

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پریشانی روانی و ناگویی هیجانی در مراقبین بیماران اسکیزوفرن

سحر صفاری شمالی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده- دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پریشانی روانی و ناگویی هیجانی در مراقبین بیماران اسکیزوفرن انجام شد. مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران دارای بیمار اسکیزوفرن در شهر رشت بود. به منظور انجام این پژوهش، از بین مراجعه کنندگان ابتدا به شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل و هر گروه به تعداد ۲۰ نفر جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (الکسی تایما- Tas) (۱۹۸۶) و پرسشنامه پریشانی روانی سیمون و گاهر (۲۰۰۵) بود. محتوای درمان متمرکز بر شفقت به مدت ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش اجرا شد و اعضای گروه کنترل در لیست انتظار قرار داده شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس نشان داد: رویکرد مبتنی بر درمان شفقت به طور معناداری باعث کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روانی مراقبان بیماران اسکیزوفرن شد ($P \leq 0/01$). نتایج بر اهمیت کاربرد درمان مبتنی بر شفقت در کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روانی مراقبان بیماران روانی تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، ناگویی هیجانی، پریشانی روانی. مراقبان بیماران اسکیزوفرن.

مقدمه

بیماری اسکیزوفرنیا^۱ از شدیدترین بیماریهای مزمن روان پزشکی است که همه ابعاد جسمی، روانی و رفتاری بیمار را تحت تأثیر قرار می دهد (کوشان و واقعی، ۱۳۹۸). شیوع این بیماری در جمعیت جهانی ۶-۱/۹ درصد است. همچنین شیوع در ایران ۰/۸۹ درصد (حدود ۴۵۰ هزار نفر) برآورد شده است. عود بیماری اسکیزوفرنی در دوره اول ابتلا و در پنج سال اول، ۸۲ درصد گزارش شده است (حاجی آقایی، شیخی، ضیغمی، و علیپور، ۱۳۹۶). این بیماری بیشتر با علائمی از جمله آشفتگی در گفتار، ادراک، تفکر، اراده، عاطفه و فعالیت اجتماعی آشکار می شود (کوشان و همکاران، ۱۳۹۸). افراد مبتلا به این بیماری بیشترین میزان مراقبت های خانوادگی را دریافت کرده و در حدود ۶ درصد تا ۷۰ درصد از آنان با خانواده هایشان زندگی می کنند (نادم بوئینی و همکاران، ۱۳۹۱). خانواده های این بیماران، نه تنها باید مراقبت های اولیه را برای بیماران فراهم کنند، بلکه باید بتوانند با علائم بیمار تطابق حاصل کرده و شرایط را مدیریت و کنترل نمایند (کوشان و همکاران، ۱۳۹۸). پذیرش بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، مراقبت از وی در مصرف دارو، ایجاد فضای آرام، مثبت و سازنده، پرهیز از برخوردهای خصمانه، انتقاد آمیز و مداخله گرانه و اجتناب از وابسته کردن بیمار از عمده وظایفی است که خانواده های این بیماران باید به آن توجه داشته باشند (آواد و وروگانتی^۲، ۲۰۰۸). یکی از متغیرهایی که می تواند در ارتباط با ایجاد و تداوم مشکلات روان شناختی در مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا مورد مطالعه قرار گیرد، ناگویی هیجانی^۳ است. سیفنوس نخستین بار واژه "ناگویی هیجانی" را به منظور توصیف مجموعه ای از ویژگیهای شناختی و عاطفی که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی مشاهده شده بود، به کار برد (مهاجرانی، حقایق و ادیبی، ۱۳۹۶). ناگویی هیجانی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت گیری فکری بیرونی است (لومینتا، ورملمب، دماریت، تیلورس و باگی^۴، ۲۰۰۶). از جمله وضعیت روانی دیگری که ممکن است مراقبین بیماران اسکیزوفرنی با آن روبرو شوند، پریشانی روانی^۵ است. تحمل پریشانی^۶ متغیر تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی های هیجانی اشاره دارد (احمدی و رئیس، ۱۳۹۷) و به توانایی تجربه و تحمل موقعیت های روانشناختی منفی اطلاق می گردد (سیمونز و گاهر^۷، ۲۰۰۵؛ به نقل از موسوی، خواجهوند خوشلی، اسدی، عبدالله زاده، ۱۴۰۰). کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روانشناختی مهم در خانواده های دارای فرزند بیمار است که در رابطه با توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت های روانشناختی، نمود می یابد. آشفتگی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به صورت حالات هیجانی منفی است که اغلب با تمایل به واکنش جهت رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می شود (بندوسی، بوجارسکی، بان-میلر، پاتل و کانولی^۸، ۲۰۱۶). افراد دچار سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را توان فرسا و غیرقابل پذیرش ارزیابی می کنند و در نتیجه برای تسکین این حالت هیجانی منفی، کوشش می کنند ولی اغلب مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی شان نیستند (کلاشادی، به نقل از احمدی و رئیس، ۱۳۹۷). کاهش سطح تحمل پریشانی ممکن است با پاسخ های سازش نایافته نسبت به تنش، شامل مترصد فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن، همراه باشد (دی پاپ، لیندسی^۹، ۲۰۱۵). در همین راستا، یافته های پژوهش داگتیرز^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که تحمل پریشانی پایین، خطر ابتلا به مصرف الکل، رفتارهای بزهکارانه و اختلال های درونی سازی را افزایش می دهد. یکی از مداخلاتی که می تواند برای مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرن مفید واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^{۱۱} است. در طول سالیان گذشته، توجه فزاینده ای به شفقت به عنوان یک منبع کلیدی برای سلامت روان شده است. به طور خلاصه، شفقت را می توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به

