Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2023, Volume 9, Issue 4 10.22034/IJRN.9.4.8

Comparing the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation and Compassion-Based Therapy on Self-care Behaviors of the Elderly with Mild Cognitive Impairment

Afsaneh HajiGhadirzadeh[1], Afsaneh Taheri[2*], Narges Babakhani[3]

1- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Corresponding author: Afsaneh Taheri: Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
Email: a2_taheri@yahoo.com

Received: 2023/02/14 Accepted: 2023/06/1

Abstract

Introduction: Recognizing the needs and health status of the elderly is one of the important issues of the society, and in order to empower and improve their conditions, new treatment solutions, rehabilitation and effective interventions should be researched. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive rehabilitation and compassion-based therapy on self-care behaviors of the elderly with mild cognitive impairment.

Methods: The present study was semi-experimental in terms of its purpose, application, and research method, with a pre-test, post-test design with a control group with a three-month follow-up. The statistical population included all elderly people with mild cognitive impairment in Tehran who had visited the health centers of Tehran University of Medical Sciences in 1400. Among them, 42 elderly people were selected based on the inclusion criteria and were randomly divided into two groups of cognitive rehabilitation and compassion-based therapy and a control group. Cognitive rehabilitation and compassion-based therapy were each implemented during 8 sessions of 90 minutes for the experimental groups, and the control group did not receive any training. The research tool was the self-care behavior questionnaire. Data were analyzed using mixed variance analysis in SPSS version 26 software.

Results: The results showed that cognitive rehabilitation and compassion-based therapy were effective on spiritual self-care, social self-care, physical self-care and self-care during illness ($P<0.05$). The effect of the treatment based on cognitive rehabilitation in physical self-care was more than the group of treatment based on compassion.

Conclusions: Based on the results of the research, the educational packages of this research can be used in nursing homes and nursing homes to improve the level of self-care of the elderly.

Keywords: Self-care behaviors, Cognitive rehabilitation, Compassion-based therapy, Elderly.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

تابستان ۱۴۰۲، دوره ۹، شماره ۴

10.22034/IJRN.9.4.8

مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف

افسانه حاجی قدیرزاده[۱]، افسانه طاهری[۲*]، نرگس باباخانی[۳]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۳- استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: افسانه طاهری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
ایمیل: a2_taheri@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۳/۱۱

چکیده

مقدمه: شناخت نیازها و وضعیت سلامت سالمندان از مسائل مهم جامعه است و برای توانمندسازی و بهبود شرایط شان باید راهکارهای نوین درمانی، بازتوانی و مداخله‌های اثربخش مورد پژوهش قرار گیرد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر رفتارهای خودمراقبتی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف شهر تهران بود که به پایگاه‌های سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند و از بین آنها نمونه‌ای ۴۲ سالمند بر مبنای ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت و یک گروه کنترل جایگزین شدند. بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت هر یک طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و گروه کنترل بدون هیچ آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی (یونسی بروجنی و همکاران،۱۳۹۹) بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی معنوی، خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری مؤثر بود ($P<۰/۰۵$). تأثیر درمان مبتنی بر بازتوانی شناختی در خود مراقبتی جسمی بیشتر از گروه درمان مبتنی برشفقت بود.

نتیجه گیری: براساس نتایج حاصل از پژوهش می توان از بسته‌های آموزشی این پژوهش در آسایشگاه‌ها و سراهای سالمندان برای ارتقای سطح خود مراقبتی سالمندان بهره برد.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای خودمراقبتی، بازتوانی شناختی، درمان مبتنی بر شفقت، سالمندان.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

مقدمه

افزایش امید به زندگی و افزایش مرگ و میر متناقض هستند و پیری یک دوره حیاتی در زندگی انسان است که طی آن تغییراتی در اندام های داخلی و خارجی رخ می دهد. این تغییرات باعث سازگاری فرد با محیط می شود. در سرتاسر جهان، با افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر و نرخ تولد، جمعیت سالمندان جهان در حال افزایش است. همچنین تعداد افراد بالای ۶۰ سال نسبت به سایر گروه های سنی با سرعت بیشتری در حال رشد است. با این افزایش چشمگیر در سالمندان، بهبود سلامت و تندرستی آنها در اولویت است (۱،۲). طبق مطالعات انجام شده، جمعیت سالمندان از ۶۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۱ میلیارد و ۲۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت (۳, ۴, ۵). اختلالات شناختی به عنوان آزاردهنده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال در افراد شناخته شده است که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی آنان تاثیر منفی می‌گذارد (۶). در دوران سالمندی، تغییرات شناختی شایعتر میشود که به صورت سالمندی شناختی بهنجار، بیماری آلزایمر و اختلال شناختی خفیف خود را نشان میدهد. اختلال شناختی خفیف با کاهش شناختی عینی در یک یا چند حوزه ی شناختی مشخص می شود (۷) و این مساله باعث می‌شود که خودمراقبتی سالمندان تحت تأثیر قرار بگیرد.

خودمراقبتی شامل رفتارهایی است که افراد برای مدیریت، متعهد کردن خود و ارتقای سلامت به کار می‌برند. در واقع اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری که فرد برای حفظ حیات و تامین و ارتقای حیات و سلامت خود و خانواده اش انجام می‌دهد را خودمراقبتی گویند (۸). خودمراقبتی روندی جدید در مراقبت از سلامت است که به معنی توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع در ارتقای سطح سلامت، پیشگیری از بیماری، سالم ماندن، مقابله با بیماری و ناتوانی، با یا بدون کمک و حمایت ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت می باشد (۹). مهمترین رفتارهای خودمراقبتی ارتقا دهنده‌ی سلامت شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی است (۱۰). در زمینه‌ی ارتباط خودمراقبتی با بیماری‌های مختلف، پژوهش‌های بسیاری صورت گرفته است که همگی نشان از رابطه‌ی رفتارهای خودمراقبتی با کنترل بیماری داشته است (۱۱, ۱۲).

