیچیدگی‌های رفتاری این بیماری، منجر به بروز مشکلات جدی در سلامت روانی و جسمانی مراقبان می‌شود(هانلی و هاج ،۲۰۲۴). افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر است. این اختلال معمولاً نتیجه فشار روانی مداوم و شرایط دشوار مرتبط با مراقبت طولانی‌مدت است. مراقبت از بیمارانی که به تدریج توانایی‌های شناختی و عملکردی خود را از دست می‌دهند، نیازمند صرف زمان و انرژی بسیاری است که اغلب مراقبان را از جنبه‌های دیگر زندگی‌شان باز می‌دارد(موکرجی و همکاران ،۲۰۲۴). در نتیجه، بسیاری از مراقبان با احساس ناامیدی، انزوا و بی‌انگیزگی مواجه می‌شوند.تحقیقات نشان داده است که افسردگی در مراقبان با کاهش کیفیت زندگی و حتی بروز مشکلات جسمانی نظیر فشار خون بالا و سیستم ایمنی ضعیف همراه است (قائدی و همکاران،۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حدود نیمی از مراقبان بیماران آلزایمر درجاتی از افسردگی را تجربه می‌کنند و این مسئله به‌طور مستقیم بر توانایی آن‌ها در ارائه مراقبت باکیفیت تأثیر می‌گذارد(دوان و همکاران ،۲۰۲۴) .همچنین، افسردگی در مراقبان به دلیل تعاملات پیچیده با عوامل دیگری نظیر فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی تشدید می‌شود(چنگ و همکاران ،۲۰۲۴).

فشار مراقبتی، به‌عنوان یکی از پیامدهای اصلی نقش مراقبتی، به مجموعه‌ای از استرس‌ها و بارهای روانی و جسمانی ناشی از مراقبت از بیمار اشاره دارد(مدنی و فرخ زاد ،۲۰۲۴). فشار مراقبتی، که به بار عاطفی، جسمی و روانی ناشی از نقش مراقبتی اشاره دارد، تأثیرات جدی بر سلامت روانی مراقبان دارد(تالیب و همکاران ،۲۰۲۴) . این فشار ناشی از عواملی نظیر فقدان حمایت اجتماعی، مسئولیت‌های سنگین و عدم دسترسی به منابع مناسب است. بسیاری از مراقبان احساس خستگی مفرط می‌کنند و به دلیل تعهدات طولانی‌مدت، فرصت کافی برای استراحت و بازیابی انرژی ندارند(مدنی و فرخ زاد ،۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که شدت فشار مراقبتی با میزان افسردگی، اضطراب و فرسودگی روانی مراقبان ارتباط مستقیم دارد. این فشار در میان مراقبان بیماران آلزایمر بسیار رایج است، زیرا مراقبت از بیماران با نیازهای گسترده و پیچیده اغلب نیازمند فداکاری کامل است(گوو و شی، ۲۰۲۴).فشار مراقبتی با علائمی نظیر خستگی مزمن، کاهش رضایت زندگی و مشکلات روانی همچون اضطراب و افسردگی همراه است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فشار مراقبتی نه تنها بر سلامت روانی مراقبان تأثیر منفی دارد، بلکه به‌طور غیرمستقیم می‌تواند کیفیت مراقبت از بیمار را نیز کاهش دهد(تالیب و همکاران ،۲۰۲۴) .

یکی دیگر از چالش‌های روانی که مراقبان بیماران آلزایمر با آن مواجه‌اند، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی که به‌عنوان ناتوانی در شناسایی و ابراز هیجانات تعریف می‌شود، در میان مراقبان این بیماران به دلیل تنش‌های

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

روانی مزمن بسیار شایع است(شانگ و همکاران ،۲۰۲۳) . این ویژگی می‌تواند به افزایش انزوای عاطفی، کاهش توانایی مقابله با استرس و تشدید مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی منجر شود . علاوه بر این، ناگویی هیجانی ممکن است تعاملات اجتماعی مراقبان را مختل کرده و بر روابط خانوادگی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. مطالعات نشان داده‌اند که مراقبانی که از ناگویی هیجانی رنج می‌برند، در مقایسه با دیگران بیشتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند و به طور کلی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند(کرول و کاراکیویچ،۲۰۲۰).

در این میان، شفقت درمانی متمرکز بر خود به‌عنوان یک رویکرد نوین و مؤثر برای کاهش فشارهای روانی مراقبان بیماران آلزایمر مطرح شده است. این درمان، با تأکید بر خودپذیری، آگاهی هیجانی و مهربانی با خود، به کاهش علائم افسردگی، استرس و ناگویی هیجانی کمک می‌کند(مدنی و فرخ زاد ،۲۰۲۴). این رویکرد، با تمرکز بر کاهش خودانتقادی و افزایش آگاهی هیجانی، تأثیرات مثبتی بر کاهش افسردگی، اضطراب و فشار روانی نشان داده است . پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت درمانی می‌تواند تأثیرات مثبتی بر بهبود سلامت روانی مراقبان بیماران مزمن داشته باشد و ابزارهای روان‌شناختی مفیدی برای مدیریت فشارهای مراقبتی فراهم کندهمچنین، این مداخله . با افزایش تاب‌آوری هیجانی مراقبان، به آن‌ها کمک می‌کند تا با چالش‌های نقش مراقبتی خود به‌صورت مؤثرتری مقابله کنند(پتروچی و همکاران ، ۲۰۲۴).