1. Schizophrenia

2. Awad, Voruganti

3. alexithymia

4. Lumineta, Vermeulenb, Demaretb, Taylorc , Bagby

5. Psychological Distress

6. Distress tolerance

7. Simons & Gaher

8. Banducci, Bujarski, Bonn-Miller, Patel, Connolly

9. DePape, Lindsay

10. Daughters

11. Compassion-Focused Therapy (CFT)

رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت^۱، ۲۰۱۴). این درمان یکپارچه نگر بر گرفته از علم عصب شناسی، روانشناسی اجتماعی، روانشناسی رشد، روانشناسی تحولی و همچنین بسیاری از سایر مدل های درمانی در مشکلات ذهنی است (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت سه سیستم تنظیم هیجانی را در افراد متصور است: سیستم تهدید، لذت و تسکین. سیستم تهدید وظیفه اش پایش خطرات و مقابله با آنهاست و هیجانات خشم، ترس، اضطراب و تنفر متعلق به آن است. سیستم لذت، سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش برای کسب پاداش و تأمین نیازها است و احساس هیجان، لذت، انرژی و برانگیختگی مربوط به این سیستم است. سیستم تسکین، تنظیم کننده دو سیستم دیگر یعنی تهدید و لذت طلبی است. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجانات مربوط به این سیستم است. درمان متمرکز بر شفقت بیماری را ناشی از مشکل در دسترسی شخص به سیستم تسکین خود و در نتیجه بیش فعالی سیستم های دیگر می داند (گیلبرت، ۲۰۱۷)؛ به نقل از موسوی، خواجهوند خوشلی، اسدی، عبدالله زاده، ۱۴۰۰. زیر نظر گرفتن مداوم و بدون قضاوت حس های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها می تواند باعث کاهش واکنش های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه های اضطراب برانگیخته می شوند (کباتزین، ۱۹۹۲)؛ به نقل از افشاری نیا، کاکابرابی و امیری، ۱۳۹۲). از سوی دیگر با توجه به نقش های مختلفی که خانواده در زمینه مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیا ایفا می کند بار قابل ملاحظه فیزیکی، اجتماعی، روانی، اقتصادی و سلامتی بر اعضای خانواده اثر می گذارد (یو، لیو، تانگ، ژائو، لیو، خیائو^۲، ۲۰۱۷). در واقع علی رغم پیچیدگی این بیماری، چالش های قابل توجه و پیامدهای عظیمی که برای خانواده دارد، در جوامع سنتی آسیایی، مسئولیت مراقبت از این بیماران معمولاً به دلیل انتظارات فرهنگی- اجتماعی بر عهده خانواده است (استانلی، بالاکریشنان^۳، ۲۰۲۱). خانواده بیماران روانی بخش مهمی از درمان این بیماران می باشند. پیگیری دارویی و درمانی بیماران را پایش کرده و حمایت عاطفی، اجتماعی و روانی از بیمار خود به عمل می آورند (ابراهیم پور موزیرچی، ثناگو، جویباری، ۱۴۰۰). در بین اعضای خانواده، مادر به عنوان اولین مراقب نقش بسزایی دارد. اما بررسی تجارب مادر فرزندی بیماران اسکیزوفرنیا حاکی از این است که اسکیزوفرنی اختلالی است که بر رابطه مادر و فرزند نیز تأثیر می گذارد و ممکن است تجاربی مبنی بر نگرانی دائمی و رابطه سرد و بی عاطفه با بیمار را نشان دهد. در کنار مراقبت های اعضای خانواده بیمار اسکیزوفرنی از مصرف دارو گرفته تا ایجاد فضای آرام، مثبت و سازنده، پرهیز از برخوردهای خصمانه، انتقاد آمیز و مداخله گرانه، بار روانی و آستیگمای مرتبط با بیماری روانی، تضادهای خانوادگی، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی از تجربیات متداول این خانواده ها بوده و این مشکلات در کنار کمبود آموزش و مهارتها، می تواند تأثیرات نامطلوبی بر سلامت روانی و جسمی مراقبان این بیماران و در نتیجه غفلت از فرد بیمار شود. بنابراین ضروری به نظر می رسد با انجام آموزش های روانشناختی به مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا بتوان زیرساخت های لازم را در زمینه مراقبت هر چه بهتر از بیماران اسکیزوفرنیا و در کنار آن سلامت روانشناختی خود اعضای خانواده و مراقبان این بیماران فراهم کرد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون، و با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا شهر رشت بود. جهت انتخاب نمونه آماری پژوهش، با مراجعه به بیمارستان شفا رشت (مرکز نگهداری بیماران روانی) و با استفاده از روش نمونه گیری «در دسترس» تعداد ۴۰ نفر از مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا که در پرسشنامه های ناگویی هیجانی (بالاتر از ۶۰) و پریشانی روانشناختی (بالاتر از ۳۵) نمره بالاتر از نمره برش را کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین کرد. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱- مراقب بیمار اسکیزوفرنی بودن، داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در فرایند پژوهش و تکمیل پرسشنامه های پژوهش، کسب نمرات بالاتر از ۶۰ در مقیاس ناگویی هیجانی، نمره بالاتر از ۳۵ در مقیاس پریشانی روانشناختی؛ و ملاک