برای افزایش خودمراقبتی سالمندان می‌توان از مداخلات و درمان‌های روان‌شناختی استفاده کرد که در پژوهش حاضر دو درمان بازتوانی شناختی و شفقت درمانی به دلیل استفاده اندک از آنها برای ارتقا خودمراقبتی سالمندان مورد استفاده قرار گرفته است. بازتوانی شناختی، برنامه‌ای با تقویت شناختی جامع است که در آن رویکردهای آموزشی متعدد شامل تحریک شناختی، آموزش شناختی ، روانشناختی اجتماعی با هدف حفظ یا بهبود عملکردهای شناختی برای کسب حداکثر عملکرد و سازگاری جسمی، روانی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلال شناختی اتخاذ می‌شود (۱۳, ۱۴).

نتایج پژوهش های پیشین حاکی از آن است بازتوانی شناختی به صورت قابل توجهی عملکرد شناختی و فعالیت‌های زندگی روزمره بیماران مبتلا به اختلالات شناختی را بهبود می‌بخشد (۱۵, ۱۶). بازتوانی شناختی، مجموعه ای از آموزش ها و تمریناتی است که به صورت ساختاریافته و منسجم با هدف ارتقای طیف وسیعی از مهارتهای شناختی مورد استفاده قرار می گیرد (۱۷). مهمترین فرضیه در مورد ساز و کار تاثیر بازتوانی شناختی، مربوط به انعطاف‌پذیری سلول‌های عصبی است. بدین معنا که سیستم عصبی، توانایی تنظیم سازمان ساختاری خود را در پاسخ به محیط دارد و مغز توانایی بازسازی خود برای سازگاری با شرایط متغیر و یا عوامل استرس‌زای جدید را دارد که این کار به کمک آموزش و درگیر ساختن افراد با محرک‌های شناختی در طول تکالیف مرتبط با بازتوانی شناختی به انجام می‌رسد (۱۸). نتایج پژوهش‌های پرهون و همکاران (۱۹)، جین و همکاران (۲۰) نشان از اثربخشی درمان بازتوانی شناختی بر خودمراقبتی دارد.

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت دربرگیرنده‌ی رابطه شفقت‌آمیز با خود است و از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمانی فیزیولوژی-روانی و عصبی تعبیر و تفسیر شود و به عنوان یک عامل واسطه‌ای به افزایش کارکردهای شناختی سالمندان بیانجامد (۲۱). درمان مبتنی بر شفقت یکی از روش های درمانی برگرفته از موج سوم روان درمانی است که بر بهبود ویژگیهای جسمی و روانشناختی موثر است (۲۲). شفقت به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمانی است که همه چیز بد پیش می رود (۲۳). نگرش

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

مشفقانه نسبت به خود به عنوان یک راهبرد مقابله ای به افراد کمک می کند تا میان خود و دیگران پیوند صمیمی برقرار سازند و بر ترس و اضطراب خود غلبه کنند (۲۴). درمان مبتنی بر شفقت شامل مولفه های مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود (درک خود به جای انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی ها و بی کفایتی های خود)، اشتراک انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به ناقص بودن و اشتباه کردن همه ی انسان ها) و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی (آگاهی متعادل و واضح از تجارب زمان حال که باعث می شود جنبه های دردناک یک رویداد نه نادیده گرفته شوند و نه مکرر ذهن را مشغول سازند (۲۵). در نتیجه در درمان مبتنی بر شفقت از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمیشود بلکه فرد با مهربانی و درک به آنها نزدیک می شود، در نتیجه هیجان های منفی به احساسات مثبت تری تبدیل و به فرد فرصت درک دقیقتر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط را می دهد (۲۶, ۲۷). نتایج پژوهش‌های پیشین همچون خلعتبری و همکاران (۲۸)، طبیب‌زاده و همکاران (۲۹) و آوستین و همکاران (۳۰) نشان از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی دارد.

افزایش سن موجب بروز نقایص جسمانی و شناختی در سالمندان میشود و با سلامتی آنان تداخل دارد، همانطور که گفته شد یکی از این نقایص که در حال حاضر توجه زیادی از متخصصان را به خود جلب کرده اختلالات شناختی سالمندان است که از مشکلات شایع در این دوران است. از آنجا که خودمراقبتی می تواند بر فعالیتهای روزمره و حتی اختلال عملکرد روزانه در افراد مسن تاثیر بسیاری بگذارد، انجام مداخلاتی که منجر به کاهش حداقلی مشکلات سالمندی شود، ضرورت دارد. لذا در این پژوهش سوال اصلی این است که آیا اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف متفاوت است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون– پس آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف شهر تهران بود که به پایگاه‌های سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند و از بین آنها نمونه‌ای ۴۲ سالمند بر مبنای ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش بازتوانی شناختی (۱۴ نفر) و درمان مبتنی بر شفقت (۱۴ نفر) و یک گروه کنترل (۱۴ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه با مراجعه به جدول کوهن (۳۱) برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی در سطح اطمینان ۰/۹۵، حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۱ برای هر ۳ گروه ۱۴ نفر تعیین شد. ملاکهای ورود به پژوهش عبارت بودند از ۱-تشخیص ابتلا به اختلال شناختی خفیف توسط روانپزشک و همچنین کسب نمره بین ۲۱ تا ۲۵ در ارزیابی تست MMSE، ۲- سن بالای ۶۵ سال، ۳- داشتن سواد خواندن و نوشتن، ۵- شرکت نکردن در کارگاه ها و جلسات روان درمانی همزمان با اجرای پژوهش حاضر ۶- مصرف نکردن داروهای روان پزشکی در طول انجام پژوهش و ۷- نداشتن سو مصرف مواد. ملاکهای خروج از پژوهش عبارت بودند از ۱- ابتلا به صدمات و آسیب به سر در حین انجام، ۲- عدم تمایل به همکاری شرکت کنندگان در هر مرحله از پژوهش، ۳- غیبت بیش از دو هفته در جلسات درمان، ۴- انجام ندادن تمرینات و داشتن تاخیر مستمرِ بیش از ۳۰ دقیقه در طول سه جلسه، ۵- نقص در تکمیل پرسشنامه پژوهش.

