



The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Fatigue, Self-Compassion and Resilience of Elderly Home Nurses

Manouchehr Rezavandi¹ , Saeed Ariapooran²  , Jahangir Karami³ 

1. PhD student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
2. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Malayer University, Malayer, Iran
3. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Corresponding Author: Saeed Ariapooran

E-mail: s.ariapooran@malayeru.ac.ir

Received: 21 September 2023

Revised: 13 November 2023

Accepted: 17 November 2023

Published Online: 1 April 2025

Citation: Rezavandi, M., Ariapooran, S. and Karami, J. (2025). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Fatigue, Self-Compassion and Resilience of Elderly Home Nurses. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(77), 37-47. doi: [10.22034/jmpr.2023.58536.5837](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.58536.5837)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Home care for the elderly improves the psychological well-being of older adults. However, due to the stress of caregiving, home caregivers also report various issues. These caregivers cite difficulties such as limited access to specialized doctors, challenges in communication and information-sharing strategies, and insufficient social support from the community. Additionally, home caregivers face economic, professional, and social challenges. Consequently, these caregivers may experience problems such as severe fatigue, low self-compassion, and diminished resilience.

Compassion-based interventions have been shown to reduce fatigue. Mindfulness-based compassion therapy has played a significant role in reducing fatigue and self-criticism. Results indicate that compassion-focused therapy (CFT) positively increases self-compassion among patients. Furthermore, compassion-based therapy has affected self-criticism and self-compassion in adolescents. The effectiveness of compassion-based therapy in enhancing resilience has also been confirmed. Additionally, the effectiveness of CFT has been established in improving the resilience of women with multiple sclerosis, children and adolescents of divorced parents, single mothers, and parents of children with cancer.

As mentioned, previous researches, both domestically and internationally, have not explored the impact of compassion-based therapy on reducing fatigue and increasing self-compassion and resilience among home caregivers of the elderly. Therefore, considering the research gap in this area among home caregivers, the present study aimed to determine the effectiveness of compassion-based therapy on fatigue, self-compassion, and resilience in-home caregivers of the elderly.

Method: The present research method was a quasi-experimental study using a pretest-posttest control group design. The statistical population of this study included all family caregivers of elderly individuals referring to the Welfare Organization of Babol city in the second half of 2021. According to the statistics from the Welfare Organization expert of Babol city, the number of individuals referring to the organization during the 6-month period was approximately 120.

After administering the Self-Compassion Scale, 41 home caregivers scored low on the scale. Four of these individuals did not agree to participate in compassion-focused therapy sessions, and of the remaining 37 individuals, 18 were randomly assigned to the experimental group and 19 to the control group. To equalize the groups, one

individual from the control group was randomly excluded from the final analysis. In other words, 36 individuals were randomly assigned to the experimental group (18 individuals) and the control group (18 individuals). In the experimental group, three individuals did not attend the sessions consecutively and were excluded from the final analysis. To equalize the samples sizes of the two groups, three individuals were also randomly excluded from the control group. The final sample consisted of 30 individuals (15 in the experimental group and 15 in the control group).

The research instruments included the Multidimensional Fatigue Inventory, the Self-Compassion Scale, and the Resilience Scale. For the experimental group, Gilbert’s (2014) compassion-focused therapy was administered in 8 weekly sessions, each lasting 90 minutes. Data analysis was performed using a one-way analysis of covariance (ANCOVA) and SPSS version 26 software. A p-value of less than 0.05 was considered significant.

Results: The results showed that after controlling for the effect of the pre-test, compassion-based therapy significantly reduced fatigue and increased self-compassion and resilience among home caregivers of the elderly ($p < 0.001$). The effect size of compassion-based therapy accounted for a 49% reduction in fatigue, a 50% increase in self-compassion, and a 32% increase in resilience among home caregivers of the elderly (Table 1).

Table 1: ANCOVA to Examine the Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Independent Variables of the Elderly in Experimental and Control Groups

Source	Independent variables	SS	df	MS	F	p	Effect Size
Group	Fatigue	360.218	1	360.218	15.57	0.001	0.497
Error		647.388	28	23.121			
Group	Self-Compassion	214.428	1	214.428	17.98	0.001	0.505
Error		333.901	28	11.925			
Group	Resilience	28.885	1	28.885	9.34	0.001	0.324
Error		86.576	28	3.092			

Discussion: The results of this study indicate that compassion-based therapy significantly reduced fatigue and increased self-compassion and resilience among home caregivers of the elderly. To explain this finding, it can be argued that the techniques used in compassion-focused therapy, such as compassionate reasoning, compassionate attention, compassionate imagery, sensory experiences, compassionate feelings, and compassionate behaviors, lead caregivers to develop a high level of self-compassion. This allows them to avoid self-judgment, accept negative life events more easily, and base their self-evaluations and reactions more accurately on their actual performance. This likely results in home caregivers experiencing positive emotional changes towards themselves, engaging in greater self-care, providing themselves emotional support, and more readily accepting their pain and suffering, particularly in their caregiving duties for the elderly. Consequently, they may not feel fatigued in their work and activities, and instead increase their self-compassion and resilience.

Additionally, participants were exposed to the belief that daily events related to the elderly were merely experiences and behaviors. Their focus shifted from negative self-evaluation, which often leads to feelings of fatigue and reduced resilience and self-compassion, to the aforementioned experiences. For this reason, instilling self-compassion in relation to feelings of fatigue, self-compassion, and resilience—which arise from negative evaluations of behavior—produced significant changes.

The limitations of this study included the non-random sampling method and the inability to screen home caregivers based on fatigue and resilience; participants were only screened based on self-compassion due to the small population size. Another limitation was the lack of a follow-up period in this research. Based on these results, it is recommended to use compassion-based therapy to reduce fatigue and improve self-compassion and resilience among home caregivers of the elderly. Additionally, it is suggested that compassion-based therapy techniques be taught to therapists and counselors working with clients in caregiving professions through training workshops.

KEYWORDS

home nurses, resilience, fatigue, self-compassion, compassion-based therapy, elderly





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان

منوچهر رضاوندی^۱ , سعید آریاپوران^۲ , جهانگیر کرمی^۳ 

۱. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

نویسنده مسئول: سعید آریاپوران

رایانامه: s.ariapooran@malayeru.ac.ir

استناددهی: رضاوندی، منوچهر، آریاپوران، سعید و کرمی، جهانگیر. (۱۴۰۴).