¹. Gilbert

². Yu, Liu, Tang, Zhao, Liu, Xiao

³. Stanley, Balakrishnan

های خروج عبارت بود از: ۱- داشتن بیماری مزمن بدنی یا اختلالات روانی شدید به تشخیص پزشک و روانشناس، غیبت متوالی ۳ جلسه و بیشتر، دریافت هر نوع آموزش روانشناختی در ارتباط با درمان مبتنی بر شفقت. برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد و سطح معناداری برای تمامی فرضیه ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴، به نقل از موسوی و همکاران، ۱۴۰۰).

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروهبندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهومی سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیتهای روزانه
دوم	شناخت مؤلفه های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگیهای آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه های خودشفقتی در فعالیتهای روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکلگیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه های خودشفقتی در فعالیتهای روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا «بدون شفقت» شناسایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن شفقت آمیز، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح گسستش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالشهای مختلف،	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیتهای چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبکها و روشهای ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت ورز، آموزش سبکها و روشهای ابراز شفقت، (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روشها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	بکارگیری شفقت در فعالیت های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعی	نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان

هشتم	ارزیابی و آموزش و تمرین مهارتها؛ مرور و تمرین مهارتهای ارائه شده در جلسات گذشته	ثبت و یادداشت
کاربرد	برای کمک به آزمودنیها تا بتوانند به روشهای مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمعبندی و نتیجهگیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون.	چالشهای روزانه

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سنجش ناگویی هیجانی (الکسی تایما - Tas)