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که ابتدا طرح پژوهش (پروپوزال) با توضیحات کامل و تکمیل فرم‌های الزام به کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن ارسال و پس از داوری و انجام اصلاحات، کد اخلاق دریافت گردید. پس از کسب کد اخلاق ضمن اخذ معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب https://sib.iums.ac.ir) این دانشگاه، سالمندانی که در این سامانه مبتلا به دمانس خفیف بودند، شناسایی شده و از آنها برای شرکت در پژوهش با ارائه توضیحات کاملی از اهداف پژوهش، دعوت به عمل آمد. ۵۱ سالمند تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند که از بین آنان ۴۲ سالمند ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و به صورت تصادفی و به طور مساوی در سه گروه جایگزین شدند. جلسات درمان از اول اردیبهشت ۱۴۰۱ تا پایان خرداد ۱۴۰۱ (هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) به طول انجامید. جلسات آموزش بازتوانی شناختی در پایگاه سلامت منطقه ۱۶، شفقت درمانی در منطقه ۱۰ توسط پژوهشگر که گواهی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

آموزشی باتوانی شناختی و شفقت درمانی را دارا بود، اجرا گردید. با توجه به اینکه آزمودنی ها از مناطق تحت پوشش دانشگاه تهران (۱۰ ، ۱۱ ، ۱۶ ، ۱۷ ، ۱۹ و ۲۰) و آدرس سکونتی آنها، سهولت دسترسی جغرافیایی به پایگاههای منطقه ۱۰، ۱۶ و ۱۹ آزمودنی ها بیشتر بود. گروه کنترل در منطقه ۱۹ مورد مطالعه قرار گرفت. ابتدا از هر سه گروه پیش آزمون به عمل آمد، بعد از پایان جلسات درمان، پس آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. سه ماه بعد از اجرای پس آزمون، از هر سه گروه آزمون پیگیری با هدف بررسی ماندگاری تأثیر اخذ گردید. بعد از مراحل اندازه گیری به منظور رعایت اخلاق پژوهش و حقوق شرکت کنندگان گروه کنترل برای آنها جلسات بازتوانی شناختی و شفقت درمانی نیز اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه های زیر بودند:

الف) پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی: این پرسشنامه توسط یونسی بروجنی و همکاران (۳۲) طراحی و تدوین شده است و دارای ۲۹ سوال با طیف لیکرت شش درجه ای و ۴ خرده مقیاس خودمراقبتی معنوی، خودمراقبتی اجتماعی، خودمراقبتی جسمی و خودمراقبتی در حین بیماری می باشد. در مطالعه بروجنی و همکاران (۱۳۹۹) برای بررسی سؤالات از عامل‌یابی محورهای اصلی (PAF) با چرخش واریماکس، تحلیل عاملی تأییدی (CFA)، روایی محتوایی و روایی سازه‌ای (اکتشافی، تأییدی)، ضریب آلفای کرونباخ، استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد پرسشنامه از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار است (۰/۷۹). طبق نتایج به‌دست آمده چهار عامل ذکر شده در پرسشنامه ۴۴/۶۸ درصد واریانس خودمراقبتی سالمندان را تبیین می‌کنند و هرکدام از عامل‌ها مقدار قابل توجهی از واریانس کل را تبیین می‌کنند (عامل اول ۶۵/۱۸ درصد، عامل دوم ۵۴/۱۸ درصد، عامل سوم ۶۷/۱۵ درصد و عامل چهارم ۵۶/۱۵ درصد). بر اساس نتایج حاصل از تحقیق، روایی محتوایی، صوری و روایی سازهای پرسشنامه طراحی شده در سالمندان و قابل‌قبول است. ضریب اعتبار کل پرسشنامه، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و برای چهار عامل استخراج مقدار آلفای کرونباخ، عامل نخست ۰/۸۶، دوم عامل ۰/۸۳، عامل سوم ۰/۸۷، عامل چهارم ۰/۸۱ است (۳۲).

ب) پروتکل بازتوانی شناختی

این برنامه ی آموزشی، شامل برنامه های بازتوانی شناختی متعدد است که از کتاب کار آسیب مغزی، تمرین هایی برای بازتوانی شناختی، برگرفته شده است. در این کتاب، ضمن بهره گیری از اندیشه های پیشکسوتان حوزه ی بازتوانی شناختی، به صراحت به روش های کاربردی و تمرین هایی برای بازتوانی شناختی پرداخته شده است (۳۳). تمرین هایی که برای مداخله از آنها در ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته‌ی پیاپی به صورت گروهی اجرا شد، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای تمرین های برنامه‌ی درمانی بازتوانی شناختی

جلسه	اهداف	متحوای جلسات	رفتار مورد انتظار
۱	آشنایی با اصول کلی درمان	جلسه توجیه ی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره صمیمت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش آزمون	آگاهی از جلسات درمانی و ایجاد ارتباط گروهی
۲	بهبود عملکرد حافظه	شامل به خاطر سپردن جزئیات تصاویر، به خاطر سپردن اسامی افراد از روی چهره‌ی آنها، قطعه بندی اشکال، قطعه بندی فهرست کلمات	تقویت بخاطر سپاری تصاویر در حافظه
۳	بهبود زبان و تفکر (۱)	شامل کلمات مترادف، متضاد، مرتب کردن کلمات جمله، ارتباط، کلمه‌ی صحیح، قیاس ها.	توانایی پیدا کردن ارتباط های درست
۴	بهبود زبان و تفکر (۲)	انتخاب کلمه ی ناهماهنگ، ضرب المثلها، تفکیک مقولات، تفسیر درست.	ارائه تفاسیر درست
۵	بهبود ادراک (بینایی)	شامل مطابقت اشکال (مثل آرم‌ها، علائم راهنمایی و رانندگی)، به خاطر سپردن طرح ها.	تقویت ادراک از اشکال و طرح ها
۶	بهبود عملکرد توجه	شامل کلمات نهفته، تقسیم و تغییر توجه	تقویت میزان توجه
۷	بهبود مهارت‌های اجرایی (۱)	شامل مرتب سازی ذهنی، پاسخ به سوالات، تشخیص احساسات، پنج فعالیت (تکمیل کلمات ناقص و جدول کلمات)	تقویت نظم ذهنی و هیجانی
۸	بهبود مهارت‌های اجرایی (۲)	مرتب کردن تصاویر، تمرین های باشگاه مغز جمع‌بندی، اجرای پس آزمون	تقویت مهارت های اجرایی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

