



Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Schema Therapy with Emotion Efficacy Therapy (EET) on Compassion Satisfaction and Sense of Competence in Caregiving Patients with Dementia

Nahid Ramezani¹, Inaz Sajjadian^{2*}, Gholam Reza Manshaee³, Majid Barekatin⁴

1- PhD Student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

4- Professor of psychiatry, Department of Psychiatry, School of medicine, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Inaz Sajjadian, Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Received: 23 Feb 2023

Accepted: 10 June 2023

Abstract

Introduction: Caring for the patient is not always associated with negative symptoms, but the positive experiences and feelings of the caregivers due to the ability to help others can encourage them to continue care despite its negative consequences. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness and schema therapy with emotion efficacy therapy on compassion satisfaction and sense of competence in caregivers of patients with dementia.

Methods: The research was quasi-experimental with a pre-test, post-test, follow-up, and control group. The statistical population included the caregivers of patients with dementia who were referred to neurology clinics in Isfahan in the summer of 2022. In so doing, 45 caregivers were selected by purposive sampling and randomly assigned into two experimental groups and a control group, each comprising 15 caregivers. The experimental groups underwent eight 90-minute sessions of mindfulness and schema therapy and emotion efficacy therapy, and the control group did not receive therapy during this period. The data were collected by Stamm's Professional Quality of Life Scale and Vernooij-Dassen's Sense of Competence Questionnaire and were analyzed by repeated measures analysis of variance and Bonferroni posthoc test using SPSS23.

Results: Findings showed that both interventions increased compassion satisfaction and sense of competence in caregivers of patients with dementia, and the effects of both treatments continued into the follow-up phase ($p < 0.05$). However, no significant difference was found between the two experimental groups ($p > 0.05$).

Conclusions: As the findings revealed, mindfulness and schema therapy and emotion efficacy therapy can be used to enhance compassion satisfaction and the sense of competence of caregivers of patients with dementia.

Keywords: Sense of competence, Dementia, Schema therapy, Emotion Efficacy, Caregivers.



مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی با درمان کارآمدی هیجانی بر رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس

ناهید رضانی^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}، غلامرضا منشی^۳، مجید برکتین^۴

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۴- استاد، گروه روان‌پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، دانشیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: i.sajadian@khuif.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۴

چکیده

مقدمه: مراقبت از بیمار همیشه با علائم منفی همراه نیست، بلکه تجارب و احساسات مثبت مراقبان به دلیل توانایی کم‌کسانی به دیگران بعد از ارائه خدمت به دیگران می‌تواند مراقب را به ادامه مراقبت با وجود پیامدهای منفی‌اش تشویق کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی با درمان کارآمدی هیجانی بر رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس انجام شد.

روش کار: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مراقبین بیماران مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به کلینک‌های مغز و اعصاب شهر اصفهان در تابستان ۱۴۰۱ بودند. تعداد ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب و از طریق گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره و درمان کارآمدی هیجانی قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی استام و احساس شایستگی ورنویچ‌داسن جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله موجب افزایش رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران دمانس گردید و اثرات هر دو درمان در مرحله پیگیری نیز باقی ماند ($p < 0/05$)؛ اما بین اثربخشی دو روش درمانی در این زمینه تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی و درمان کارآمدی هیجانی جهت بهبود رضایت از شفقت و احساس شایستگی مراقبین بیماران دمانس بهره گرفت. **کلیدواژه‌ها:** احساس شایستگی، دمانس، طرح‌واره درمانی، کارآمدی هیجانی، مراقبین.