برای سنجش ناگویی هیجانی از مقیاس الکسی تیمیای تورنتو (Tas) استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط تایلر ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی و همکارانش تجدید نظر گردید. این مقیاس شامل ۲۰ ماده در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده) به صورت لیکرت (کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، نظری ندارم ۳، موافق ۴، کاملاً موافق ۵) می باشد. و گویه های ۱۹، ۱۸، ۱۰، ۵، ۴ به دلیل منفی بودن به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می باشد نمره بالاتر نشان دهنده الکسی تیمیای بیشتر می باشد. نمره ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی خلقی (هیجانی) با شدت زیاد و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی خلقی (هیجانی) با شدت کم در نظر گرفته می شوند. (بشرپور، و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر نقطه برش پرسشنامه ۵۲ در نظر گرفته شده است. محققان پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) و ضریب بازآزمایی (۰/۷۷) مطلوب محاسبه کردند. (پارکر، تیلور و بگی، ۲۰۰۳). همچنین سرلک و سجادیان (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه ایرانی برای مولفه دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر عینی ۰/۵۰ به دست آورده اند. علاوه بر این نتایج تحلیل عوامل نیز ساختار عاملی نسخه ایرانی الکسی تیمیا را تایید نمود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی (هیجانی) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس های دشواری و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۳).

مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTQ): این مقیاس یک شاخص خود سنجی است که توسط سیمون و گاهر (۲۰۰۵) به منظور سنجش توانایی تحمل پریشانی هیجانی ساخته شده است و دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس است. خرده مقیاس ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجان های منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی) است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی می باشد (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه شاملو و همکاران (۱۳۹۳) به نقل از صدری دمیرچی و همکاران، (۱۳۹۵) پایایی همسانی درونی برای کل مقیاس، ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۵۶ و ۰/۵۸ به دست آمد.

^۱. Distress tolerance questionnaire

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۰ نفر از مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۲۰ نفر) شرکت داشتند. بیشترین فراوانی شرکت کنندگان (۱۱ نفر؛ ۵۵٪) در گروه آزمایش در محدوده سنی ۴۱ الی ۵۰ سال؛ و در گروه کنترل (۸ نفر؛ ۴۰٪) هم در محدوده سنی ۴۱ الی ۵۰ سال بود.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

مولفه ها	گروه آزمایش (پیش آزمون)	گروه آزمایش (پس آزمون)	گروه کنترل (پیش آزمون)	گروه کنترل (پس آزمون)
شاخص	(SD) M	(SD) M	(SD) M	(SD) M
ناگویی هیجانی	۶۴/۲۸ (۲/۸۱)	۵۴/۷۳ (۲/۵۳)	۶۵/۱۸ (۲/۶۲)	۶۵/۲۷ (۲/۶۳)
پیشانی روانی	۳۹/۵۳ (۳/۶۲)	۲۹/۱۸ (۲/۷۳)	۳۷/۹۳ (۳/۳۹)	۳۸/۴۱ (۳/۰۱)

نتایج حاصل از جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

در ارتباط با پیش فرض های تحلیل کوواریانس مقادیر به دست آمده از آزمون کولموگروف - اسمیرنف متغیرهای اصلی تحقیق، همگنی شیب رگرسیون و آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس ها و آزمون M باکس برای بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس همگی بالاتر از ۰/۰۵ بودند و لذا پیشفرض های استفاده از آزمون کوواریانس هم برای متغیرها رعایت شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در ناگویی هیجانی مراقبین بیماران اسکیزوفرن در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۲۸۹۴۶۳/۱۱	۲	۲۸۹۴۶۳/۱۱	۴۶۷/۷۱۹	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۶۱۳/۰۲۳	۱	۴۶۳/۲۹۰	۳۲/۳۸۸	۰/۰۰۰
پیش آزمون گروه	۳۱۰۷/۶۶۴	۱	۳۱۰۷/۶۶۴	۶۸/۰۱۷	۰/۰۰۰
خطا	۲۷۸۴۷/۳۰۹	۱	۲۷۸۴۷/۳۰۹	۱۲۷/۷۲	۰/۰۰۰
کل	۱۷۲۹/۱۷۴	۳۷	۳۹/۸۴۱	-	-
	۴۹۶۲۳۸۴	۴۰			