ج) پروتکل درمان مبتنی بر شفقت به خود:

این شیوه درمانی با فعالیتهای پژوهشی گیلبرت (۲۱) طراحی شده است و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در ۸ هفته پیاپی به صورت گروهی اجرا شد. در جدول ۲ محتوای جلسات به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۲: محتوای جلسات برنامه ی درمان مبتنی بر شفقت به خود

جلسه	اهداف	متحوای جلسات	رفتار مورد انتظار
۱	آشنایی با اصول کلی درمان	جلسه توجیهی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره صمیمت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش آزمون تکلیف خانگی: ثبت مورد آزار عاطفی و خودانتقادی در فعالیتها و مشکلات روزانه	شناسایی و آگاهی از خود انتقادی
۲	شناخت مولفه های شفقت به خود	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجانات و احساس تنهایی و عوارض ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستمهای مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت تکلیف خانگی: ثبت مولفه خودشفقتی در فعالیتهای روزانه	شناسایی و آگاهی از مولفه های خودشفقتی
۳	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خودتخریب گرایانه تکلیف خانگی: ثبت مولفه خودشفقتی در فعالیتهای روزانه	شناسایی و آگاهی از مولفه های خودشفقتی
۴	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بیشفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورشی ذهن تکلیف خانگی: ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خودشفقتی
۵	اصلاح و گسترش شفقت	مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش، آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) تکلیف خانگی: بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت های چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد	بهبود و توسعه خودشفقتی
۶	آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش ها در تردید روزمره برای دوستان و آشنایان تکلیف خانگی: بکارگیری شفقت در فعالیت های روزانه	احساس ارزشمندی و خودشفقتی
۷	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت تکلیف خانگی: نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان	بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی
۸	ارزیابی و کاربرد	جمع بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سوال ها، ارائه راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در تردیدهای روزمره، اجرای پس آزمون تکلیف خانگی: ثبت و یادداشت خودشفقتی در مسائل روزانه	پرورش و رشد خودشفقتی

داده های بدست آمده از گروه ها در دو سطح آماری تحلیل شد. ابتدا در امار توصیفی میانگین و انحراف معیار داده¬ها آورده شد و در سطح آمار استنباطی از ازمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. گفتنی است قبل از استفاده از ازمون تحلیل واریانس مختلط، پیش فرض های استفاده از ان با استفاده از آزمون موخلی Mauchly›s Test of Sphericity ، شاپیرو-ویلک Shapiro-Wilk و آزمون لوین Levene›s Test for Equality of Variances مورد بررسی قرار گرفت.

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. فرم کلی رضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان پر شد که نزد محقق محفوظ می باشد و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، کد اخلاق با شماره مرجع IR.REC.1401.007 تصویب شد. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان به منظور توزیع پرسشنامه و اجرای آموزش‌های مربوطه، رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی نام بودن مقیاس ها و ناشناس ماندن آزمودنی ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن ها مورد توجه قرار گرفته است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

یافته‌ها

جدول ۳: متغیرهای جمعیت شناختی سالمندان مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیر جمعیتی		گروه		
		کنترل	بازتوانی شناختی	مبتنی بر شفقت
		فراوانی (٪)	فراوانی (٪)	فراوانی (٪)
سن	۶۵ –۷۵ سال	۶ (۴۲/۸۶)	۶ (۴۲/۸۶)	۶ (۴۲/۸۶)
	بالاتر از ۷۵ سال	۸(۵۴/۱۴)	۸(۵۴/۱۴)	۸(۵۴/۱۴)
جنسیت	زن	۷(۵۰)	۸(۵۴/۱۴)	۸(۵۴/۱۴)
	مرد	۷(۵۰)	۶ (۴۲/۸۶)	۶ (۴۲/۸۶)
ابتلا به بیماری جسمی	متاهل	۴(۲۸/۵۷)	۲(۱۴/۲۸)	۵(۳۱/۲۱)
	مطلقه / فوت شده	۱۰(۷۱/۴۳)	۱۲(۸۵/۷۲)	۹(۶۴/۲۹)
	بله	۱۲(۸۵/۷۲)	۱۰(۷۱/۴۳)	۱۲(۸۵/۷۲)
	خیر	۲(۱۴/۲۸)	۴(۲۸/۵۷)	۲(۱۴/۲۸)

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است، دامنه سنی در گروه‌های مورد مطالعه برابر است. فراوانی جنسیت در گروه کنترل برابر است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار خود مراقبتی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمراقبتی معنوی	بازتوانی شناختی	۱۸/۵۷	۴/۶۰	۲۷/۸۶	۵/۰۵	۲۶/۷۱	۵/۲۴
	درمان مبتنی بر شفقت	۸/۲۰	۵/۹۱	۱۴/۲۵	۳/۹۰	۵۷/۲۴	۴/۸۰
	کنترل	۷۱/۱۹	۵/۲۰	۲۹/۱۹	۷/۶۷	۱۴/۲۱	۷/۷۹
خود مراقبتی اجتماعی	بازتوانی شناختی	۲۹/۲۱	۴/۶۱	۲۹/۲۵	۳/۹۷	۲۹/۲۵	۴/۴۱
	درمان مبتنی بر شفقت	۴۳/۲۲	۳/۷۸	۵۷/۲۵	۳/۶۹	۵۷/۲۵	۴/۶۵
	کنترل	۸۶/۲۰	۳/۸۲	۸۶/۱۹	۵/۲۳	۸۶/۲۰	۵/۱۹
خود مراقبتی جسمانی	بازتوانی شناختی	۲۹/۱۹	۴/۴۱	۲۹/۲۷	۴/۵۵	۸۶/۲۶	۳/۴۸
	درمان مبتنی بر شفقت	۸۶/۱۵	۲/۹۸	۱۴/۲۴	۳/۵۵	۱۴/۲۵	۲/۹۱
	کنترل	۸۶/۱۶	۲/۶۸	۷۱/۱۴	۴/۶۱	۴۳/۱۶	۵/۳۰
خودمراقبتی در حین بیماری	بازتوانی شناختی	۲۳	۵/۴۲	۸۶/۲۷	۳/۶۳	۷۱/۲۷	۳/۲۲
	درمان مبتنی بر شفقت	۱۴/۲۰	۲/۸۸	۵۷/۲۵	۳/۶۹	۱۴/۲۷	۳/۵۷
	کنترل	۱۴/۲۱	۴/۲۰	۸۶/۱۹	۶/۲۵	۷۱/۲۱	۷/۶۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشخص است میانگین متغیرهای خودمراقبتی معنوی، خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری در مراحل اندازه گیری در بین گروه‌های کنترل و آزمایش متفاوت است.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