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در حوزه روان‌درمانی، مطالعات کمی به بررسی اثربخشی شفقت درمانی متمرکز بر خود بر متغیرهایی نظیر افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی پرداخته‌اند. خلأ پژوهشی در این زمینه نشان‌دهنده نیاز به تحقیقات بیشتر است تا راهکارهای مؤثرتری برای حمایت از مراقبان بیماران آلزایمر ارائه شود. پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف طراحی شده است و سعی دارد تا اثربخشی شفقت درمانی متمرکز بر خود را در بهبود وضعیت روانی مراقبان بررسی کند. همچنین به دلیل عدم وجود پژوهشی جامع در این حوزه و ایجاد زمینه برای انجام پژوهش‌های بیشتر، انجام پژوهش حاضر ضروری به‌نظر می‌رسد. بدین‌ترتیب‌پژوهش حاضردرصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا شفقت درمانی متمرکز بر خود می‌تواند افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر را بهبود بخشد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی شفقت درمانی متمرکز بر خود بر افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر است. از بین جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طورتصادفی در دو گروه، تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، از قاعده‌ای که گال، بورگ و گال (۲۰۱۴) گزارش کرده‌اند، استفاده شد که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و شبه آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل پیشنهاد شده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر است که در ماه‌های بهمن ۱۴۰۲ تا مرداد ۱۴۰۳ به انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک مراجعه می‌کنند. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل ۶ ماه سابقه مراقبت روزانه از سالمند مبتلا به آلزایمر، سن مراقب بین ۲۵ تا ۶۵ سال، رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات درمانی و تکمیل ابزارهای پژوهش، عدم دریافت همزمان درمان‌های روان‌شناختی دیگر و توانایی خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه‌ها بودند. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم حضور در بیش از دو جلسه درمانی، وقوع بحران‌های جدی در زندگی شخصی مراقب (مانند فوت بیمار یا مشکلات شدید خانوادگی)، انصراف از ادامه شرکت در پژوهش به هر دلیل و شروع هر نوع درمان روان‌شناختی جدید در طول مطالعه بود. گروه آزمایش تحت مداخله شفقت درمانی متمرکز بر خود قرار می‌گیرد که شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی است. محتوای جلسات بر اساس پروتکل استاندارد شفقت درمانی تنظیم

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

شده و شامل مباحثی همچون خودپذیری، تمرین مهربانی با خود، کاهش خودانتقادی و مدیریت هیجانات منفی است. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کند و در پایان مطالعه برای رعایت اصول اخلاقی، کارگاه آموزشی کوتاهی برای آن‌ها برگزار خواهد شد.برای رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، ضمن بیان هدف کلی پژوهش و آزادی مشارکت در آن، به آزمودنی‌ها از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات نیز اطمینان داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی همچون میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی و درصد استفاده شد. در بخش استنباطی تحلیل کوواریانس به کار گرفته شد. با استفاده از نرم‌افزارهای Spss23 و Lisrel 8.8 مورد تحلیل قرار گرفت.

روش اجرا:

روش کار در سه مرحله انجام گرفت. پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک به محیط پژوهش انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کرد. پس از کسب موافقت از ریاست و مسئولین انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک کار نمونه گیری آغاز گردید. برای انجام پژوهش حاضر در ابتدا محتوای آموزشی براساس رویکرد درمانی هر مداخله با استفاده از منابع علمی و معتبر و با توجه به متغیرهای پژوهش شامل بر فشار مراقبتی، افسردگی و ناگویی هیجانی تهیه شده است. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. ابتدا از بین مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر که به انجمن مراجعه کرده بودند از بین ۵۴ نفر ازآزمودنی‌ها که مورد مصاحبه اولیه قرار گرفتند ۳۰ نفر از افراد با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و همچنین تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند (با اخذ رضایت‌نامه کتبی) از طریق جایگزینی تصادفی[1] به گروه‌های آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله و گروه کنترل انتخاب شدند.

کلیه‌ی شرکت کنندگان برگه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه فشار مراقبتی، پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه ناگویی هیجانی را مرحله پیش آزمون تکمیل کردند. گروه‌های آزمایشی تحت مداخلات ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه‌ای با هدف ارزیابی کلی اثربخشی مداخله صورت پذیرفت. همچنین به منظور حمایت آموزشی شرکت کنندگان به رعایت نکات گفته شده به طور عملی و تشویق آنها به انجام آن در تمامی جلسات، در پایان هر جلسه آموزشی، برنامه هر جلسه به صورت جزوه آموزشی به بیماران ارائه شد. به آزمودنی‌ها گفته شد که در طول مدت پژوهش محقق سه روز در هفته (روزهای شنبه، دوشنبه، چهارشنبه) در انجمن حضور دارد و به سوالات احتمالی آنها به صورت تلفنی و یا حضوری پاسخ می‌دهد. سه ماه پس از آخرین جلسه مداخله در دو گروه مداخله و کنترل، پس آزمون (post test) انجام شد و پرسشنامه‌ها مجدداً توسط بیماران تکمیل گردید.در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از برگه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه فشار مراقبتی، پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه ناگویی هیجانی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمون به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت. در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به هر دو گروه آزمون، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II):

پرسشنامه افسردگی بک اولین بار توسط آرون تی. بک در سال ۱۹۶۱ طراحی شد و نسخه دوم آن در سال ۱۹۹۶ منتشر شد. این ابزار به‌طور خاص برای ارزیابی شدت افسردگی در بزرگسالان طراحی شده است و شامل ۲۱ سؤال است که نشانه‌های افسردگی را بر اساس پاسخ‌های