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۱۲۷/۷۲) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در کاهش ناگویی هیجانی مراقبین بیماران اسکیزوفرن تاثیر گذار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در کاهش پریشانی روانی مراقبین بیماران اسکیزوفرن در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۴۹۲۱/۴۳۸	۲	۴۹۲۱/۴۳۸	۵۲/۰۰۳	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۶۳۸/۰۸۱	۱	۲۶۱/۷۴۹	۲۹/۱۶۳	۰/۰۰۰
پیش آزمون	۳۴/۷۲۵	۱	۳۱/۶۳۸	۱۳/۷۴۸	۰/۰۱۲
گروه	۸۷۲/۶۳۷	۱	۸۷۲/۶۳۷	۸۲/۷۳۵	۰/۰۰۰
خطا	۷۳۶/۵۲۸	۳۷	۱۱/۲۷۱	-	-
کل	۶۲۷۴۸	۴۰	-	-	-
کل تصحیح شده	۶۲۸/۳	۳۹	-	-	-

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۸۲/۷۳۵) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی دار است. در نتیجه می توان آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در کاهش پریشانی روانی مراقبین بیماران اسکیزوفرن موثر است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روانی مراقبین بیماران اسکیزوفرن با نمونه ای مشتمل بر ۴۰ نفر انجام شد. نتایج نشان داد آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در ناگویی هیجانی مراقبان بیماری اسکیزوفرنی تاثیر دارد. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش های افتخاری وهمکاران (۱۳۹۹) که در پژوهش خود نشان دادند مداخلات مبتنی بر شفقت درمانی موجب بهبود ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی و اجتماعی و تاب آوری در اعضای گروه آزمایش در مقایسه با اعضای گروه کنترل شده است؛ و محمدیان و همکاران (۱۳۹۹) که در پژوهش خود نقش واسطه ای شفقت به خود در رابطه بین ناگویی هیجانی و علائم شخصیت مرزی با اقدام به رفتار خودجرحی غیرخودکشی گرا در سربازان مطالعه کردند و نتایج تحلیل مسیر نشان داد که شفقت به خود نقش میانجی را در رابطه بین ناگویی هیجانی و علائم شخصیت مرزی با اقدام به رفتار خودجرحی غیر خودکشی گرا ایفا می کند، همسویی دارد. درمان مبتنی بر شفقت با به کارگیری تجربه ها، فعالیت هایی مانند یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه تر را ایجاد می کند. علاوه بر آن این روش دارای منابع مقابله ای مناسب است که به افراد کمک می کند تا با رویدادهای منفی زندگی به خوبی مواجه شوند و با آنها مقابله نمایند. همچنین این روش درمانی نقش مهم و مؤثری در حفظ سلامت دارد؛ زیرا در این روش افراد یاد می گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسدبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبرو شوند (نف، گرمر^۱، ۲۰۱۳). از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت به عنوان کیفیت تماس بودن با رنجها و آسیب های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می شود و با مؤلفه های مثبت روانشناختی مانند نوع دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است؛ لذا این روش درمانی از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود سبب ارتقای خودمهارگری و تخلیه احساسات آنان شده است. شفقت به خود به فعال

^۱. Neff, Germer

سازی سیستم تسکین خود (که به لحاظ فیزیولوژیک به سیستم مراقبت دهی به خود مرتبط است) کمک می کند و بنابراین به کاهش احساسات ترس و کناره گیری در افراد منجر می شود.