توسط مراقبان به‌طور هم‌زمان تجربه شوند [۲]. برخلاف خستگی از شفقت، مراقبین قادر به کسب میزان زیادی از عواطف مثبت می‌شوند که می‌تواند باعث رضایت از شفقت به بیماران شود [۱۹]. نگرانی‌های همدلانه با ابعاد کیفیت زندگی در مراقبین، از یکسو می‌تواند فرد را به خستگی از شفقت سوق دهد و از سوی دیگر می‌تواند موجب تسهیل مراقبت از بیمار شود [۲۰]. یکی از عوامل مؤثر در بعد رضایت از شفقت در مراقبین، برقراری رابطه توأم با همدلی به معنای توانایی ورود به دنیای احساس طرف مقابل با لطافت و سنجیدگی بدون هیچ قضاوت است [۲۱].

در کنار جنبه‌های منفی مراقبت، جنبه‌های مثبتی نظیر شایستگی و خودکارآمدی نیز وجود دارد که می‌تواند اثرات منفی را تضعیف کند [۲۲]؛ بنابراین، یکی از اهداف بالقوه برای مداخلات بهبود کیفیت مراقبت، احساس شایستگی است که مراقبین دمانس در انجام وظایف کاری خود دارند [۲۳]. تعریف و منشأ نظری احساس شایستگی ریشه در نظریه‌های یادگیری شناختی-اجتماعی دارد. اعتقاد به توانایی فرد در مراقبت از افراد مبتلا به دمانس و مسئولیت‌پذیری در طیف وسیعی از نقش‌های خاص، ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای از جمله ثابت‌ترین عوامل تعیین‌کننده بار مراقبت و سلامت روان هستند [۲۴]. احساس شایستگی یا برخورداری از خودکارآمدی بالاتر، بار مراقبت را کاهش داده و سلامت روانی مراقب را ارتقا می‌بخشد [۲۵]. تقویت شایستگی مراقبان ممکن است کیفیت مراقبت که غالباً توسط بستگان بیمار انجام می‌شود را بهبود بخشد [۲۶]. به طور کلی شرایط مراقبت پیچیده و احساسات مراقبین منفی است، اما مراقبان به علت احساس مفید و مهم بودن و یا داشتن احساس شایستگی از وضعیت مراقبت، دارای احساس رضایت یا خودکارآمدی شخصی هستند [۲۷].

مروری بر پژوهش‌ها، نشان داده تاکنون طیفی از درمان‌ها نظیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۲۸]، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد/اکت [۲۹]، رفتاردرمانی دیالکتیکی [۳۰]، طرح‌واره درمانی [۳۱] برای مراقبین افراد مبتلا به دمانس استفاده شده‌است. درمان ترکیبی ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی مداخله‌ای است که از ترکیب مبانی، اصول و راهبردهای ذهن‌آگاهی [۳۲] و طرح‌واره درمانی [۳۱] تشکیل شده است. هدف این درمان کمک به کسب آگاهی از کارکرد طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها و یادگیری تشخیص فرآیندهایی است که به پاسخ‌های خودکار شکل می‌دهند [۳۱]. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی حمایت تجربی