1. Random Allocation or Randomization

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

خودارزیابی اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه به‌طور گسترده‌ای در پژوهش‌ها و ارزیابی‌های بالینی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی استفاده می‌شود.از از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا میزان افسردگی خود را بر روی یک پیوستار چهار درجه‌ای، از «۰» (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا «۳» (افسردگی شدید) درجه‌بندی کنند.نمره کل این سیاهه از حاصل جمع نمره مادّه‌ها به دست می‌آید که دامنه آن می‌تواند از صفر تا ۶۳ باشد. نمره‌های بیشتر بیانگر سطوح بالای افسردگی است؛ این سیاهه نقطه برشی به عنوان عدم وجود افسردگی معرفی نمی‌کند(دادفر، و کالیباتسوا ، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش بک و دیگران (۱۹۹۶) نشان داد که سیاهه افسردگی بک-ویرایش دوم، همسانی درونی بالایی دارد. همچنین، پژوهش دیگری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی دونیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی[1]به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را گزارش کرده است. دادفر، و کالیباتسوا (۲۰۱۶) در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴، همچنین ضریب روایی سیاهه افسردگی بک را ۰/۸۶ گزارش کردند. قاسم‌زاده، مجتبایی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی (۲۰۰۵) ضریب اعتبار کل سیاهه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۴ گزارش کرد. قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۱۲۱ نفری در ایران را به این شرح گزارش دادند: ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ (فتا و همکاران ، ۲۰۰۳).در این پژوهش، همسانی درونیِ [ضریب آلفای کرونباخ] سیاهه افسردگی بک برای حجم نمونه (n=۳۰) ۰/۹۳۰ به دست آمد. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ سیاهه مذکور بیشتر از ۰/۷ است، می‌توان گفت از اعتبار بالایی برخوردار است.

مقیاس فشار مراقبتی زاریت(ZBI)

مقیاس فشار مراقبتی زاریت (ZBI) که توسط نیکلاس زاریت و همکاران در سال ۱۹۸۳ توسعه یافت، یک ابزار ۲۲ سوالی است که برای ارزیابی فشارهای روانی و جسمانی مراقبین خانواده از بیمارانی با بیماری‌های مزمن (از جمله آلزایمر) طراحی شده است. این پرسشنامه به‌طور گسترده‌ای در پژوهش‌های مختلف استفاده می‌شود.

در ایران، بررسی‌های مختلف روایی و پایایی مقیاس زاریت نشان داده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بین ۰،۸۰ تا ۰،۹۰ گزارش شده است (رجبی مشهدی و همکاران ، ۲۰۱۵). همچنین، در مطالعه‌ای که توسط رمضانی و همکاران (۲۰۱۸) انجام شد، روایی همگرا این مقیاس با استفاده از همبستگی با ابزارهای دیگر سنجش فشار مراقبتی، تایید شد.در پژوهشی که توسط یاپ (۲۰۲۰) انجام شده، این مقیاس در ارزیابی فشار مراقبتی افراد به‌طور گسترده تایید شده و پایایی بالای آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰،۸۵ گزارش شده است.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو TAS-20

فرم اولیه مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ مادّه‌ای است که توسط تیلور، راین و باگبی در سال ۱۹۸۵ ساخته و در سال ۱۹۹۴ توسط باگبی، تیلور و پارکر تجدیدنظر و به فرم ۲۰ مادّه‌ای تبدیل شد. باگبی و دیگران (۱۹۹۴ نقل از افشاری، ۱۳۸۷) دریافتند که مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه عامل ساختاری است که با سازه ناگویی هیجانی همخوانی دارد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات[2](شامل ۷ مادّه)، دشواری در توصیف احساسات[3](شامل ۵ مادّه) و تفکر عینی[4](شامل ۸ مادّه) است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره ۱ برای «کاملا مخالفم» تا ۵ برای «کاملا موافق» است. در این مقیاس با جمع نمرات ۲۰ مادّه، یک نمره کلی به دست می‌آید. مادّه‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر

1. retest coefficient
2. Difficulty Identifying Feeling (DIF)
3. Difficulty Describing Feeling (DDF)
4. Externally Oriented Thinking (EOT)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است(پارکر و همکاران،۲۰۰۸).در اکثر پژوهش‌ها، نقطه برش برای نمره کل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۶۰ یا ۶۱ در نظر گرفته می‌شود که از یک گروه کوچک بیمار به دست آمده است. اما برای هر خرده مقیاس به صورت تک تک، نقطه برش تعیین نشده است. روایی مقیاس ناگویی هیجانی توسط سازندگان آن مورد تایید قرار گرفت. اعتبار آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط باگبی و همکاران (۱۹۹۴) ۰/۸۷ گزارش شده است. پژوهش پارکر و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله غیربالینی کره‌ای، اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ است. در اعتباریابی فرم ایرانی مقیاس ناگویی هیجانی، بشارت (۲۰۰۷) در ۵۸۷ دانشجوی مقطع کارشناسی (۳۴۹ زن و ۲۳۸ مرد) در دانشگاه تهران ، از این مقیاس استفاده کرد و اعتبار آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۵، دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۳ و تفکر عینی ۰/۵۳ گزارش کرد. در این پژوهش، همسانی درونیِ [ضریب آلفای کرونباخ] مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو برای حجم نمونه (n=۳۰) در ناگویی هیجانی، ۰/۹۱۰ همچنین در مولفه دشواری در تشخیص احساسات ۰/۹۰۷، مولفه دشواری در توصیف احساسات ۰/۹۳۵ و تفکر عینی ۰/۸۸۵ به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو از اعتبار بالایی برخوردار است.