جدول ۵: نتایج آزمون نرمال بودن، همگنی واریانس ها، کرویت موخلی در متغیر خودمراقبتی

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیزنف		همگنی واریانس ها		W	P	گرین هاوس گیسر
		Z	P	F	P			
خودمراقبتی معنوی	بازتوانی شناختی	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۹۶	۰/۳۹	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
	درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۸	۰/۲۰					
	کنترل	۰/۱۷	۰/۲۰					
خود مراقبتی اجتماعی	بازتوانی شناختی	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۵۴	۰/۵۸	۰/۸۸	۰/۰۹۷	۰/۹۰
	درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۸	۰/۲۰					
	کنترل	۰/۱۳	۰/۲۰					
خود مراقبتی جسمانی	بازتوانی شناختی	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۹۶	۰/۳۹	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲
	درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۹	۰/۰۵۷					
	کنترل	۰/۲۰	۰/۲۲					
خودمراقبتی در حین بیماری	بازتوانی شناختی	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۶۳	۰/۵۳	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
	درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۷	۰/۲۰					
	کنترل	۰/۲۰	۰/۱۱					

در جدول ۵ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک معنادار نیست، بنابر این شرط توزیع طبیعی نمره ها برقرار است. نتایج آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس های خطا در دو گروه است و نتایج آزمون موخلی نشان می دهد که شرط تساوی ماتریس های واریانس/کواریانس و مفروضه کرویت در متغیرهای خودمراقبتی معنوی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری بر قرار نیست، بنابر این از تصحیح گرین هاوس– گیسر Greenhouse-Geisser برای این متغیرها استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثر درون آزمودنی ها و بین گروهی) در متغیرخود مراقبتی

متغیر		منبع	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا (η^2)	توان آزمون
خودمراقبتی معنوی	درون گروهی	زمان	۵۴۳/۳۰۲	۱/۳۳۶	۴۰۶/۷۸۸	۲۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	۰/۹۹۹
		تعامل زمان× گروه	۳۵۲/۶۹۸	۲/۶۷۱	۱۳۲/۰۳۸	۶/۵۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲	۰/۹۴۷
		خطا	۱۰۴۵/۳۳۳	۵۲/۰۸۸	۲۰/۰۶۹				
	بین گروهی	گروه	۴۴۲/۳۴۹	۲	۲۲۱/۱۷۵	۳/۱۰۸	۰/۰۵۶	۰/۱۳۷	۰/۵۶۵
		خطا	۲۷۷۴/۹۵۲	۳۹	۷۱/۱۵۳				
خود مراقبتی اجتماعی	درون گروهی	زمان	۱۳۹/۶۱۹	۲	۶۹/۸۱	۸/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷۱	۰/۹۵
		تعامل زمان× گروه	۱۱۱/۲۳۸	۴	۲۷/۸۱	۳/۲۰۳	۰/۰۱۷	۰/۱۴۱	۰/۸۰۵
		خطا	۶۷۷/۱۴۳	۷۸	۸/۶۸۱				
	بین گروهی	گروه	۳۹۳/۱۴۳	۲	۱۹۶/۵۷۱	۴/۸۰۱	۰/۰۱۴	۰/۱۹۸	۰/۷۶۵
		خطا	۱۵۹۶/۸۵۷	۳۹	۴۰/۹۴۵				
خود مراقبتی جسمانی	درون گروهی	زمان	۷۳۹/۱۱۱	۱/۴۴۸	۵۱۰/۳۷۹	۳۸/۸۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹	۱
		تعامل زمان× گروه	۵۹۱/۳۶۵	۲/۸۹۶	۲۰۴/۱۷۸	۱۵/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۱
		خطا	۷۴۱/۵۲۴	۵۶/۴۷۸	۱۳/۱۲۹				
	بین گروهی	گروه	۱۵۶۹/۷۷۸	۲	۷۸۴/۸۸۹	۲۹/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۴	۱
		خطا	۱۰۲۷/۰۴۸	۳۹	۲۶/۳۳۵				

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

خودمراقبتی در حین بیماری	درون گروهی	زمان	۳۷۷/۵۸۷	۱/۳۱۸	۲۸۶/۳۹۴	۲۱/۵۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۶	۰/۹۹۹
		تعامل زمان× گروه	۲۳۹/۳۶۵	۲/۶۳۷	۹۰/۷۷۷	۶/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵۹	۰/۹۵۲
		خطا	۶۸۴/۳۸۱	۵۱/۴۱۸	۱۳/۳۱				
	بین گروهی	گروه	۶۰۱/۹۶۸	۲	۳۰۰/۹۸۴	۶/۰۴	۰/۰۰۵	۰/۲۳۷	۰/۸۵۸
		خطا	۱۹۴۳/۳۳۳	۳۹	۴۹/۸۲۹				

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که اثر درون گروهی نمره خودمراقبتی معنوی، خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است. نتایج اثرات بین گروهی نشان می‌دهد بین شرکت کننده های گروه های آزمایش و کنترل در خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵)