با توجه به افزایش جمعیت سالخورده در سراسر جهان [۱]، خطر ایجاد محدودیت‌های چالش‌برانگیز از جمله شرایط پزشکی مزمن، سلامت جسمی و روانی مهارشده، افزایش وابستگی به دیگران و نیاز بیشتر به سلامتی افزایش می‌یابد [۲]. تعداد افراد مسن مبتلا به دمانس و هزینه مراقبت از آنها که در حال حاضر قابل توجه است، رو به افزایش است [۳]. در سطح جهانی، دمانس یکی از علل اصلی ناتوانی و وابستگی در میان افراد مسن است که چالش فوری و مهم بهداشت عمومی را به همراه دارد و منجر به بار اقتصادی عظیمی می‌شود [۴]. پیشبینی می‌شود که این تعداد تا سال ۲۰۶۰ سه برابر و به حدود ۱۴ میلیون برسد [۵]. بر اساس آمار جهانی تعداد مبتلایان به دمانس در ایران حدود ۵۰۰ هزار نفر باشد [۶] و میزان شیوع کلی دمانس در جمعیت عمومی و جمعیت بالای ۶۰ سال به ترتیب ۴۹/۶ و ۵۰/۸ در صدهزار نفر است [۷]. بیماران دمانس به دلیل تغییرات رفتاری و اختلال در فعالیت‌های روزمره برای ادامه زندگی نیازمند مراقبت توسط فرد دیگری هستند [۸]. مراقب نقش عمده‌ای در ارائه‌ی حمایت‌ها و مراقبت‌ها برای خویشاوندان مبتلا به دمانس ایفا می‌کند [۹]. بسیاری از مراقبان خانواده، به ویژه مراقبین دمانس، مشکلات شخصی و اجتماعی قابل توجهی را در ارتباط با مراقبت گزارش می‌دهند [۱۰، ۱۱]. به واسطه‌ی زندگی بسیاری از مبتلایان در خانه [۱۲]، مراقبت از آنها طاقت‌فرسا بوده و جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامت و اشتغال مراقبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به نحوی که آن‌ها در ایفای نقش‌های شخصی خود دچار محدودیت و مشکل می‌شوند [۱۳، ۱۴]. مراقبین نیازمند توجه ویژه برای یاری هر چه بیشتر در راستای غلبه بر مشکلات مختلف روان‌شناختی خود هستند [۱۵].

افزایش تعداد مبتلایان به دمانس موجب نتایج منفی مراقبت و از جمله استرس بیشتر برای مراقبین گردیده‌است [۱۶]. با این حال مراقبت از این بیماران می‌تواند تجربیات مثبت و منفی و اثرات فوری یا طولانی‌مدت را برای مراقبین غیررسمی به ارمغان بیاورد [۱۷]. طبق نظریه استام مفهوم کیفیت زندگی شامل خستگی از شفقت (بعد منفی) و رضایت از شفقت (بعد مثبت) یا احساس سرزندگی و انگیزه‌مندی یک مراقب از پیوند با درد و رنج بیماران و سهیم شدن با آن‌ها است [۱۶]. این مفهوم تخصصی اخیراً برای مراقبان خانواده به کار گرفته شده‌است [۱۸]. هر دو پاسخ ناشی از شفقت یعنی خستگی و رضایت می‌توانند

و علائم بدتنظیمی هیجانی دارد [۴۲]. در خصوص اثربخشی درمان‌های هیجان‌محور بر ارتقای رفتارهای سلامت‌محور، سبک زندگی سالم و رفتارهای خود حمایتی و خودمراقبتی در افراد و گروه‌های مختلف پژوهش‌های مختلفی انجام شده است [۴۷، ۴۸]. در همین راستا بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افسردگی و توان خود مراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی [۴۹]، اعتیاد به اینترنت در دانش‌آموزان [۵۰]، لکنت زبان در بزرگسالان [۵۱] نیز تأیید شده است. مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی این مداخله در درمان و بهبود علائم روان‌شناختی و رفتارهای سلامت‌محور به‌ویژه در سنین سالمندی و برای مراقبین وجود ندارد و این در حالی است که با توجه به اجزا و مؤلفه‌های آن فرض بر این است که می‌تواند مداخله مؤثری در تنظیم هیجانات و نحوه‌ی پاسخ‌دهی به آن‌ها باشد [۵۲].

از آن جایی که استفاده از این درمان‌ها در میان مراقبین افراد مبتلا به دمانس تاندازه‌ای که شایسته و لازم بوده چندین مورد توجه نبوده است. از این منظر، یاری و کمک هر چه بیشتر به مراقبین افراد مبتلا به دمانس از طریق بسط و گسترش طیف درمان‌های مورد استفاده برای این افراد، از زمره مهم‌ترین بسترهای طراحی مطالعه‌ی حاضر بوده است. علاوه بر این تعیین اثربخشی این درمان‌ها در این مطالعه، تاکنون در مطالعات قبلی انجام نشده تا بتوان در باب اثربخشی رقابتی این درمان‌ها با درمان‌های دیگر دانش و بینش لازم و کافی در دسترس داشت. با توجه به این‌که این دو درمان برای کاهش اثرات شخصی و اجتماعی مشکلات روانی به‌کاررفته‌اند، در این پژوهش اثرات آن‌ها به‌منظور کاربرد بهتر آن‌ها در متغیر رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس با یکدیگر مقایسه گردید؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی با درمان کارآمدی هیجانی بر رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس بود.