یافته دیگر پژوهش این بود که آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در افزایش انعطاف پذیری روانی مراقبان بیماران اسکیزوفرن تاثیر دارد. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش های موسوی، خواجهوند خوشلی، اسدی، عبدالله زاده (۱۴۰۰)، احدی، سجادیان، و جعفری (۱۳۹۸)؛ پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعرافچی (۱۳۹۸)؛ آرمیتسو و هافمن (۲۰۱۵)؛ پردزدیسکی و همکاران (۲۰۱۳) تا حدودی همسویی دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۸ جلسه درمانی مدل شفقت پریشانی روانی ناشی از مراقبت از بیماران اسکیزوفرن را کاهش دادند. این موضوع بیانگر آن است که مراقبان بیماران اسکیزوفرن با گذراندن مدل درمانی شفقت آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل می آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرسورهای سوق دهنده به سوی وخیم تر شدن وضعیت جسمی و روانشناختی بیمارانی که از آنها مراقبت می کنند، افزایش می دهند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر به کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه مراقبت های طولانی مدت خواهد شد. همان گونه که نف (۲۰۰۳) بیان داشت، افراد با شفقت خود بالا نسبت به خود و دیگران مهربان ترند و سعی در درک رویدادها دارند و باید گفت، درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخوردهای منفی و خنثی می شود. مطالعات نشان داده اند که افرادی که شفقت به خود بالایی دارند نسبت به افرادی که شفقت به خود کمی دارند، سلامت روان شناختی و به تبع آن کیفیت زندگی بیشتری نشان می دهند. زیرا در آن ها درد گریز ناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می کنند، به وسیله یک سرزنش خود بی رحمانه، احساس انزوا و همانند سازی افراطی با افکار و هیجان ها استمرار نمی یابد. در نهایت با توجه به تحقیقات انجام شده می توان گفت که درمان مبتنی برشفقت بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است (گیلبرت، ۲۰۱۰). به مانند پژوهش های دیگر، پژوهش حاضر نیز با محدودیت هایی از قبیل ابزار (صرفاً پرسشنامه بودن ابزار پژوهش)، محدودیت نمونه (که صرفاً از بین مراقبین بیماران اسکیزوفرنیا انتخاب شده بودند) و نیز ناتوانی در کنترل متغیرهای مزاحمی از قبیل مسائلی مالی، خانوادگی و درمانی آزمودنی ها که در روند اجرای پژوهش بارها پیش می آمد، مواجه بود. و در نهایت پیشنهادهایی مبنی بر به کارگیری مدل درمانی حاضر در کاهش ناگویی هیجانی و کاهش پریشانی روانی مراقبان بیماران اسکیزوفرن در جهت تعدیل و رفع مسائل روانشناختی این افراد پیشنهاد می شود.

منابع

۱. ابراهیم پور موزیرچی، زینب؛ ثناگو، اکرم؛ جویباری، لیلا. (۱۴۰۰). تبیین تجارب زیسته اعضای خانواده دارای بیمار اسکیزوفرنیا، نشریه روان پرستاری، ۹ (۵)، ۱۱۱-۱۰۰.
۲. احدی، راحله؛ سجادیان، ایلناز؛ و جعفری، فریبا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو، پوست و زیبایی، ۱۰ (۱): ۲۹-۱۸.
۳. احمدی، اکرم؛ رئیسی، زهره. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، فصلنامه سلامت روان کودک، ۵ (۳): ۶۹-۸۱.
۴. افشاری نیا، کریم؛ کاکابرای، کیوان و امیری، حسن. (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه اثربخشی روش آموزش ذهن آگاهی و روش بازسازی شناختی در کاهش اضطراب امتحان دانشجویان. دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۱ (۱): ۶۱-۷۴.

۵. بشرپور؛ سجاد، علمردانی صومعه، سجاد و شاه محمدزاده، یحیی. (۱۳۹۳). نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش بینی علایم جسمانی سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۳ (۱۰): ۹۶۱-۹۷۲.
۶. پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز و شعرباغچی، محمدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان. *نشریه علمی روانشناختی سلامت*، ۳ (۳): ۳۷-۵۲.
۷. حاجی آقایی، ناصر؛ شیخی، محمدرضا؛ ضیغمی، رضا؛ علیپور، محمود. (۱۳۹۶). پیگیری روند تاثیر آموزش روانی خانواده محور بر مبنای الگوی آتکینسون و کویا بر عود و شدت علائم اسکیزوفرنی، <https://civilica.com/doc/1356600>
۸. سرلک، فروزان؛ سجادیان، ایلناز (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی هیجانی، مهارت های ارتباطی اضطراب و افسردگی در افراد هم وابسته و عادی. *مجله روان شناسی اجتماعی*، ۴ (۴۰): ۷۵-۸۸.
۹. صدری دمیچی، اسماعیل؛ اسماعیلی قاضی ولوئی، فریبا؛ اسدی شیشه گران، سارا. (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان، منبع کنترل و معناجویی در زنان وابسته به مواد و زنان عادی، *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، سال هفتم، شماره دوم، صص: ۱۲۹-۱۴۶.
۱۰. کوشان، محسن؛ واقعی، سعید. (۱۳۹۸). روان پرستاری بهداشت روانی ۱، چاپ روم، تهران: اندیشه رفیع.
۱۱. محمدیان، سوخابه؛ موسوی اصیل، اسماعیل؛ خانجانی، سجاد؛ مهکی، بهزاد؛ و دباغی، پرویز (۱۳۹۹). نقش واسطه ای شفقت به خود در رابطه بین ناگویی هیجانی و علایم شخصیت مرزی با اقدام به رفتار خودجراحی غیر خودکشی گرا در سربازان، *مجله طب نظامی*، ۲۲ (۱۲): ۱۲۵۰-۱۲۴۲.
۱۲. موسوی، سید مرتضی؛ خواجهوند خوشلی، افسانه؛ اسدی، جوانشیر؛ عبدالله زاده، حسن (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۹): ۴۶۹-۴۵۳.
۱۳. موسوی، سید مرتضی؛ خواجهوند خوشلی، افسانه؛ اسدی، جوانشیر؛ عبدالله زاده، حسن (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۹): ۴۶۹-۴۵۳.
۱۴. مهاجرانی، سچهر؛ حقایق، سید عباس؛ ادیبی، پیمان. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو، *نشریه گوارش*، ۲۲ (۱): ۲۸-۳۸.
۱۵. نادم بوئینی، مهین؛ رضانی، طاهره؛ خدادادی، نعیم؛ موسوی لطفی، سید محبوبه؛ حق دوست، علی اکبر؛ یگانه، محمد رضا. (۱۳۹۱). نگرش مراقبین بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در مورد نحوه مراقبت از بیمار خود در منزل، *پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۳ (۶۹): ۵۴-۶۲.