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بنفرنی برای مقایسه جفتی میانگین خودمراقبتی در مراحل سه گانه در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پس آزمون			پیگیری		
		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
خود مراقبتی اجتماعی	بازتوانی شناختی- درمان مبتنی بر شفقت	-۰/۲۸۵	۱/۶۴	۱	-۰/۲۸۵	۱/۷۹	۱
	بازتوانی شناختی – کنترل	۵/۴۲	۱/۶۴	۰/۰۰۶	۴/۴۲	۱/۷۹	۰/۰۵۵
	درمان مبتنی بر شفقت – کنترل	۵/۷۱	۱/۶۴	۰/۰۰۴	۴/۷۱	۱/۷۹	۰/۰۳۷
خود مراقبتی جسمانی	بازتوانی شناختی- درمان مبتنی بر شفقت	۳/۱۴	۱/۶۱	۰/۱۷	۱/۷۱	۱/۴۷	۰/۰۰۰۱
	بازتوانی شناختی – کنترل	۱۲/۵۷	۱/۶۱	۰/۰۰۰۱	۱۰/۴۲	۱/۴۷	۰/۷۶
	درمان مبتنی بر شفقت – کنترل	۹/۴۲	۱/۶۱	۰/۰۰۰۱	۸/۷۱	۱/۴۷	۰/۰۰۰۱
خودمراقبتی در حین بیماری	بازتوانی شناختی- درمان مبتنی بر شفقت	۲/۲۸	۱/۷۷	۰/۶۱	۰/۵۷	۱/۹۶	۱
	بازتوانی شناختی – کنترل	۸	۱/۷۷	۰/۰۰۰۱	۶	۱/۹۶	۰/۰۱۲
	درمان مبتنی بر شفقت – کنترل	۵/۷۱	۱/۷۷	۰/۰۰۸	۵/۴۲	۱/۹۶	۰/۰۲۶

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که در مرحله پس آزمون خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری در گروه های بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معناداری وجود ندارد (p>۰/۰۵)، اما بین این دو گروه و گروه کنترل در متغیرهای مذکور وجود دارد (P<۰/۰۵). در مرحله پیگیری خود مراقبتی اجتماعی و خودمراقبتی در حین بیماری در گروه های بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معناداری وجود ندارد (p> ۰/۰۵)، اما در خود مراقبتی جسمانی بین گروه های بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵) و این تفاوت به نفع گروه بازتوانی شناختی است.

بحث

پژوهش حاضر با عنوان «مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف» در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نتایج داده‌ها نشان داد که بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی معنوی، خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری مؤثر بود (P<۰/۰۵). تأثیر درمان مبتنی بر بازتوانی شناختی در خود مراقبتی جسمی بیشتر از گروه درمان مبتنی برشفقت بود. نتایج پژوهش‌های پیشین نتایج پژوهش‌های پرهون و همکاران (۱۹)، جین و همکاران (۲۰) نشان از اثربخشی درمان بازتوانی شناختی بر خودمراقبتی دارد.که با نتایج حاصل از این پژوهش همسو است. در تبیین این یافته که بازتوانی شناختی موجب بهبود رفتارهای خودمراقبی سالمندان شده است می‌توان اظهار داشت که بر طبق اصل نروپلاستیسیتی عصبی (انعطاف پذیری عصبی) احتمالاً تمرینات بازتوانی شناختی منجر به تغییر در یکپارچگی ماده خاکستری و سفید مغز سالمندان دارای اختلال شناختی خفیف و به تبع آن افزایش عملکرد شبکه‌های مغزی که

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

زمینه‌ساز پردازش‌های شناختی از جمله توجه و سرعت پردازش هستند شده است (۱۹) و در وضعیت شناختی فرد بهبود ایجاد می‌کند. بهبود وضعیت شناختی موجب می‌شود تا سالمندان بر وضعیت خود کنترل بیشتر و درک جدیدی از علت رویدادها داشته باشند که در نهایت منجر به خودافزایی و ترمیم عزت‌نفس در آنان شده و به تبع آن با رعایت رژیم خوراکی مناسب، ورزش، تبعیت از دستورات پزشکان و سرپرستان، دوری از استرس و پیگیری برنامه‌های درمانی و غیردرمانی ، رفتارهای خودمراقبتی آنها نیز بهبود می‌یابد (۳۴).

زمانی که افراد دچار نارسایی توجه می‌شوند معمولا نارسایی در حافظه کاری را نیز تجربه می‌کنند یعنی در تمرکز برای انجام کارها دچار مشکل می‌شوند، عموما فراموش می‌کنند که چه کاری می‌خواستند انجام دهند بخصوص در مورد سالمندان دارای اختلال شناختی خفیف، مشکل به این صورت نمایان می‌شود که در به خاطر آوردن آنچه باید انجام دهند دچار مشکل می‌شوند و یا قادر به برنامه‌ریزی برای انجام یک عمل به صورت مناسب نیستند و نمی‌توانند راهبردهای حل مسئله‌ی مناسبی برای اتمام کارها به کار گیرند. در نتیجه می‌توان گفت که پاسخ‌دهی بهتر و افزایش ارتباطات سیناپسی و ارتباطات کارکردی در مغز این افراد منجر به ارتقای توجه و حافظه‌ی کاری و در نتیجه‌ی آن رفتار برنامه‌ریزی شده و مهارت‌های حل مسئله‌ی کافی می شود. سپس به دنبال آن، باورها، احساس و ادراک فرد از سالمندی و مسائل مرتبط با آن تغییر یافته و برای مقابله با آن، رفتار معطوف به هدف و برنامه‌ریزی شده ، انجام می‌دهد و در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی نیز در او بهبود می‌یابد.

نتایج پژوهش‌های پیشین همچون خلعتبری و همکاران (۲۸)، طبیب‌زاده و همکاران (۲۹) و آوستین و همکاران (۳۰) نشان از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی دارد ،که با نتایج حاصل از این پژوهش همسوست.

در تبیین این یافته می توان گفت درمان مبتنی بر شفقت از دیدگاه گیلبرت (۲۱) بر پایه‌ی دو فرایند اصلی قرار دارد: ۱) اشاره به تمامی فرایندهای تجربی دارد که مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات بوده و افزایش مهرورزی و مهربانی با خود و دیگران را در بر می‌گیرد، ۲) اشاره به فرایندهای رفتاری این مدل دارد که شامل مواردی همچون شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان می‌شود (۲۹).

درمان مبتنی بر شفقت موجب می‌شود که سالمندان بتوانند با بکارگیری تجربیاتشان، فعالیت‌هایی مثل یادگیری و یا رفتارهایی جایگزین و سازگارانه‌تر ایجاد کنند. همچنین این روش با برخورداری از منابع مقابله‌ای مناسب به سالمندان کمک می‌کند تا رویدادهای منفی زندگیشان به خوبی مواجه شده و با آن مقابله نمایند. در این درمان، افراد می‌آموزند که نسبت به خود مهربان باشند، با دیگران احساس مشترکی داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هوشیار باشند و بدون قضاوت با مشکلات و مسائل روبرو شوند و با بالا بردن کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود، بتوانند برای رفع مشکلات خود احساس کمک کنند لذا این روش درمانی با افزایش مولفه‌های مثبت روانشناختی در فرد مثل نوع‌دوستی، شادی، مهربانی با خود و افزایش توجه به خود باعث ارتقا یافتن رفتارهای خودمراقبتی در آنان می‌شود (۳۵).