روش کار

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل مراقبین ۳۰ سال به بالا بیماران مبتلا به دمانس شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند. با اعلان فراخوان افرادی که تمایل به شرکت در جلسات روان‌درمانی را داشتند، ثبت‌نام نمودند و برای همه‌ی آنها پرسشنامه‌ی

فزاینده‌ای دریافت کرده‌اند که نشان می‌دهد بهزیستی افراد مسن‌تر و به ویژه مراقبان را افزایش می‌دهد [۲۸، ۳۳]. تمرینات ذهن‌آگاهی همراه با طرح‌واره درمانی منجر به آموزش هم‌زمان تنظیم توجه و هیجان، کاهش نشانه‌های مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت می‌گردد و به افراد کمک می‌کند تا وارد مسیر ذهن‌آگاهی شوند و در نتیجه رفتارهای سالم‌تری داشته‌باشند [۳۱]. در این درمان برای پاسخ به روشی جدید به تجربه‌ی درونی فعال شده به واسطه‌ی طرح‌واره و ذهنیت، از توجه عاری از قضاوت استفاده می‌شود [۳۲]. با کمک تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به واسطه‌ی تنظیم توجه و هیجان نواحی مرتبط با شفقت در مغز فعال [۳۴] و آگاهی بیشتر فرد از احساسات و واکنش‌های جسمانی، باعث افزایش همدلی می‌گردد [۳۵]. اثربخشی این نوع درمان در اختلالات متعددی مانند سرطان [۳۶]، پسوریازیس [۳۷]، آسیب از خیانت [۳۸]، ارتباطات زناشویی [۳۹] و افسردگی [۴۰] تأثیر معناداری داشته است. انجام مداخلاتی مانند آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تنظیم توجه، افزایش آگاهی فراشناختی، تمرکززدایی و پذیرش ذهنیات خود، می‌تواند در کاهش طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار مؤثر واقع شود [۴۱].

درمان جدید کارآمدی هیجانی مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک، و درمان شناختی- رفتاری را با هم یکپارچه کرده است. درمانی یکپارچه‌نگر و فراتشخیصی، برخاسته از نظریه و مبتنی بر بافت می‌باشد و دو فرآیند فراتشخیصی بنیادی یعنی اجتناب تجربه‌ای و عدم تحمل پریشانی را به‌منظور افزایش کارآمدی هیجانی هدف قرار می‌دهد [۴۲]. این روش بر پایه‌ی رفتاردرمانی دیالکتیکی از طیف گسترده‌ای از روش‌های درمان شناختی- رفتاری برای گسترش مهارت‌های تنظیم هیجانی استفاده می‌شود [۴۳]. با استفاده از تکنیک‌های اکت به افراد آموزش داده می‌شود تا به جای تلاش برای کنترل پریشانی آن را پذیرفته و عمل مبتنی بر ارزش انجام دهند [۴۴]. از آن جایی که بدتنظیمی هیجانی درد و رنج زیادی به دنبال دارد و مکانیسم مهمی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات هیجانی است [۴۵]، این درمان به‌گونه‌ای طراحی شده تا به افراد بیاموزد چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده، آن‌ها را تجربه کرده و با شیوه‌ی سازگارانه‌تری به هیجانات خود پاسخ دهند [۴۲]. نتایج پژوهش‌های مبتنی بر درمان کارآمدی هیجانی نشان از افزایش کارآمدی در مقابله با هیجان‌های منفی و افزایش تحمل پریشانی [۴۲، ۴۶]، کاهش اجتناب هیجانی