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران

خانگی سالمندان. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۰ (۷۷)، ۳۷-۴۷. doi:

[10.22034/jmpr.2023.58536.5837](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.58536.5837)

تاریخ دریافت: ۳۰ شهریور ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری: ۲۲ آبان ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۶ آبان ۱۴۰۲

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۲ فروردین ۱۴۰۴

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

پرستاران خانگی، تاب‌آوری، خستگی، خودشفقت‌ورزی، درمان مبتنی بر شفقت، سالمندان

پرستاران خانگی سالمندان مشکلات روان‌شناختی از جمله خستگی و تاب‌آوری پایین را تجربه می‌کنند و برای بهبود این مشکلات به مداخلات روان‌شناختی نیاز است. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران خانگی سالمندان مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی شهرستان بابل در نیمسال دوم ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس براساس معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس‌های خستگی اسمتس (MFI؛ ۱۹۹۶)، خودشفقت‌ورزی نف (SCS؛ ۲۰۰۳) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (RS، ۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس یک طرفه تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خستگی و بهبود خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان تأثیر داشت ($p < 0.01$). بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان از درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش خستگی و بهبود خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان سود جست.

مقدمه

با توجه به پیر شدن جمعیت جهان، افزایش تعداد سالمندان در خانواده‌ها می‌تواند پیامدها، مسائل جدی و چالش‌زایی را برای خانواده‌ها و برای جامعه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران در پی داشته باشد. برخی از سالمندان بنا به شرایطشان، نیاز به پرستار دارند (ژو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). تحول نقش خانواده، بحران‌های موجود، فشارهای شناختی زندگی مدرن، علاوه بر سست نمودن پایگاه اجتماعی سالمندان موجب بروز سوء رفتار اعضای خانواده و مراقبین سالمندان می‌شود (باکر^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). مراقبان غیررسمی یا خانگی در بهبود سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی سالمندان نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند (سوسانتو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). مراقبت خانگی از سالمندان موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد سالمند می‌شود؛ علاوه بر این، سالمندانی که گزارش دادند که حمایتی که دریافت کرده‌اند یا ناکافی است یا نیازهایشان را برآورده نمی‌کند، بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به کسانی که چنین نبودند، داشتند (آبراموفسکا-کمون^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به استرس مراقبت (دی‌پاسکال^۵ و همکاران، ۲۰۱۶)، مراقبین خانگی نیز مشکلاتی را گزارش می‌کنند؛ به عنوان نمونه، در یک پژوهش نشان داده شد که مراقبین خانگی سالمندان مشکلات خود را عدم ارتباط با پزشکان متخصص، مشکل در راهبردهای ارتباطی و اطلاعاتی و کمبود حمایت‌های اجتماعی از طرف جامعه عنوان کردند (آلن^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). افراد مراقب بستگان بیش از افراد حرفه‌ای با مشکلات روان‌شناختی مواجه هستند (اوربای^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). به‌عنوان نمونه، ۴۵/۷ درصد مراقبین خانگی سالمندان پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند؛ در حالی که این میزان در مراقبین رسمی مانند پرستاران ۲۶/۷ درصد گزارش شده است (دینیز^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، مراقبین خانگی سالمندان استرس و مشکلات روان‌شناختی بیشتری را نسبت به مراقبین غیر خانگی تجربه می‌کنند (دی‌پاسکال و همکاران، ۲۰۱۶). دلیل این مشکلات این است که مراقبت در منزل با چالش‌هایی مانند مشکلات مراقبتی، توانایی ناکافی مراقب، مدیریت ضعیف، نبود زیرساخت‌های فرهنگی و همکاری بین حرفه‌ای و عدم رضایت روبرو است (شهسواری و همکاران، ۲۰۱۸؛ ون نورت^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، مشکلات اقتصادی، موانع حرفه‌ای و مشکلات اجتماعی نیز به عنوان مشکلات مراقبین خانگی سالمندان عنوان شده‌اند (فاطمی و همکاران، ۲۰۱۹). از این رو، مراقبین خانگی سالمندان ممکن است مشکلاتی از جمله خستگی^{۱۰} بالا و خودشفقت‌ورزی^{۱۱} و تاب‌آوری^{۱۲} پایین را تجربه کنند.

خستگی به حالتی ناخوشایند توأم با احساس ناتوانی در انجام کارهای ذهنی و جسمانی اطلاق می‌شود که حاصل مشکل در تعادل هماهنگی عرضه و تقاضای انرژی بدن است (پاگ^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۹؛ نقل از آریاپوران و همکاران، ۱۴۰۰). خستگی فعالیت‌های روزانه را مختل و محدود می‌سازد و به طور عمیقی بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد در انجام فعالیت‌ها و نقش‌ها همراه با ارزش زندگی، کیفیت زندگی فرد و وضعیت عملکردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هشاش^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲). مراقبت و همدلی مراقبین می‌تواند آن‌ها را تبدیل به قربانی کند و نتیجه چنین وضعی از نظر برخی از پژوهشگران خستگی است (کلارک^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش نشان داده است که مراقبان خانگی سالمندان نسبت به مراقبان رسمی سالمندان میزان خستگی بیشتری را گزارش می‌کنند (تورسن-اولیسن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۹). خستگی ناشی از پرستاری سالمندان در خانه ناراحتی‌هایی را برای مراقبین ایجاد می‌کند و تأثیرات منفی زیادی بر زندگی آنها دارد (طیب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در یک پژوهش نشان داده شده است پرستارانی که با افراد سالمند کار می‌کنند سطح خستگی و فرسودگی بیشتری را تجربه می‌کنند (کلتوف و هیکنم^{۱۷}، ۲۰۱۷).