در طی درمان مبتنی بر شفقت، افراد تمایل بیشتری برای پذیرش مسئولیت و نقش خود در وقایع منفی کسب می‌کنند و به علت افزایش شفقت به خود هنگام تجارب ناخوشایند، این مهم را مدنظر قرار می‌دهند که انسان‌ها ممکن است خطا کنند و مرتکب تصمیمات اشتباه شوند (بعد اشتراک انسانی) در نتیجه کمتر خود را سرزنش کرده و بیشتر به دلیل تکنیک‌هایی که منجر به آگاهی و شناخت از خود و افکار و احساسات می‌شود، مسئولیت و انجام کار را در پیش گیرند و اینگونه رفتارهای خودمراقبتی در آنان افزایش یابد. زمانی که ذهنیت فرد به خود بهبود می‌یابد، سختگیری‌ها کمتر شده و به تبع آن بیش از گذشته انگیزه‌ی انجام کارهایی که در جهت راحت‌تر شدن، شرایط زندگی است به وجود می‌آید (۲۸).

همچنین در این درمان سالمندان می‌آموزند که بسیاری از چالش‌ها و مشکلاتی که افراد در زندگی با آن مواجه می‌شوند توسط آنها انتخاب، طراحی و ایجاد نگردیده است و در واقع آنها تقصیری در آن ندارند در نتیجه در مواجهه با مشکلات و چالش‌ها نیابد احساس بی‌ارزشی، بی‌فایدگی، خوب نبودن یا شرم داشته باشند و خود یا دیگری را سرزنش کنند. این مشکلات و چالش‌ها به وجود آورنده‌ی معنای انسان بودن در این روز و روزگار است. بسیاری از تجارب دردناک درونی و جنبه‌های این تجارب، تقصیر انسان نیست و در آن دخیل نبوده است اما در عین حال مسئولیت تلاش

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

مستقیم و فعالانه برای بهبود زندگی با خود فرد است و نباید این مفاهیم از علیت و مسئولیت افراد در تلاش برای بهبود زندگی بکاهد بلکه فرد باید بدون احساس شرم با چالش‌های پیش‌آمده مدارا کرده و شیوه‌ی مقابله‌ی موثر و مثبتی را برای رویارویی با آن انتخاب کند. در واقع درک جدیدی از مسائل و مشکلات زندگی در بیمار شکل می‌گیرد که موجب پذیرش درد و رنج به عنوان جزئی جداناپذیر از زندگی می‌شود. همچنین تغییر جهان‌بینی در آنها موجب می‌شود تا شرایط خود را به صورت فعال و ذهن‌آگاهانه بپذیرند و در نتیجه‌ی آن به رعایت رژیم غذایی مناسب، ورزش، تبعیت از دستورات پزشک و پیگیری برنامه‌های درمانی و غیردرمانی بپردازند و با تکنیک‌های آرام‌سازی و تمرین تنفس رفتارهای خودمراقبتی را در خود بهبود داده و در روند زندگی خود نقشی فعال و پررنگ داشته باشند (۲۱). به نظر می‌رسد تکنیک‌های تصویرسازی مشفقانه و نوشتن نامه‌ی مشفقانه به خود در این درمان توانسته است توجه به خود و در نتیجه رفتار خودمراقبتی را در سالمندان ارتقا داده و از این طریق بر افزایش رفتارهای خود مراقبتی اثربخش باشد. بعد از انجام این دو تکنیک و همچنین بعد از انجام تکالیف خانگی دو تکنیک فوق بیشتر از سایر تکنیک ها، توان مشارکت آزمودنی ها در اجرای برنامه ها، تمایل به اجرای اقداماتی که علائم ناتوان کننده را کاهش دهند و کنترل بیشتر بر زندگی روزانه داشته باشند، افزایش شده و احساس آسودگی و آرامش بیشتری داشتند همچنین علاوه بر افزایش توجه به رنج خود توانایی همکاری و توجه به دیگر اعضاء نیز ارتقاء یافت که در راستای دستیابی به پارامترهای خودمراقبتی می باشد.

پژوهش حاضر بر روی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف شهر تهران انجام گرفته است، لذا تعمیم نتایج به سایر فرهنگ ها و شهرها، و سالمندان مبتلا به اختلال شناختی شدید با محدودیت مواجه است.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی معنوی، خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمانی و خودمراقبتی در حین بیماری سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف مورد تأیید قرار گرفت، استفاده از این روش‌ها برای تقویت خود مراقبتی سالمندان به روان‌شناسان بالینی و مشاوران بازتوانی توصیه می‌شود. در جهت اطمینان نسبت به نتایج حاصل از این پژوهش، انجام پژوهش های گسترده تر در جوامع بزرگتر پیشنهاد می شود تا امکان مقایسه بین زنان و مردان نیز فراهم آید.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان و همچنین اساتید محترم که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند، تشکر می شود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی در انتشار این مطالعه ندارند.