16. Awad AG, Voruganti LN. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*.26(2) pp:149- 62.
17. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. (2016). The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Anxiety Disord*. 41: 73-81.
18. Daughters SB, Reynolds EK, MacPherson L, Kahler CW, Danielson CK, Zvolensky M, et al. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: the moderating role of gender and ethnicity. *Behav Res Ther*; 47(3): 198-205.
19. DePape AM, Lindsay S. (2015). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res*. 25(4): 569-583

20. Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 53: 6-41.
21. Gilbert, P (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *Int J Cogn*
22. Gilbert, P. (2009a). *Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy*. In *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*, vol. 2 (ed. G Simos), pp. 205–220. Routledge: East Sussex, UK.
23. Lumineta O, Vermeulenb N, Demaretb C, Taylorc G J, Bagby MR. (2006). Alexithymia and level of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotional words. *J Res Personal*.5:713-33.
24. Lumineta O, Vermeulenb N, Demaretb C, Taylorc G J, Bagby MR. (2006). Alexithymia and level of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotional words. *J Res Personal*.5:713-33.
25. Neff KD, Germer CK. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 69(1):28-44.
26. Neff KD. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*; 2(2): 85-101.
27. Przewdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22 (8), 1872-1879.
28. Simons JS, Gaher RM. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*; 29(2): 83-102.
29. Stanley S, Balakrishnan S. (2021). Informal Caregiving In Schizophrenia: Correlates And Predictors of Perceived Rewards. *Social Work In Mental Health*. 19 (3). 230-47.
30. Yu Y, Liu Z-W, Tang B-W, Zhao M, Liu X-G, Xiao S-Y. (2017). Reported Family Burden of Schizophrenia Patients In Rural China. *Plos One*. 12 (6): E0179425.

Effectiveness of compassion-based therapy on mental distress and Alexithymia in caregivers of schizophrenic patients

Sahar Saffari Shomali

Master's degree in family counseling, Islamic Azad University, Shabestar branch

Abstract

The present study was conducted with the aim of the effectiveness of compassion-based therapy on mental distress and Alexithymia in caregivers of schizophrenic patients. The current study is a semi-experimental type in which a pre-test and post-test design was used with an experimental group and a control group. The statistical population of the present study was mothers of schizophrenic patients in Rasht. In order to carry out this research, 40 people who met the criteria for entering the present study were selected from among the referents and randomly replaced in the experimental group and the control group, with 20 people in each group. The data collection tool was the Toronto Alexithymia Questionnaire (Alexithymia-Tas) and the Simon and Gaher Psychological Distress Questionnaire. Compassion-focused treatment content was implemented for 8 sessions (90 minutes each session) for the experimental group, and the control group members were placed on the waiting list. Data analysis using covariance analysis showed: The approach based on compassion therapy significantly reduced Alexithymia and psychological distress of caregivers of schizophrenia patients ($P \leq 0.01$). The results emphasize the importance of using compassion-based therapy in reducing Alexithymia and psychological distress of caregivers of mentally ill patients.

Keywords: Compassion-based therapy, Alexithymia, psychological distress, Caregivers of schizophrenia patients.