جدول ۱. پروتکل درمانی جلسات آموزش و درمان درمان متمرکز بر خودشفقتی نف و گرمر(۲۰۱۳)

جلسه اول	معارفه، پذیرش مراجع، تعیین اهداف جلسه و خط مشی کلی از قوانین گروه، صحبت در مورد فشار مراقبتی، افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر ، آشنایی با اثرات جسمانی، روانی اجتماعی فشار مراقبتی، افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر ، نقش خودمراقبتی ، تعریف نقش عوامل روانشناختی فشار مراقبتی، افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر و علائم روانشناختی افراد، معرفی آموزش مبتنی بر شفقت آموزشی و رویکردهای جدید روان شناسی در آموزش خودمراقبتی، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با شفقت و شفقت به خود. توضیح تمرینات مراقبه ، تکالیف جلسه آینده
جلسه دوم	دریافت بازخورد و مرور جلسات قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش ها و زندگی معنوی در رحمایت از حوزه های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه‌ی زندگی، اجرای تمرین هدف یابی، اجرای مدل شناسایی حوزه هایی که تعریف هیجان و شناسایی هیجان های مثبت و منفی، آموزش ثبت رخدادهای مطلوب، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توام با حالت حضور ذهن، خوردن با حضور ذهن برای کنترل افسردگی، توضیح تمرینات مراقبه ، تکالیف جلسه آینده
جلسه سوم	تمرین وارسی بدن، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن تمرین وارسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات. مبتنی بر شفقت آموزشی، ارائه‌ی تکنیک ها و راه های موفقیت در دستیابی به امیدواری ،آشنایی با ناگویی هیجانی، فهم مشفقانه از ترس ها و تهدیدها و راهبردهای ایمنی طلبی (شرم زدایی) (توضیح ذهن تکامل یافته، ذهن اجتماعی و ذهن غم انگیز و توضیح مدل). توضیح تمرینات مراقبه ، تکالیف جلسه آینده
جلسه چهارم	آگاهی مشفقانه: برقراری رابطه ای حاکی از پذیرش و عاری از قضاوت با افکار، احساسات و رفتارها (یعنی استفاده از تکنیک های توجه آگاهی). مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن)، قدم زدن همراه با حضور ذهن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، ثبت رخدادهای نامطلوب باعث نگرانی هستند و برنامه ی فعالیت های روزمره جهت تولید ارزش ها در پهندی زندگی، دریافت بازخورد. ا مروز جلسه قبل، استفاده از گام تغییر نگرش برای بهبود رضایت در حیطه هایی که رضایت در آنها کافی نیست، آموزش تغییر نگرش بر پایه ی اصول شناخت آموزشی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پرخطر، دریافت بازخورد مرور جلدی قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

	شب بینش و هوشیاری آموزش تغییر اولویت ها و زمینه های مهم با استفاده از کب پیش، دریافت بازخورد. مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش با آدم غم خوار، توضیح تمرینات مراقبه ، تکالیف جلسه آینده
جلسه پنجم	دریافت بازخورد و مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش بینی، اصل محیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کتار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن ، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر، توضیح تمرینات مراقبه ، تکالیف جلسه آینده، دریافت بازخورد
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش با آدم غم خوار، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، برقراری ارتباط با افکار و احساس های خود، گسترش آنها و پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند بدون قضاوت و داوری، بحث در مورد این که «افکار واقعیت نیستند». راهکارهای آرامش سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر.... و ارائه بازخوردهای لازم مرور جلسه قبل و آموزش شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیاز های درونی خود و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد، توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده
جلسه هفتم	سه دقیقه تنفس منظم و مقابله ای. مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت بخش و فعالیت هایی که به فرد احساس تسلط می دهند. توضیح تمرینات مراقبه، تکالیف جلسه آینده
جلسه هشتم	سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله ای تمرین وارسی بدن، مروری بر کل دوره، روش هایی برای حفظ دستاوردهای یاد گرفته شده، انتخاب برنامه ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد، بحث در مورد دلا بل مثبت و موانع احتمالی تمرین ها پس از پایان دوره و تکمیل پرسشنامه توسط شرکت کنندگان، توضیح تمرینات مراقبه ، تکالیف جلسه آینده، اتمام جلسات

یافته‌ها

جهت بررسی اثربخشی شفقت متمرکز به خود بر افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ استفاده شد. در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر از مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) انجام گرفت. در دامنه سنی ۵۰-۳۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل ۴/۵۹ ± ۴۵/۰۳ و برای گروه آزمایش شفقت متمرکز به خود ۳/۴۸ ± ۴۱/۸۴سال و مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود.

جدول۲: میانگین و انحراف معیار و کمینه و بیشنیه سن و مدت زمان مراقبت به تفکیک دو گروه

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	Sig
سن	شفقت متمرکز به خود	۱۵	۴۴/۵۰	۴/۵۲	۰/۴۸۰	۰/۶۲۰
	کنترل	۱۵	۴۵/۰۳	۴/۵۹		
مدت زمان مراقبت	شفقت متمرکز به خود	۱۵	۲/۱۸	۳/۹۸	۰/۱۲۹	۰/۸۷۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

	کنترل	۱۵	۲/۶۵	۳/۵۵	

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل ۴/۵۹ ± ۴۵/۰۳ ، برای گروه آزمایش شفقت متمرکز به خود ۴/۵۲ ± ۴۴/۵۰ سال بوده است. مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود. همچنین میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار شرکت کنندگان در گروه آزمایش (شفقت ورزی متمرکز به خود) ۲/۳±۱۸/۹۸ و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار در گروه کنترل شرکت کنندگان در گروه ۲/۳±۶۵/۵۵ می‌باشد. بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز جهت بررسی معنی داری تفاوت میانگین در دو گروه حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دارد. نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیر و ویلک در گروه آزمایش شفقت متمرکز به خود نشان داد که فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی در مرحله پیگیری برقرار(P> ۰/۰۵) اما در افسردگی برقرار نیست(P <۰/۰۵). با توجه به عدم برخورداری توزیع نرمال در این مؤلفه، از این رو در تعمیم نتایج این مؤلفه ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