References

1. Agapoff IV JR, Maixner S, Takeshita J, Nikogosyan G, Kirwin P. A Survey of Geriatric Psychiatry Fellows and Program Directors: Specialty Choice, Program Choice, and Program Quality. Academic Psychiatry. 2022;46(4):455-9. https://doi.org/10.1007/s40596-022-01611-6
2. Masuda C, Aggarwal L, Bray ML, Cheung CK, Kim BJ, Wen A, et al. Preventive Care and Outcomes of Interprofessional Medicare Annual Wellness Visits for Older Adults. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(24):16752. 10.3390/ijerph192416752
3. Aapola U, Nättinen J, Suurkuukka I, Tuomilehto J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Saramies J, et al. Ocular surface health of the Finnish elderly population. Acta Ophthalmologica. 2022;100(8):894-902.
4. Bégaud B, de Germay S, Noize P. Drugs and the elderly: a complex interaction. Therapies. 2023.
5. Salari N, Darvishi N, Ahmadipanah M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2022;17(1):334. https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1
6. Podda J, Tacchino A, Pedullà L, Monti Bragadin M, Battaglia MA, Brichetto G. Focus on neglected features of cognitive rehabilitation in MS: Setting and mode of the treatment. Multiple Sclerosis Journal. 2022;28(7):1009-19.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

10.1177/1352458520966300
7. Kim J-H, Han J-Y, Park G-C, Lee J-S. Cognitive improvement effects of electroacupuncture combined with computer-based cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. Brain sciences. 2020;10(12):984.
8. Moses M, Olenik NL. Perceived impact of caregiver's participation in diabetes education classes on implementation of self-care behaviors. Journal of the American Pharmacists Association. 2019;59(4):S47-S51. e1. 10.1016/j.japh.2019.05.014 pmid: 31279837
9. Trinh OTH, Oh J, Choi S, To KG, Do DV. Changes and socioeconomic factors associated with attitudes towards domestic violence among Vietnamese women aged 15–49: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2006–2011. Global Health Action. 2016;9(1):29577. 10.3402/gha.v9.29577
10. Bamonti PM, Keelan CM, Larson N, Mentrikoski JM, Randall CL, Sly SK, et al. Promoting ethical behavior by cultivating a culture of self-care during graduate training: A call to action. Training and Education in Professional Psychology. 2014;8(4):253.
11. Pacheco JAC, Escobar BA. Self-care of the elderly with cancer in the community. Journal of Medical Research and Health Sciences. 2023;6(1):2380-2. https://doi.org/10.52845/JMRHS/2023-6-1-1
12. Sartika I, Mustikasari M, Azzam R. The Relationship of Self Efficacy and Family Support with Self Care in Elderly Age Diabetes Mellitus Type II. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. 2023;16(1):89-98. https://doi.org/10.23917/bik.v16i1.1161
13. Kurz A, Pohl C, Ramsenthaler M, Sorg C. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences. 2009;24(2):163-8. https://doi.org/10.1002/gps.2086
14. Sohlberg MM, Turkstra LS. Optimizing cognitive rehabilitation: Effective instructional methods: Guilford Press; 2011.
15. Mingming Y, Bolun Z, Zhijian L, Yingli W, Lanshu Z. Effectiveness of computer-based training on post-stroke cognitive rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. Neuropsychological Rehabilitation. 2022;32(3):481-97. https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1831555
16. Nie P, Liu F, Lin S, Guo J, Chen X, Chen S, et al. The effects of computer-assisted cognitive rehabilitation on cognitive impairment after stroke: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing. 2022;31(9-10):1136-48. https://doi.org/10.1111/jocn.16030
17. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2011;92(4):519-30.
18. Kiper P, Richard M, Stefanutti F, Pierson-Poinsignon R, Cacciante L, Perin C, et al. Combined Motor and Cognitive Rehabilitation: The Impact on Motor Performance in Patients with Mild Cognitive Impairment. Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Personalized Medicine. 2022;12(2):276. https://doi.org/10.3390/jpm12020276
19. Parhoon H, Moradi A, Hasanabadi H, E. AM. Effectiveness of cognitive rehabilitation on Executive Function and Self care Behavior in patients with Brest Cancer. 2019;6(3):365-78. 10.52547/rbs.16.3.365
20. Jeon Y-H, Milne N, Kaizik C, Resnick B. Improving functional independence: Dementia rehabilitation programs. Dementia rehabilitation. 2021:227-61.
21. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1):6-41.
22. Grodin J, Clark JL, Kolts R, Lovejoy TI. Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019. 10.1016/j.jcbs.2019.06.004
23. Baker DA, Caswell HL, Eccles FJ. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2019;90:154-61. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.025
24. Ehret AM, Joormann J, Berking M. Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. Journal of affective disorders. 2018;226:220-6. 10.1016/j.jad.2017.10.006 pmid: 28992586

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]

25. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. Behavior Therapy. 2017;48(2):207-21. 10.1016/j.beth.2016.11.012 pmid: 28270331
26. Bell T, Montague J, Elander J, Gilbert P. "A definite feel-it moment": Embodiment, externalisation and emotion during chair-work in compassion-focused therapy. Counselling and Psychotherapy Research. 2020;20(1):143-53. https://doi.org/10.1002/capr.12248
27. Krieger T, Berger T, grosse Holtforth M. The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. Journal of affective disorders. 2016;202:39-45. 10.1016/j.beth.2018.08.003 pmid: 30824257
28. Khalatbari A, Ghorbanshiroudi S, Zarbakhsh MR, Tizdast T. Comparison of the Effectiveness of Compassion-based Therapy and Acceptance-based Therapy and Commitment to Self-care Behavior and Glycosylated Hemoglobin in Patients With Type 2 Diabetes. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2020;29(3):34-49.
29. Tabibzadeh F, Soleimani E, Shiroudi S. The effectiveness of compassion-focused therapy on cancer fatigue and self-care behaviors of cancer patients. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2021;9(12):75-84. https://frooyesh.ir/article-1-2388-en.html
30. Austin J, Drossaert C. C, Sanderman, R, Schroevers, M. J, and Bohlmeijer, ET (2021) Experiences of Self-Criticism and Self-Compassion in People Diagnosed With Cancer: A Multimethod Qualitative Study. Front Psychology.12:737725. 10.3389/fpsyg.2021.737725
31. Cohen J. edition 2. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale. L. Erlbaum Associates; 1988. doi.org/10.4324/9780203771587
32. Younesi Boroujeni J, Jadidi M, Ahmadrad F. Development and Standardization of the Tehran City Aging's Self-Care Scale. Journal of Applied Psychological Research. 2020;11(1):185-208. 10.22059/JAPR.2020.280957.643266
33. Powell T. The brain injury workbook: Exercises for cognitive rehabilitation: Routledge; 2017.
34. Ogden J. Health psychology. Health studies: An introduction: Springer; 2022. p. 157-200. https://doi.org/10.1007/978-981-16-2149-9_6
35. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self-care behaviors and blood sugar in diabetes patients. IJRN. 2020;6(3):42-9.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.4.8]