شفقت‌ورزی یکی از متغیرهایی است که می‌تواند در مراقبین خانگی سالمندان تحت تأثیر مراقبت قرار بگیرد؛ زیرا مراقبت یک عمل مشفقانه به حساب می‌آید و شفقت نسبت به دیگران در هر شکلی که صورت گیرد، مستلزم داشتن خودشفقت‌ورزی است (ژائو^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۲). شفقت به حمایت از خود یا دیگران در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره دارد که می‌تواند ناشی از اشتباهات شخصی و نارسایی‌ها یا چالش‌های بیرونی زندگی باشد. فرد دارای شفقت از ویژگی‌های منحصر به فردی مانند مهربانی، انسانیت مشترک، ذهن آگاهی و همچنین کاهش قضاوت نسبت به خود، و کاهش انزوا برخوردار است (نف^{۱۹}، ۲۰۲۳). شفقت به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی همانند نوع دوستی، مهربانی و شادی همراه است (نف، ۲۰۲۳). شفقت می‌تواند به افراد کمک کند تا به صورت مؤثرتری سلامت خود را حفظ کنند و منابع مقابله‌ای مناسبی را برای افراد فراهم می‌کند تا بتوانند با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شوند (فزل‌سفلو و همکاران، ۱۳۸۹). مراقبینی که شاهد رنج جسمی فردی هستند که از وی مراقبت می‌کنند در طول این فرآیند تلاش زیادی می‌کنند و از حمایت اجتماعی، روانی یا اقتصادی مورد نیاز خود محروم هستند، شفقت پایین را تجربه می‌کنند (اوربای و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین در پژوهش دیگر نشان داده شد که پرستاران افراد سالمند خستگی از شفقت بیشتری را تجربه می‌کنند (کلتوف و هیکنم، ۲۰۱۷).

11. self-compassion
12. resilience
13. Pug
14. Hashash
15. Clark
16. Thorson-Olesen
17. Kolthoff & Hickman
18. Zhao
19. Neff

1. Zhu
2. Baker
3. Susanto
4. Abramowska-Kmon
5. DePasquale
6. Allen
7. Orbay
8. Diniz
9. van Noort
10. fatigue

که سیستم تنظیم هیجان در افرادی دارای شرم و انتقاد از خود که تهدید به حای تنظیم بر جهت‌گیری به دنیای درونی و بیرونی آن‌ها غالب است، ضعیف است؛ درمان مبتنی بر شفقت یک رویکرد یکپارچه و چندوجهی است که از روان‌شناسی تکاملی، اجتماعی، رشدی و بودایی و علوم اعصاب نشأت می‌گیرد؛ یکی از دغدغه‌های اصلی آن استفاده از آموزش ذهن مشفقانه برای کمک به افراد برای ایجاد تجربیات گرمای درونی، امنیت و آرامش، از طریق شفقت و خودشفقت‌ورزی است (گیلبرت، ۲۰۲۳). در فراتحلیل‌های مختلف اثربخشی درمان مبنی بر شفقت در بهبود بهزیستی روان‌شناختی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید شده است (کریگ^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰؛ کربی^{۱۷}، ۲۰۱۷؛ لیویس و اوتلی^{۱۸}، ۲۰۱۵).

هسته اصلی کمک به افراد در درمان مبتنی بر شفقت حس شفقت و مهربانی است که در آن بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج‌های خودش و دیگران اتفاق می‌افتد (دومینوگز-کلو^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، درمان مبتنی بر شفقت بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده غیرعمدی متمرکز است (کریگ و همکاران، ۲۰۲۰). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت، بر این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش، نشان می‌دهد، بهتر است در مواجهه با من درونی نیز آرام شود (طاهرپور و همکاران، ۱۳۹۸). در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. این امر نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد و کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد (ادیبی‌زاده و سجادیان، ۱۳۹۷). افزون بر آن، خودشفقت‌ورزی مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت است (هریوت-مایتلند^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۹). طبیب‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت، خستگی ناشی از سرطان را بهبود بخشیده است. ژو و همکاران (۲۰۱۹) به این نتیجه دست یافتند که مداخله مبتنی بر شفقت منجر به کاهش خستگی شده است. شهبازی و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت بر بهبود خستگی و خودانتقادی نقش مؤثری داشته است. نتایج مطالعه روحانی و هارونی (۱۳۹۸) نیز حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش خودشفقت‌ورزی بیماران تأثیر داشت. خسروی و همکاران (۲۰۲۲) نیز به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی و خودشفقت‌ورزی نوجوانان تأثیر داشته است. علاوه بر این، دو پژوهش مروری و فراتحلیل از مطالعه و بررسی

ساعت‌های مراقبت در کنار سالمندان می‌تواند تاب‌آوری و سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (ایمنی و صادقی، ۲۰۱۸). تاب‌آوری زمانی معنا پیدا می‌کند که انسان‌ها در برابر شرایط نامساعد، خطرهای و سختی‌ها معمولاً احساس بی‌پناهی می‌کنند و در تلاش هستند در برابر خطرهای و سختی‌ها تحمل داشته باشند (جیمپل^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). تاب‌آوری در واقع فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم شرایط چالش برانگیز و تهدیدکننده است و به این مسئله می‌پردازد که فرد علی‌رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (شوالم^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور مشارکت‌کننده، فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب‌آوری قابلیت فرد در برابر برقراری تعادل زیستی، روانی، معنوی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز است (حاتمی و شکارچی‌زاده، ۲۰۲۲). تاب‌آوری به عنوان یکی از فاکتورهای مهمی در بالا رفتن کیفیت مراقبت در مراقبان غیر رسمی معرفی شده است (ژائو و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین در یک پژوهش نشان داده شد که مراقبان خانگی سالمندان که تاب‌آوری بالاتری داشتند بار مراقبتی کمتری را گزارش کردند (هاماما-راز^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش نشان داده است که مراقبان خانگی افراد سالمند از تاب‌آوری پایین برخوردار هستند (فاجاردو روموس^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مراقبین خانگی سالمندان دارای دمانس سطوح تاب‌آوری پایین‌تری را گزارش می‌کنند (جولینگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به رابطه شفقت با خستگی و تاب‌آوری (یپ^۶ و همکاران، ۲۰۱۷؛ کیو^۷ و همکاران، ۲۰۲۰؛ پارینس و هووا^۸، ۲۰۲۲) و همچنین با توجه به نقشی که شفقت در پیش‌بینی خستگی و فرسودگی (دو^۹ و همکاران، ۲۰۱۸؛ بیومونت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶) و تاب‌آوری (لفیور^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰) در بین مراقبان و پرستاران دارد، در این پژوهش درمان مبتنی بر شفقت^{۱۲} به عنوان روش مداخله در نظر گرفته شده است؛ شفقت از سیستم مراقبت و دریافت مراقبت پستانداران پدید آمده و معمولاً به عنوان «حساسیت نسبت به رنج در خود و دیگران، با تعهد به تلاش برای کاهش و پیشگیری از آن» تعریف می‌شود (گیلبرت^{۱۳}، ۲۰۱۵). علاوه بر این شفقت یک پاسخ عاطفی خیرخواهانه نسبت به دیگری است که رنج می‌برد و با انگیزه برای کاهش رنج و ارتقای بهزیستی در وی همراه است (ماسکارو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به انعطاف‌پذیری درمان مبتنی بر شفقت ایجاد شفقت و ارتقاء آن به‌عنوان یک راه امیدوارکننده برای بهبود مداخلات روان‌درمانی پیشنهاد شده است و در سال‌های اخیر از آن به عنوان به یک گزینه درمانی مهم یاد شده است (فورستر و کانسکه^{۱۵}، ۲۰۲۱). در درمان مبتنی بر شفقت، فرض بر این است