جدول۳. میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	فشار مراقبتی			مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
ازمایش	شفقت متمرکز به خود			F=۳/۳۶۷
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	Sig=۰/۰۵۰
میانگین	۱۶/۸۸	۱۰/۸۴	۱۳/۹۲	
انحراف معیار	۱/۲۴	۱/۲۸	۱/۲۹	
شاهد	کنترل			مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۹/۱۲۳
میانگین	۱۷/۴۶	۱۶/۹۲	۱۵/۵۰	۰/۰۰۰۱
انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۳۵	۱/۷۹	
متغیر وابسته		افسردگی		مقایسه پیش آزمون در دو گروه
آزمایش	شفقت متمرکز به خود			F=۰/۲۰۸
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	sig=۰/۸۱۳
میانگین	۱۸/۰۷	۱۱/۱۵	۱۴/۰۷	
انحراف معیار	۱/۰۵	۰/۷۳	۰/۹۳	
شاهد		کنترل		مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۴۱/۳۰۵
میانگین	۱۸/۱۹	۱۶/۵۳	۱۶/۵۳	sig=۰/۰۰۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۸۵	۱/۴۷	
متغیر وابسته		ناگویی هیجانی		مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
آزمایش۱		شفقت متمرکز به خود		F=۰/۲۲۷
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	sig=۰/۷۹۸
میانگین	۴/۷۳	۱۱/۷۶	۹/۳۰	
انحراف معیار	۱/۵۸	۲/۵۱	۲/۶۳	
شاهد		کنترل		مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۵۹/۴۵۷
میانگین	۴/۵۷	۶/۷۶	۵/۶۹	sig=۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱/۲۷	۱/۲۷	۱/۱۵	

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین سطح فشار مراقبتی، افسردگی و ناگویی هیجانی در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن دو گروه در این مرحله می باشد، مقایسه میانگین ها در پس آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی دار بود که اثربخشی مداخه از جمله شفقت متمرکز به خود در مقایسه با گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی دار در مرحله پیگیری بین دو گروه نشانگر پایداری اثربخشی مداخلات می باشد. جهت بررسی اثربخشی شفقت متمرکز به خود بر فشار مراقبتی، افسردگی و ناگویی هیجانی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارتلت($P < ۰/۰۰۱$، $X^2 = ۴۷۹/۴۴۱$) بیانگر رعایت پیش فرض این آزمون بود(همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه های مورد بررسی برقرار نمی باشد($P < ۰/۰۰۱$، $F_{۲۳۱، ۷۶۲۷/۴۲} = ۱/۴۱۳$، BoxM= ۶۰۳/۷۵) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که ارائه شفقت متمرکز به خود در عامل گروه ($P<۰/۰۰۱$ $\eta^2=۰/۹۶۱$، $F=۱۵۳/۸۲۷$، Pillais trace=۰/۹۶۱) و در عامل زمان($P<۰/۰۰۱$ $\eta^2=۰/۹۸۵$، $F=۱۷۸/۲۰۲$، Pillais trace=۰/۹۸۵) و اثر تعاملی زمان و گروه($P<۰/۰۰۱, \eta^2=۰/۹۷۶$، $F=۱۰۸/۰۴۳$، Pillais trace =۰/۹۷۶) معنی دار می باشد. این نتایج نشان می دهد که مداخله شفقت متمرکز به خود بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می باشد. نتایج آزمون های چند متغیری به صورت کامل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول۴. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	η^2
فشار مراقبتی	۹۷/۸۵۵	۱	۹۷/۸۵۵	۷۱/۶۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

افسردگی	۹۱/۵۵۸	۱	۹۱/۵۵۸	۹۹/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
ناگویی هیجانی	۱۱۱/۰۷۷	۱	۱۱۱/۰۷۷	۴۰/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه بین مراحل آزمون ها در دو گروه نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای فشار مراقبتی($F_{GG۱/۶۳}$ =۱۸۶/۲۱، η^2=۰/۷۸۸، P<۰۰۱/۰)، افسردگی($F_{GG۱/۶۳}$ =۱۸۶/۲۱، η^2=۰/۷۸۸، P<۰۰۱/۰)، ناگویی هیجانی($F_{GG۱/۶۳}$ =۱۸۶/۲۱، η^2=۰/۷۸۸، P<۰/۰۰۱)، معنی دار است. نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۴-۱۷ ارائه شده است.

جدول۵. نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت بررسی اثربخشی شفقت متمرکز به خود بر ابعاد مورد بررسی

متغیر	آزمون	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	η2
فشار مراقبتی	Greenhouse-Geisser	۳۰۴/۳۲۱	۱/۹۱۹	۱۵۸/۶۱۹	۱۷۷/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۰
افسردگی	Greenhouse-Geisser	۴۹۴/۳۲۱	۱/۷۴۳	۲۸۲/۶۸۵	۲۳۸/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
ناگویی هیجانی	Greenhouse-Geisser	۵۶۳/۸۹۷	۱/۹۶۸	۲۸۶/۵۹۷	۲۷۹/۷۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸

سپس جهت مقایسه میانگین های دو گروه در هر سه مرحله ارزیابی از آزمون مقایسه های جفتی استفاده شد، تا علاوه بر اثربخشی مداخله پایداری درمان نیز در مرحله پیگیری بررسی شود و نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. مقایسه جفتی گروه آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