ناهید رضانی و همکاران

شرکت کنندگان به پرسشنامه‌های خرده مقیاس رضایت از شفقت (از پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای) و احساس شایستگی پاسخ دادند. یکی از گروه‌های آزمایش، مداخله‌ی ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی و گروه آزمایش دیگر درمان کارآمدی هیجانی را در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرد. در مرحله پس‌آزمون نیز هر سه گروه به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند. پروتکل هشت جلسه‌ی ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی [۳۱] که اثربخشی آن در مطالعات غیور کاظمی و همکاران (۲۰۲۲)، رفتارعلی آبادی و شاره (۲۰۲۱) بررسی گردیده است [۳۸، ۳۶] به اختصار در جدول ۱ و درمان کارآمدی هیجانی [۴۲] که در پژوهش زارعی فسخودی و همکاران (۱۴۰۰)، عیدی سرکامی و همکاران (۱۳۹۹) اثربخشی آن بررسی شده است [۴۹، ۵۱]، در جدول ۲ ارائه شده است.

داس اجرا شد. افرادی که نمره‌ی آنها یک انحراف معیار بالاتر از سطح میانگین بود انتخاب شدند. از بین جامعه آماری تعداد ۴۵ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند و با استفاده از فرمول Fleiss و همکاران [۵۳]

$$n = 2\sigma_2^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 / d^2$$

انتخاب و جایگزینی با استفاده از روش تصادفی ساده و به نسبت برابر در گروه‌های آزمایش و کنترل انجام شد. ملاک‌های ورود سن بالاتر از ۳۰ سال، مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس، عدم قرار داشتن همزمان تحت درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی، شرکت آگاهانه و معیارهای خروج از پژوهش شامل، تحت مداخله روان‌شناسی دیگر در کنار مداخله پژوهش یا دارودرمانی، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به حضور در پژوهش بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات بسته‌ی ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی [۳۱]

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی - توضیح درباره طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها - دفتر یادداشت طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها - تمرین واری بدن - تکلیف
دوم	توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تنفس، صداها، احساس‌های جسمانی، افکار، هیجان‌ها - آگاهی رهاشده - تکلیف
سوم	توجه آگاهانه به تنفس - فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای - توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، پیاده‌روی - تکلیف
چهارم	توجه آگاهانه به روش مقابله با طرح‌واره - شیرین کاری توجه آگاهانه - توجه آگاهانه و آشنائی به طرح‌واره - تکلیف
پنجم	مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه وجود دارد - توجه آگاهانه سه‌دقیقه‌ای به طرح‌واره - پذیرش توجه آگاهانه خود و دیگران - تکلیف
ششم	طرح‌واره‌ها - واقعیت یا خیال - توجه آگاهانه به پیاده‌روی - رها کردن طرح‌واره‌ها به حال خود - تکلیف
هفتم	مراقبت از خود از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال - توجه آگاهانه به بزرگسال سالم و کودک خوشحال - آماده شدن برای آینده - توجه آگاهانه به طرح‌واره‌ها در حکم افکار محض - تکلیف
هشتم	طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها در آینده - توجه آگاهانه به خود - شیرین کاری توأم با ذهن‌آگاهی به طرح‌واره و ذهنیت در تعاملات فردی
پیگیری	۴۵ روز بعد از آخرین جلسه - تأکید بر حفظ و بهبود مهارت‌های اکتسابی پیشین

جدول ۲. خلاصه جلسات بسته‌ی کارآمدی هیجانی [۴۲]