11. Lefebvre
12. compassion-focused therapy
13. Gilbert
14. Mascaro
15. Förster & Kanske
16. Craig
17. Kirby
18. Leaviss & Uttley
19. Domínguez-Clavé
20. Heriot-Maitland

1. Gimple
2. Schwalm
3. Hamama-Raz
4. Fajardo Ramos
5. Joling
6. Yip
7. Qiu
8. Parins & Huwae
9. Dev
10. Beaumont

پژوهش‌های قبلی به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود خودشفقت‌ورزی اثربخش بوده است (ویلسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ میلارد^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). صاحبی و همکاران (۲۰۲۲) و پائیتزولد^۳ و همکاران (۲۰۲۲) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر افزایش تاب‌آوری تأیید کردند. همچنین، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تاب‌آوری زنان مبتلا به تصلب چندگانه (قطور و همکاران، ۲۰۱۸)، تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار (ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲) و تاب‌آوری والدین کودکان سرطانی (خسروبیگی و همکاران، ۲۰۲۲) تأیید شده است؛ اما در مورد اثربخشی این درمان بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری مراقبان خانگی سالمندان پژوهشی چاپ نشده است.

همانطور که عنوان شد در پژوهش‌های قبلی چه در داخل و چه در خارج در مورد تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خستگی و افزایش خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمندان پژوهشی انجام نشده است. بنابراین خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود و پژوهش حاضر به تقویت پیشینه در این زمینه کمک خواهد کرد. باتوجه به افزایش جمعیت سالمندان مراقب‌های خانگی برای این افراد از اهمیت خاصی برخوردار است؛ اما مراقبان خانگی سالمندان مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که می‌تواند کیفیت مراقبت آنان از سالمندان را به صورت منفی تحت تأثیر قرار دهد؛ از این رو، انجام پژوهش‌های مداخله‌ای می‌تواند به کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله خستگی و بهبود خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری در این افراد شود. بنابراین این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی مراقبان خانگی سالمندان مؤثر واقع شود و لزوم توجه به مداخلات درمانی مرتبط از جمله درمان مبتنی بر شفقت را برجسته می‌سازد. لذا با توجه به خلأ پژوهش در زمینه موضوع پژوهش در میان پرستاران خانگی سالمندان، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران خانوادگی سالمندان مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی شهرستان بابل در بازه زمانی نیمسال دوم ۱۴۰۰ بود که طبق آمار کارشناس بهزیستی شهرستان بابل میانگین افراد مراجعه‌کننده در طی ۶ ماه حدوداً ۱۲۰ نفر بودند. بعد از اجرای مقیاس خودشفقت‌ورزی ۴۱ نفر از پرستاران خانگی دارای نمره پایین در این مقیاس بودند. چهار نفر از این افراد برای شرکت در جلسات درمان مبتنی بر شفقت موافقت نکردند و از ۳۷ نفر باقیمانده ۱۸ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۹ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. در نهایت برای مساوی نمودن گروه‌ها یک نفر از گروه کنترل به صورت تصادفی در تجزیه و

تحلیل نهایی مورد بررسی قرار نگرفت. به عبارت دیگر، در نهایت به صورت تصادفی ۳۶ نفر در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. در گروه آزمایش سه نفر به صورت متوالی در جلسات شرکت نکردند و در تحلیل نهایی حذف شدند و برای برابر شدن نمونه‌های دو گروه سه نفر نیز به صورت تصادفی از گروه کنترل در تحلیل نهایی حذف شدند و نمونه نهایی به ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) کاهش یافت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: (۱) مسئولیت مراقبت از سالمند در ۱ سال گذشته، (۲) عدم سابقه مصرف مواد و داروهای روان‌پزشکی طبق گزارش خود افراد، (۳) حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و (۴) کسب نمره پایین در مقیاس خودشفقت‌ورزی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: (۱) دریافت همزمان برنامه آموزشی یا درمان روان‌شناختی دیگر، (۲) غیبت در جلسات آموزشی (دو جلسه و بیشتر)، (۳) عدم سابقه اختلالات روانی و جسمانی شدید براساس گزارش خود افراد. همچنین در این پژوهش با کسب کد اخلاق با کد IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.045 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان اصول اخلاقی در پژوهش رعایت شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

مقیاس سنجش چندبعدی خستگی^۴: این مقیاس توسط اسمتس^۵ و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است و دارای ۲۰ گویه و ۵ خرده‌مقیاس خستگی عمومی، خستگی جسمی، کاهش فعالیت، کاهش انگیزه و خستگی ذهنی است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱=بلی، کاملاً درست تا ۵=خیر، کاملاً غلط است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، امتیاز تمامی گویه‌ها با هم جمع می‌شوند. نمره کل بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. نمره بالاتر، میزان خستگی بیشتر را نشان می‌دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه در گروه‌های مختلف مانند بیماران مبتلا به سرطان که تحت درمان با روش رادیوتراپی بودند، بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن، دانشجویان سال اول روان‌شناسی و پزشکی، سربازان و دانشجویان سال سوم پزشکی ارزیابی شد. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که گویه‌های هر بعد، توصیف‌کننده همان بعد بوده و پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است؛ ضریب آلفا برای خستگی عمومی، جسمانی و ذهنی بالاتر از ۰/۸۰ و برای کاهش فعالیت و انگیزه بالاتر از ۰/۶۵ بود؛ روایی محتوایی و صوری پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت (اسمتس و همکاران، ۱۹۹۶). در ایران میزان ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر ۰/۸۵ گزارش شده و ۰/۶۱ بوده است (حافظی و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر و در دوره پیش‌آزمون ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۹ بود.