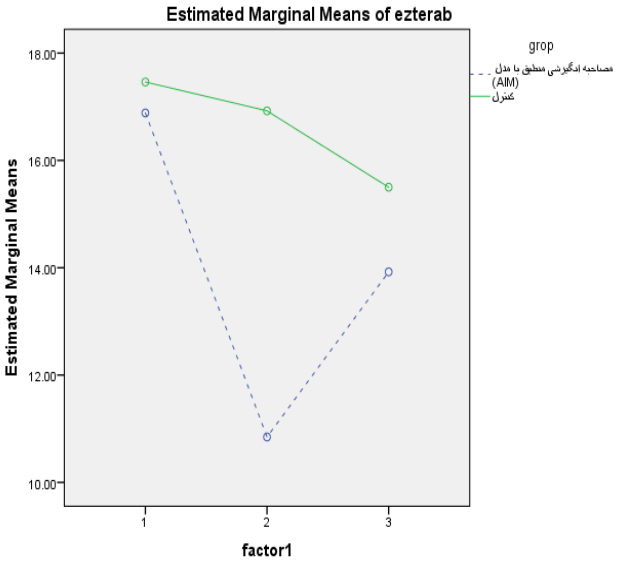
مولفه	آزمون	گروه۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
فشار مراقبتی	پیش آزمون	شفقت متمرکز به خود	کنترل	-۰/۵۷۷	۰/۳۵۳	۰/۱۰۹
	پس آزمون	شفقت متمرکز به خود	کنترل	-۶/۰۷۷	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	شفقت متمرکز به خود	کنترل	-۱/۵۷۷	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	شفقت متمرکز به خود	کنترل	-۰/۱۱۵	۰/۳۱۸	۰/۷۱۹
	پس آزمون	شفقت متمرکز به خود	کنترل	-۵/۳۸۵	۰/۳۹۲	۰/۰۰۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

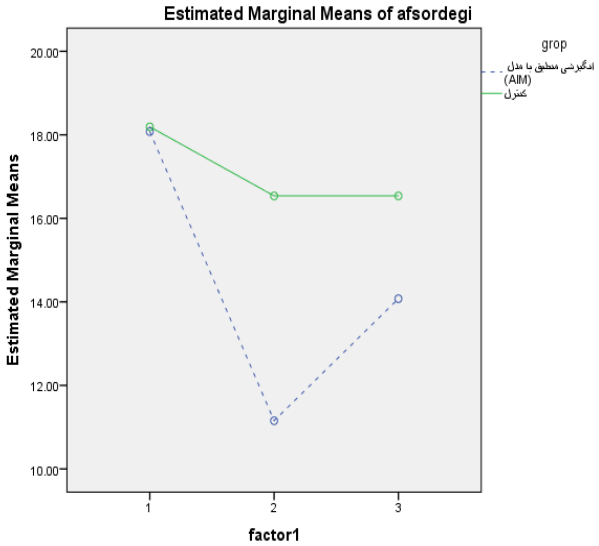
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

	پیگیری	شفقت متمرکز به خود	کنترل	-۲/۴۶۲	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	پیش آزمون	شفقت متمرکز به خود	کنترل	۰/۱۵۴	۰/۳۹۹	۰/۷۰۱
	پس آزمون	شفقت متمرکز به خود	کنترل	۵/۰۰	۰/۵۵۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	شفقت متمرکز به خود	کنترل	۳/۶۱۵	۰/۵۶۴	۰/۰۰۱

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شفقت متمرکز به خود بر ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بوده است و مقایسه میانگین های دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله در گروه آزمایش بود. جهت درک بهتر تغییرات ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش(شفقت متمرکز به خود) و گروه کنترل در طی سه مرحله ارزیابی(پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) نتایج بر روی نمودارهای زیر ارائه شده است.



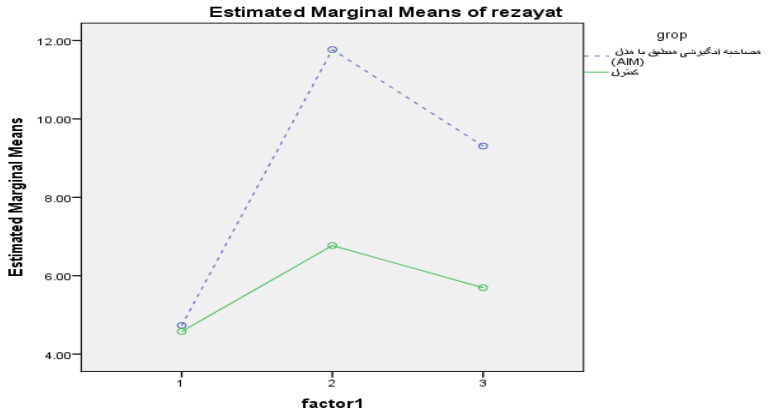
نمودار۱: اثرتعاملی زمان و گروه در مولفه افسردگی



نمودار۲: اثر تعاملی زمان و گروه در مولفه فشار مراقبتی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]



نمودار۳: اثر تعاملی زمان و گروه در مولفه ناگویی هیجانی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز برخودشفقتی بر افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که شفقت درمانی متمرکز بر خود تأثیر قابل‌توجهی در کاهش افسردگی، فشار مراقبتی، و ناگویی هیجانی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر دارد. این مداخله درمانی از طریق افزایش پذیرش خود، کاهش خودانتقادی، و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی، نقش مؤثری در بهبود سلامت روانی این گروه ایفا می‌کند کلی و ون دیست،۲۰۲۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شفقت درمانی متمرکز بر خود تأثیر معنی‌داری در کاهش افسردگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کلی و ون دیست (۲۰۲۰)،هومن و تیلکا (۲۰۲۰)و ژائو و همکاران (۲۰۲۱) که اثر شفقت درمانی بر کاهش افسردگی را نشان داده‌اند، همسو است. افسردگی در این گروه، اغلب ناشی از فشارهای طولانی‌مدت روانی و اجتماعی مرتبط با نقش مراقبتی، انزوا، و احساس ناکامی است. این درمان از طریق تقویت مهارت‌های خودشفقتی، توانایی مراقبین در پذیرش و مواجهه مثبت با احساسات منفی را افزایش داده و خودانتقادی آن‌ها را کاهش داده است(برزگری و همکاران ،۲۰۲۴). شفقت درمانی متمرکز بر خود با افزایش خودپذیری، کاهش نشخوار فکری و تقویت ارزشمندی فردی توانسته است میزان افسردگی را در این گروه کاهش دهد(قارونی فرد وهمکاران ،۲۰۲۳).