4. Multidimensional Fatigue Inventory
5. Smets

1. Wilson
2. Millard
3. Paetzold

مقیاس خودشفقت‌ورزی:^۱ پرسشنامه ۲۶ ماده‌ای خودشفقت‌ورزی توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شده است و شامل ۶ عامل دو وجهی مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل فرون همانندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) به گویه‌ها پاسخ دهند. نمرات این مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ در نوسان است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خود دلسوزی ۰/۹۳ و روایی محتوایی آن نیز مطلوب گزارش شد (نف، ۲۰۰۳). در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد. در پژوهش حاضر و در دوره پیش‌آزمون ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۶ بود.

مقیاس تاب‌آوری:^۲ این مقیاس توسط کانر^۳ و همکاران (۲۰۰۳) تهیه شده و دارای ۲۵ گویه است. به هر گویه روی طیف درجه‌بندی پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست=۰ تا همیشه درست=۴) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی دارای یک نمره کل است. نمره کلی این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و پر خطر) بررسی شده است. در نسخه اصلی مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ به دست آمد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). برای تعیین روایی ایرانی این مقیاس رجبیان دهریره و حیدری (۱۳۹۹) نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله را محاسبه کردند و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفتند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۳ گزارش شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. در پژوهش حاضر و در دوره پیش‌آزمون ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۱ بود.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت: درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت (۲۰۱۴) طراحی شده است. در این درمان افراد با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق آشنا می‌شوند؛ سپس مهارت‌های شفقت (استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه)، تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه، احساس مشفقانه و رفتار مشفقانه به افراد آموزش داده می‌شود؛ به عبارت دیگر، در این درمان به افراد آموزش داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند و با عدم سرکوبی این تجارب نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (گیلبرت، ۲۰۱۴). خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

نحوه اجرا و جمع‌آوری داده‌ها

این مطالعه حاصل رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنجند بود. پس از اخذ مجوزهای لازم کلیه پرستاران خانگی سالمندان مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی شهرستان بابل در بازه زمانی نیمسال دوم ۱۴۰۰ به عنوان جامعه انتخاب شدند. در نهایت بعد از حذف نمونه‌هایی که به صورت متوالی در جلسات شرکت نکردند نتایج مربوط به ۳۰ نفر که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده بودند در تحلیل نهایی مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه آزمایش، درمان مبتنی بر شفقت طی ۸ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول دو ماه و نیم اجرا شد؛ اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند و پس از اتمام جلسات درمان مبتنی بر شفقت نیز برای آنهایی که داوطلب شرکت در جلسات بودند اجرا شد. لازم به ذکر است که درمان مبتنی بر شفقت توسط متخصص روان‌شناسی که دوره شفقت درمانی را گذرانده بود در مرکز مشاوره گام طلایی در شهر بابل انجام شد. پرسشنامه‌ها در همان مکان توسط شرکت‌کنندگان در دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. در نهایت داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه تحلیل شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۴)

جلسه	عنوان	محتوا
اول	مفهوم‌سازی موردی	برقراری رابطه درمانی، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت.
دوم	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است؟
سوم	آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل؛ آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش؛ معرفی مهارت‌های توجه‌آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به‌عنوان نمونه: تمرین خوردن کشمش). تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه.
چهارم	آشنایی با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل؛ توضیح ویژگی‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری). تکلیف: نوشتن نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی.

پنجم	مهارت‌های شفقت: استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل؛ استفاده از ریتم تنفسی آرام‌بخش؛ آموزش نحوه تصویرسازی خودِ مشفق؛ تمرین تصور بهترین حالت خود؛ اجرای تکنیک صندلی مشفق (یا تکنیک سه صندلی). تکلیف: نشخوار فکر چند ثانیه‌ای توسط مراجع و سپس تمرین خودِ مشفق شدن و استفاده از تمرین صندلی مشفقانه برای مقابله با خودانتقادگری.
ششم	تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل؛ انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش؛ معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج.
هفتم	احساس مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل؛ انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از هر تمرین شفقت نسبت به دیگران؛ نوشتن احساس خود در مورد تمرین. متمرکز کردن خودِ مشفق به سمت دیگران؛ تمرین دریافت شفقت از سوی دیگران؛ نوشتن احساس در مورد تمرین؛ تمرین شفقت‌ورزی به خود؛ تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده‌آل و کامل برای خود؛ اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت. تکلیف: به کار بردن تمرین‌های یادگرفته در محیط واقعی با دیگران.
هشتم	رفتار مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع‌بندی جلسات گذشته و ارائه خلاصه‌ای از آن‌ها تکلیف: مراجع هرروز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نام‌های مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که از نظر جنسیت در گروه آزمایش یعنی درمان مبتنی بر شفقت ۸ نفر زن (۵۳/۳ درصد) و ۷ نفر مرد (۴۶/۷ درصد) و در گروه کنترل نیز ۹ نفر زن (۶۰ درصد) و ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $37/31 \pm 1/71$ و $37/18 \pm 1/57$ بود. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین (M) و انحراف معیار (SD) متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	زمان گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
		M±SD	M±SD	چولگی	کشدگی
خستگی عمومی	کنترل	۱۶/۱۸±۱/۲۳	۱۵/۶۴±۲/۲۶	۰/۲۹۸	۰/۷۸۷
	آزمایش	۱۵/۵۴±۱/۳۹	۱۲/۴۶±۱/۲۷	۰/۵۳۲	-۱/۱۰
خستگی جسمی	کنترل	۱۷/۲۹±۱/۴۰	۱۷/۱۸±۱/۵۱	-۰/۵۹۵	۰/۹۴۰
	آزمایش	۱۶/۰۱±۴/۲۲	۱۲/۹۲±۱/۴۴	-۰/۳۲۲	۰/۱۵۷
کاهش فعالیت	کنترل	۱۵/۵۳±۱/۱۸	۱۵/۵۹±۱/۹۰	۰/۳۱۰	-۰/۳۹۸
	آزمایش	۱۵/۶۹±۱/۱۸	۱۲/۷۶±۱/۲۳	۰/۳۶۶	-۰/۳۲۹
کاهش انگیزه	کنترل	۱۶/۲۹±۱/۰۵	۱۵/۷۰±۱/۱۰	۰/۰۶۸	-۱/۱۹
	آزمایش	۱۶/۶۱±۱/۳۱	۱۳/۵۳±۱/۵۱	۰/۶۷۴	-۰/۵۵۴
خستگی ذهنی	کنترل	۱۵/۶۵±۱/۰۶	۱۵/۲۳±۱/۳۰	-۰/۲۵۹	۱/۰۱
	آزمایش	۱۶/۴۶±۱/۰۵	۱۲/۹۳±۱/۲۵	۰/۶۴۶	-۰/۵۷۷
خستگی (کل)	کنترل	۸۰/۹۴±۲/۰۸	۷۹/۲۳±۲/۲۶	۰/۵۰۳	-۰/۲۵۸
	آزمایش	۸۰/۳۱±۳/۳۳	۶۴/۶۱±۲/۶۹	۰/۴۰۱	-۰/۸۷۷
خودشفقت‌ورزی	کنترل	۳۱/۷۶±۲/۸۹	۳۱/۵۹±۳/۳۷	۰/۲۲۲	-۱/۱۰۵
	آزمایش	۳۱/۶۹±۳/۴۱	۳۹/۰۸±۳/۵۲	-۰/۸۹۶	-۰/۹۵۸
تاب‌آوری	کنترل	۶۳/۰۷±۴/۲۳	۶۳/۲۷±۴/۱۶	۰/۰۲۲	-۰/۸۷۵
	آزمایش	۶۲/۰۲±۴/۴۲	۷۹/۶۷±۴/۵۱	۰/۶۶۳	-۰/۶۷۱