همچنین، یافته‌ها حاکی از کاهش فشار مراقبتی در میان مراقبین است. فشار مراقبتی ناشی از مسئولیت‌های سنگین جسمی و روانی است که مراقبین در زندگی روزمره تجربه می‌کنند. شفقت درمانی متمرکز بر خود، از طریق تقویت تاب‌آوری روان‌شناختی و کاهش اضطراب مرتبط با مسئولیت‌ها، توانسته است فشار روانی مراقبین را کاهش دهد. این درمان با آموزش پذیرش شرایط موجود و تمرکز بر شناسایی نقاط قوت، نگرش مثبت‌تری به نقش مراقبتی ایجاد کرده است. این نتیجه با مطالعات نف و گرامر (۲۰۲۰) و بیگر و زورف، (۲۰۱۷) همخوانی دارد که نشان دادند خودشفقتی می‌تواند استرس و بار مراقبتی را کاهش دهد. اما پژوهش مونترو مارین و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که این اثر به ویژگی‌های شخصیتی افراد نیز وابسته است، که ممکن است در برخی نمونه‌ها منجر به نتایج متفاوت شود.

ناگویی هیجانی نیز به‌طور قابل‌توجهی تحت تأثیر این مداخله قرار گرفته است. مراقبین اغلب به دلیل تمرکز

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

شدید بر نیازهای بیمار، از توانایی شناسایی و ابراز احساسات خود غافل می‌مانند. این درمان با ارتقای آگاهی هیجانی و آموزش تکنیک‌هایی برای بیان احساسات، توانسته است ناگویی هیجانی مراقبین را کاهش دهد. شفقت درمانی متمرکز بر خود ، با تقویت توانایی‌های مقابله‌ای و کاهش انتظارات غیرواقعی، بار روانی مراقبین را کاهش دهد آگاهی و بیان هیجانات را در مراقبین بهبود بخشد. ناگویی هیجانی، که به دلیل سرکوب احساسات در طولانی‌مدت رخ می‌دهد، در میان مراقبین بسیار شایع است. این درمان با آموزش تکنیک‌های خودآگاهی و پذیرش هیجانات، به بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی کمک کرده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات ژائو و همکاران (۲۰۲۱) و کمپر و کلسی (۲۰۲۰) که تأثیر خودشفقتی را بر تنظیم هیجانی تأیید کرده‌اند، همسو است. با این وجود، تحقیقات لوپزو سالازار (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که این تأثیر ممکن است در کوتاه‌مدت کمرنگ‌تر باشد.

پژوهش حاضر نشان داد که شفقت درمانی متمرکز بر خود به‌طور مؤثری توانسته است افسردگی، فشار مراقبتی و ناگویی هیجانی را در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر کاهش دهد. این نتایج حاکی از اهمیت استفاده از رویکردهای نوین روان‌شناختی برای حمایت از این گروه آسیب‌پذیر است. پیشنهاد می‌شود این روش در محیط‌های مختلف از جمله بیمارستان‌ها، مراکز مشاوره و انجمن‌های حمایتی سالمندان به‌عنوان یک مداخله استاندارد به کار گرفته شود. پژوهشگران می‌توانند در مطالعات آینده به بررسی تأثیر این درمان بر متغیرهای دیگر از جمله استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی و تاب‌آوری بپردازند. همچنین، گسترش این پژوهش در سایر گروه‌های مراقبتی مانند والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن یا بیماران سرطانی می‌تواند به افزایش تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند.

محدودیت‌های این پژوهش شامل حجم نمونه نسبتاً کوچک و تمرکز بر یک منطقه جغرافیایی خاص بوده است که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است دقت برخی از نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌گیری تصادفی، ابزارهای عینی‌تر و بررسی تأثیرات طولانی‌مدت مداخله استفاده شود. علاوه بر این، محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی نیز می‌توانند نتایج را تحت تأثیر قرار دهند؛ ازاین‌رو، انجام پژوهش‌های چندفرهنگی توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر:

در پایان، نویسندگان این پژوهش از تمامی مراقبین عزیز سالمندان مبتلا به آلزایمر که در این پژوهش مشارکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنند. همچنین از انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک که در تسهیل فرایند نمونه‌گیری و اجرای این مطالعه یاری رساندند، سپاسگزاریم. این پژوهش با هدف بهبود کیفیت زندگی مراقبین و ارتقای سلامت روانی آنها انجام شده است و امیدواریم نتایج آن بتواند گامی در جهت حمایت بیشتر از این گروه ارزشمند باشد.

References

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research, 38(1), 23–32.

Barzegari Soltanahmadi, M., Hosseinian, S., & Abdollahi, A. (2024). The relationship between couples' romantic perfectionism and the quality of married life in women: the moderating role of self-compassion. *Journal of Research in Psychological Health*, *18*(2), 1-15.

Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory(BDI-II). London: Pearson; 1996.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4(6), 561-571.

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological reports, 101(1), 209-220.

Bieger, P. C., & Zuroff, D. C. (2021). The effectiveness of self-compassion in alleviating caregiver stress: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Psychology, 77(3), 526-538.

Cheng, Q., Wang, H., Cui, M., Wang, Q., & Li, L. (2024). Efficacy of wooden toy training in alleviating cognitive decline in elderly individuals with cognitive impairment: A cluster randomized controlled study. Plos one, 19(10), e0309685.

Dadfar, M., & Kalibatseva, Z. (2016). Psychometric properties of the persian version of the short beck depression inventory with Iranian psychiatric outpatients. Scientifica, 2016(1), 8196463.

Duan, A., Zhao, H., & Zhou, C. (2024). The Effects of a Healthy Lifestyle on Depressive Symptoms in Older Chinese Adults: The Mediating Role of Psychological Resilience. Cureus, 16(3).

Fardi, G., Tajabadi, S., & Abooei, Z. (2023). A. Prediction of lifestyle based on emotion regulation and self-compassion with the mediating role of belief in a just world in MS patients. Journal of.

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depression and anxiety, 21(4), 185-192.

Ghayedi, Z., Banihashemian, K., Shirdel, S., Adineh Salarvand, R., Zare, M., Zeinali, S., & Ghahri Lalaklou, Z. (2024). A Review on the Comparison of Working Memory Performance, Cognitive Function, and Behavioral, and Psychological Symptoms across Normal Aging, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer's Disease. Neurology Letters, 3(Special Issue (Diagnostic and Therapeutic advances in Neurodegenerative diseases)), 26-38.

Guo, Y., & Shi, J. (2024). Factors Associated With Psychological Wellbeing in Home Care Older Adults With Alzheimer's Disease: A Longitudinal Analysis. Journal of Applied Gerontology, 07334648241231406.

Hanley, I., & Hodge, J. (Eds.). (2024). Psychological Approaches to the Care of the Elderly (Vol. 19). Taylor & Francis.

Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2020). Exploring the influence of self-compassion on depression and anxiety: A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 67(2), 147-158.

Kelly, A. C., & Van Diest, A. M. (2020). The effects of self-compassion on depression, anxiety, and stress in a population of adults with depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 34(4), 295-308.

Kemper, K. J., & Kelsey, R. M. (2020). Exploring the relationship between self-compassion and emotional regulation in chronic illness patients. Journal of Clinical Psychology, 76(3), 561-574.

Kroll, A., & Karakiewicz, B. (2020). Do caregivers' personality and emotional intelligence modify their perception of relationship and communication with people with aphasia?. International Journal of Language & Communication Disorders, 55(5), 661-677.

López, V., & Salazar, A. (2022). The impact of self-compassion on emotional regulation and alexithymia in adolescents: A longitudinal study. Journal of Adolescence, 91, 179-189.

Madani, S. F., & Farrokhzad, P. (2024). Acceptance and Commitment Therapy on Caregiving Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Elderly With Alzheimer's Disease. Caspian Journal of Health Research, 9(2), 105-114.

Madani, S. F., & Farrokhzad, P. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Caregiver Burden and Psychological Flexibility in Caregivers of Alzheimer's Elderly. Iranian Journal of Ageing, 0-0.

Masoudi, S. P., & Piri, M. R. (2024). S. A Systematic Review of Research on the Mental Health of the Elderly in Iran: A Co-Word Study. *Journal of Research in Psychological Health*, *17*(4), 101-117.

Montero-Marin, J., et al. (2021). Self-compassion training for caregivers: A systematic review of randomized controlled trials. Journal of Social and Clinical Psychology, 40(9), 749-763.

Mukherjee, U., Sehar, U., Brownell, M., & Reddy, P. H. (2024). Mechanisms, consequences and role of interventions for sleep deprivation: Focus on mild cognitive impairment and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]

Alzheimer's disease in elderly. Ageing Research Reviews, 100, 102457.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2020). Compassion-based interventions in the treatment of depression and stress. Current Opinion in Psychology, 35, 52-58.

Neff, K., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Journal of Clinical Psychology, 69(1), 28-44.

Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Psychological Assessment, 15(2), 171-179.

Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. Clinical Psychology: Science and Practice, 31(2), 230.

Rajabi-Mashhadi, M. T., Mashhadinejad, H., Ebrahimzadeh, M. H., Golhasani-Keshtan, F., Ebrahimi, H., & Zarei, Z. (2015). The Zarit Caregiver Burden Interview Short Form (ZBI-12) in spouses of veterans with chronic spinal cord injury, validity and reliability of the Persian version. Archives of bone and joint surgery, 3(1), 56.

Ramezani, A., Lolaty, H. A., Bastani, F., & Haghani, H. (2018). Family caregivers burden and its related factors among Iranian elderly psychiatric patients' caregivers. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 12(2).

Shang, B., Chen, R., Luo, C., Lv, F., Wu, J., Shao, X., & Li, Q. (2023). The relationship between alexithymia, depression, anxiety, and stress in elderly with multiple chronic conditions in China: a network analysis. Frontiers in Psychiatry, 14, 1209936.

Talib, A., Malik, S., & Yasin, S. A. (2024). Development And Validation Of Psychosocial Stressors And Coping Strategies Scale For Alzheimer's Caregivers. Kurdish Studies, 12(4), 1188-1200.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1985). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research, 29(2), 161–170.

Yap, P. (2010). Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. Ann Acad Med Singapore, 39(10), 758-763.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20(6), 649–655.

Zhao, X., Sun, S., & Zhang, L. (2021). Effects of self-compassion on depression and anxiety in a Chinese sample. Journal of Clinical Psychology, 77(5), 1082-1093.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.7.0]