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همچنین در این پژوهش مقادیر مربوط به چولگی و کشیدگی بین ۲- و ۲+ بوده است و می‌توان استنباط کرد که داده‌های مربوط به متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال بوده‌اند. قبل از اجرای تحلیل کواریانس یک راهه نتایج آزمون باکس حاکی از رعایت شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس بود ($F=1/58$; $p=0/47$). همچنین

نتایج آزمون لوین حاکی از برابری واریانس‌های بین گروهی برای خستگی ($F=1/43$; $p=0/09$)، خودشفقت‌ورزی ($F=1/404$; $p=0/12$) و تاب‌آوری ($F=1/02$; $p=0/16$) بود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز حاکی از این بود که ترکیب خطی متغیرهای وابسته در سطوح متغیرهای وابسته متفاوت است ($F=14/98$; $p<0/001$) لامبدای ویلکز). نتایج جدول ۳ مربوط به پیش‌فرض همگنی رگرسیون است.

جدول ۳: نتایج مربوط به همگنی شیب‌های رگرسیون با بررسی اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	مجذور اتا
تعامل گروه و پیش‌آزمون خستگی	0/116	1	0/116	0/06	0/94	0/001
تعامل گروه و پیش‌آزمون خودشفقت‌ورزی	0/658	1	0/658	0/32	0/86	0/001
تعامل گروه و پیش‌آزمون تاب‌آوری	21/202	1	21/202	1/02	0/32	0/044

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود، با توجه به عدم معناداری F می‌توان گفت که شیب‌های رگرسیون همگن بوده است. به این معنی که اثر تعامل گروه*پیش‌آزمون خستگی، گروه*پیش‌آزمون خودشفقت‌ورزی و گروه*پیش‌آزمون تاب‌آوری معنادار نبوده است که حاکی از رعایت پیش‌فرض

همگنی شیب‌های رگرسیون است. نتایج مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	مجذور اتا
گروه	خستگی	360/218	1	360/218	15/57	0/001	0/497
خطا		647/388	28	23/121	-		
گروه	خودشفقت‌ورزی	214/428	1	214/428	17/98	0/001	0/505
خطا		333/901	28	11/925	-		
گروه	تاب‌آوری	28/885	1	28/885	9/34	0/001	0/324
خطا		86/576	28	3/092	-		

مطابق نتایج بدست آمده جدول ۴، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر شفقت به طور معناداری بر کاهش خستگی و افزایش خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان تأثیر گذاشته است ($p<0/001$). با توجه به اندازه اثر درمان مبتنی بر شفقت ۴۹ درصد کاهش خستگی، ۵۰ درصد افزایش خودشفقت‌ورزی و ۳۲ درصد افزایش تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان را تبیین نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان بود. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی پرستاران خانگی سالمندان تأثیر داشت. هرچند پژوهشی در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی پرستاران خانگی سالمندان انجام نشده است، اما می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی (طیب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ ژو و همکاران، ۲۰۱۹؛ شهبازی و همکاران، ۲۰۲۰؛ روحانی و هارونی، ۱۳۹۸) است که نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی تأثیر داشته است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که آن‌چه می‌تواند در کاهش خستگی پرستاران خانگی مؤثر باشد تمرکز بر رفتاری است که در القای شفقت خود اتفاق افتاده است. در این القا، شرکت‌کنندگان علاوه بر آن که در معرض القای مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که رویدادهای روزمره در ارتباط با سالمند صرفاً یک تجربه و رفتار بوده است و تمرکزشان از ارزیابی منفی معطوف بر خود که اغلب در احساس خستگی اتفاق می‌افتد، برداشته و متمرکز بر تجربه یاد شده، شده است. به همین دلیل القای خودشفقت‌ورزی در احساس خستگی که خود به دلیل ارزیابی منفی از رفتار ایجاد می‌شود، تغییراتی معنادار ایجاد کرد. در نتیجه در آموزش تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌پذیرند که مشکلات جزئی‌گیرناپذیر از زندگی انسانی هستند، بنابراین با پذیرش مشکلات خود تجربه احساسات ناخوشایند برانگیخته شده را هشیارانه، با کنجکاو و بدون سوگیری در نظر می‌گیرند (ژو و همکاران، ۲۰۱۹؛ گیلبرت، ۲۰۲۳). بنابراین می‌توان اینگونه بیان کرد که تکنیک‌هایی که در درمان متمرکز بر شفقت از جمله استدلال مشفقانه توجه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه، احساس مشفقانه و رفتار مشفقانه وجود دارد موجب می‌شوند که مراقبین خانگی نسبت به خود شفقت بالایی داشته باشند، خودشان را مورد

نگهداری کودکان در خانواده دارند. همچنین این یافته در راستای یافته‌های قبلی است که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (صاحبی و همکاران، ۲۰۲۲؛ پائیتزولد و همکاران، ۲۰۲۲؛ قطور و همکاران، ۲۰۱۸؛ مظاهری و همکاران، ۱۳۹۹) را بر بهبود تاب‌آوری تأیید کردند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق نظریه شناختی، در ارتباط با تبیین چگونگی تأثیر آموزش شفقت درمانی بر افزایش تاب‌آوری مراقبین خانگی سالمندان می‌توان گفت که معمولاً افراد خودشفقت‌ورز توانمندی روان‌شناختی بیشتری مانند احساس خوشنودی، خوشبینی و عاطفه مثبت از خود نشان می‌دهند؛ آنها با آگاهی از حالت هیجانی و فیزیکی خود زمانی که شرایط بدی را تجربه می‌کنند یا وظیفه مهمی را فراموش می‌کنند (صاحبی و همکاران، ۲۰۲۲)، در اکثر موارد به جای اینکه رنج روانی خود را فراموش کنند و با نامهربانی در مورد خود قضاوت کنند، دیدگاه ذهنیشان را به سمت این طرز فکر تغییر می‌دهند که چگونه می‌توانند در شرایط سخت فعلی (یعنی داشتن وظیفه مراقبت) دست از انتقاد کردن از خود بر دارند و با انجام رفتار سازش‌یافته، به مهربانی و گرمی از خود مراقبت نمایند (گیلبرت، ۲۰۱۰)، این شیوه برخورد با امور باعث می‌شود که پرستاران خانگی سالمندان نگرش مثبتی نسبت به خود و مراقبت خود از سالمندان داشته باشند و با پذیرش جنبه‌های منفی رقابت و مقابله مثبت با افکار منفی در شرایط سخت پرستاری به بهبود تاب‌آوری خود کمک کنند. علاوه بر این می‌توان گفت که فنون خودشفقت‌ورزی، به افراد آموزش می‌دهند که خودشان را مورد قضاوت و داوری قرار ندهند و نسبت به خودشان شفقت و مهربانی داشته باشند و وقایع دردناک و رنج‌های زندگی را به راحتی بپذیرند و آن‌ها را وقایع زندگی خود در نظر بگیرند (گیلبرت، ۲۰۲۳)، از این رو پرستاران خانگی که این تکنیک‌ها را از طریق درمان مبتنی بر شفقت دریافت کرده‌اند می‌توانند دردها و رنج‌های خود در مراقبت و همچنین دردها و رنج‌های فرد سالمندی را که از وی مراقبت می‌کنند بپذیرند و همین امر می‌تواند در تحمل این مشکل و تاب‌آوری بهتر در آنان کمک خواهد کرد.

روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و عدم امکان غربالگری پرستاران خانگی سالمندان براساس متغیرهای خستگی و تاب‌آوری و صرفاً غربالگری بر اساس خودشفقت‌ورزی از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود که دلیل آن حجم جامعه پایین بوده است. محدودیت دیگر نداشتن دوره پیگیری در این پژوهش بود. محدودیت نهایی این بود که در این پژوهش درمان مبتنی بر شفقت با درمان دیگر مقایسه نشده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های مشابه به محدودیت‌ها و مشکلاتی که در پژوهش حاضر وجود داشت توجه نمایند. با توجه به این محدودیت‌ها و مشکلات، نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود خستگی، شفقت و تاب‌آوری در پرستاران خانگی سالمندان بود؛ براین اساس پیشنهاد می‌شود برای کاهش خستگی و بهبود خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان از درمان مبتنی بر شفقت استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت از طریق کارگاه‌های آموزشی به درمانگران و مشاورانی که با مراجعین دارای شغل‌های مراقبت سروکار دارند آموزش داده شود.

قضاوت قرار ندهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر بپذیرند و خود ارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان انجام می‌دهند (گیلبرت، ۲۰۱۵) که این امر به احتمال زیاد می‌تواند باعث شود که پرستاران خانگی سالمندان تغییر عاطفی مثبتی نسبت به خود داشته باشند، از خود مراقبت بیشتری کنند، به حمایت عاطفی از خود بپردازند و دردها و رنج‌های خود به ویژه در وظیفه مراقبت خود از سالمند را به راحتی بپذیرند؛ بنابراین آن‌ها ممکن است در کار و فعالیت خود احساس خستگی نکنند.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر خودشفقت‌ورزی پرستاران خانگی سالمندان تأثیر داشت. هرچند پژوهشی در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود خودشفقت‌ورزی در میان پرستاران خانگی انجام نشده است، اما می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش در راستای یافته‌های قبلی (روحانی و هارونی، ۱۳۹۸؛ خسروی و همکاران، ۲۰۲۲) است که نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت بهبود خودشفقت‌ورزی و شفقت را به همراه داشته است. علاوه بر این این نتیجه در راستای یافته‌های ویلسون و همکاران (۲۰۱۹) و میلارد و همکاران (۲۰۲۳) قرار دارد که در پژوهش‌های مروری و فراتحلیل خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود خودشفقت‌ورزی اثربخش است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت همدردی و مهربانی نسبت به خود در هنگام مواجهه با مشکلات و شرایط دشوار زندگی و احساس دوست داشتن خود که از طریق درمان مبتنی بر شفقت آموزش داده می‌شود (گیلبرت، ۲۰۲۳؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۱۹؛ میلارد و همکاران، ۲۰۲۳) و باعث می‌شود که فرد پرستار خانگی سالمند مشکلات و تجاربی که فرد در مراقبت از فرد سالمند ایجاد می‌شود را به راحتی بپذیرد و آن را جزئی از کار مراقبت خود بداند و همین امر به احتمال زیاد افزایش خودشفقت‌ورزی در وی را به همراه خواهد داشت. از طرفی دیگر هنگام افزایش پذیرش و مهربانی نسبت به خود بعد از اجرای تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت مراقبان خانگی سالمندان، آن‌ها عدم خودشفقت‌ورزی در مراقبت‌های خود را می‌پذیرند و احتمالاً همین پذیرش موجب می‌شود که آنان احساس خودشفقت‌ورزی نسبت به خود را افزایش دهند که به تبع آن خودشفقت‌ورزی آنان نسبت به فرد سالمند نیز افزایش پیدا می‌کند. علاوه بر این تکنیک‌هایی که در درمان متمرکز بر شفقت از جمله استدلال مشفقانه توجه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه، احساس مشفقانه و رفتار مشفقانه (گیلبرت، ۲۰۱۵) که به پرستاران خانگی سالمندان آموزش داده شده است احتمالاً موجب می‌شود که آنان نسبت به خود توجه، استدلال، احساس و رفتار مشفقانه داشته باشند و این امر موجب بهبود خودشفقت‌ورزی در آنان خواهد شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری پرستاران خانگی سالمندان تأثیر داشت. این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تاب‌آوری والدین کودکان سرطانی (خسروبیگی و همکاران، ۲۰۲۲) و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار (ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲) تأثیر داشته است؛ هر چند این پژوهش‌ها در میان پرستاران خانگی انجام نشده است، اما می‌توان گفت که والدین کودکان سرطانی و مادران سرپرست خانوار نقش پرستاری را در محافظت و

References

- Abolghasemi, A., Taghipour, M., & Narimani, M. (2012). The Relationship between Type D Personality, Self-Compassion, and Social Support with Health Behaviors in Coronary Heart Disease Patients. *Journal of Health Psychology*, 1(1), 1-12. (In Persian) <https://academics.uma.ac.ir/Files/Publication/12166/12166.pdf>
- Abramowska-Kmon, A., Łatkowski, W., & Rynko, M. (2023). Informal care and subjective well-being among older adults in selected European countries. *Ageing International*, 48(4), 1163-1189. [doi:10.1007/s12126-023-09521-0](https://doi.org/10.1007/s12126-023-09521-0)
- Adibizadeh, N., & Sajadian, E. (2019). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Depression, Anxiety and Emotion Regulation in Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61(6.1), 103-115. (In Persian) [doi:10.22038/mjms.2019.13769](https://doi.org/10.22038/mjms.2019.13769)
- Allen, J., Woolford, M., Livingston, P. M., Lobchuk, M., Muldowney, A., & Hutchinson, A. M. (2023). Informal carer support needs, facilitators and barriers in transitional care for older adults from hospital to home: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19-20), 6773-6795. [doi:10.1111/jocn.16767](https://doi.org/10.1111/jocn.16767)
- Ariapooran, S., Rastgoo, E., & Abdollahzadeh Rafi, M. (2022). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Fatigue and Burnout in Mothers Caring for Children with Severe and Profound Intellectual Disabilities During the COVID-19 Pandemic. *Rooyesh-e-Ravanshenasi [Rooyesh Psychology]*, 10(11), 99-108. (In Persian) <http://frooyesh.ir/article-1-2967-en.html>
- Baker, F. A., Lee, Y. E. C., Sousa, T. V., Stretton-Smith, P. A., Tamplin, J., Sveinsdottir, V., ... & Gold, C. (2022). Clinical effectiveness of music interventions for dementia and depression in elderly care (MIDDEL): Australian cohort of an international pragmatic cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(3), e153-e165. [https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(22\)00027-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(22)00027-7/fulltext)
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239-244. [doi:10.1016/j.midw.2015.11.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002)
- Clark, P., Holden, C., Russell, M., & Downs, H. (2022). The impostor phenomenon in mental health professionals: relationships among compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 44(2), 185-197. [doi:10.1007/s10591-021-09580-y](https://doi.org/10.1007/s10591-021-09580-y)
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of traumatic stress*, 16, 487-494. [doi:10.1023/A:1025762512279](https://doi.org/10.1023/A:1025762512279)
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. [doi:10.1080/14737175.2020.1746184](https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184)
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. [doi:10.1080/14737175.2020.1746184](https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184)
- DePasquale, N., Davis, K. D., Zarit, S. H., Moen, P., Hammer, L. B., & Almeida, D. M. (2016). Combining formal and informal caregiving roles: The psychosocial implications of double-and triple-duty care. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(2), 201-211. [doi:10.1093/geronb/gbu139](https://doi.org/10.1093/geronb/gbu139)
- Dev, V., Fernando III, A. T., Lim, A. G., & Consedine, N. S. (2018). Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 81(1), 81-88. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.02.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.003)
- Diniz, M. A. A., Melo, B. R. D. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. D. O., & Grato, A. C. M. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 3789-3798. [doi:10.1016/S2666-7568\(22\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00027-7)
- Domínguez-Clavé, E., Soler, J., Elices, M., Franquesa, A., Álvarez, E., & Pascual, J. C. (2022). Ayahuasca may help to improve self-compassion and self-criticism capacities. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 37(1), e2807. [doi:10.1002/hup.2807](https://doi.org/10.1002/hup.2807)
- Fajardo Ramos, E., Núñez Rodríguez, M. L., & Henao Castaño, A. M. (2020). Resilience in in-home caregivers of older adults during the COVID-19 pandemic. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(2), 91-101. [doi:10.18359/rlbi.4813](https://doi.org/10.18359/rlbi.4813)
- Fatemi, N. L., Moonaghi, H. K., & Heydari, A. (2019). Perceived challenges faced by nurses in home health care setting: A qualitative study. *International journal of community-based nursing and midwifery*, 7(2), 118-127. [doi:10.30476/IJCBNM.2019.44883](https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.44883)
- Förster, K., & Kanske, P. (2021). Exploiting the plasticity of compassion to improve psychotherapy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 39(1), 64-71. [doi:10.1016/j.cobeha.2021.01.010](https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.01.010)
- Ghator, Z., Pouryahya, S. M., Davarniya, R., Salimi, A., & Shakarami, M. (2018). The effect of compassion-focused therapy (CFT) on resiliency of women with multiple sclerosis (MS). *Armaghane danesh*, 23(3), 350-363. (in Persian) <http://armaghanej.yums.ac.ir/article-1-1793-en.html>
- Ghazisafloo, M., Saadati, N., Yousefi, Z., & Zamanpour, M. (2019). Investigating the Effectiveness of Resilience Training on Reducing Stress and Communication Problems in Primary Caregivers of Elderly Patients with Alzheimer's in Tehran. *Elderly: Iranian Journal of Aging*, 14(3), 284-297. (In Persian) [doi:10.32598/sija.13.10.250](https://doi.org/10.32598/sija.13.10.250)
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. [doi:10.1111/bjc.12043](https://doi.org/10.1111/bjc.12043)