جلسات	محتوای جلسات
اول	خوشامدگویی و تکمیل پرسشنامه‌ها پیش از درمان - معرفی مختصر درمان - آموزش روانی هیجان‌ها - معرفی مهارت‌ها - تکلیف
دوم	مهارت‌های مبتنی بر مواجهه - معرفی اجتناب هیجانی - آموزش روانی موج‌سواری بر روی هیجان و مواجهه - تمرین
سوم	آموزش روانی لحظه انتخاب - معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها - تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی - عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد - تکلیف
چهارم	عمل مبتنی بر ارزش‌ها - بخش دوم - تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد - تمرین هیولاها در اتوبوس - تکلیف
پنجم	آموزش روانی مقابله ذهن‌آگاهانه - معرفی تن‌آرامی و خود تن‌آرامی - تمرین مهارت‌های تن‌آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد - تکلیف
ششم	آموزش روانی افکار مقابله‌ای - آموزش روانی پذیرش بنیادین - تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد - تکلیف
هفتم	آموزش روانی توجه برگردانی و وقت استراحت - توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد - معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی - تکلیف
هشتم	مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال - مواجهه تصویری و هیجانی با استفاده از مهارت درمان - درجه‌بندی کارآمدی هیجانی - سخنان پایانی و قدردانی
پیگیری	۴۵ روز پس از آخرین جلسه

جهت گردآوری داده‌ها از خرده مقیاس رضایت از شفقت (پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای) و پرسشنامه احساس شایستگی استفاده شد. این پرسشنامه توسط استام (۲۰۰۵) تدوین شده است [۱۶]. آزمون اصلی شامل ۳۰ ماده و سه مؤلفه بوده که در شیوه نمره‌دهی به دلیل مستقل بودن مؤلفه‌ها نمرات آنها با هم جمع نمی‌شود. نمره به‌دست‌آمده از هر ده گویه، نمره کل فرد را تشکیل می‌دهد [۱۶]. روش نمره‌گذاری لیکرت پنج‌گزینه‌ای با دامنه‌ی نمرات ۱ تا ۵ و ماده‌های ۱، ۴، ۱۵، ۱۷ و ۲۹ به‌صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند. سؤالات رضایت از شفقت از ۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۳۰ می‌باشد. دامنه‌ی نوسان امتیازات رضایت از شفقت بین ۱۰ تا ۵۰ در نوسان است و افزایش امتیازات در این پرسشنامه به معنای رضایت از شفقت بیشتر است. پایایی آزمون با آلفای کرونباخ برای مقیاس رضایت از شفقت ۰/۸۸ گزارش شده‌است [۱۶]. روایی صوری این آزمون نیز توسط ده نفر از اساتید دانشگاه تأیید شده‌است [۵۴]. شاخص اعتبار محتوایی آن هم ۰/۸۷ به دست آمد. به منظور استفاده از این پرسشنامه جهت مراقبین، گویه‌ها با نظر متخصصین در حوزه‌ی مراقبت از بیماران دمانس تعدیل گردید و روایی صوری آن مورد تأیید قرار گرفت. صرفاً کلمات مربوط به محیط کار و شغل حذف یا تغییر پیدا کرد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴۶ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی احساس شایستگی توسط ورنویج داسن و

همکاران (۱۹۹۹) با ۷ سؤال طراحی شده‌است [۵۵] و دارای سه بعد می‌باشد اما در این مطالعه از کل پرسشنامه استفاده شد [۲۵، ۵۶]. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پاسخ‌گویی پنج‌گزینه‌ای خیلی موافقم=۱ تا خیلی مخالفم=۵. دامنه‌ی نوسان امتیازات احساس شایستگی بین ۷ تا ۳۵ در نوسان است و افزایش امتیازات در این پرسشنامه به معنای احساس شایستگی کمتر است. مطالعه اعتبارسنجی نسخه ایتالیایی در نمونه‌ای از مراقبان افراد مبتلا به دمانس انجام شده‌است [۵۵]. پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه و تست روایی با همبستگی رضایت‌بخش برای کل آیتم‌ها بیش از ۰/۲ گزارش شده‌است [۵۷]. روایی سازه نشان‌دهنده‌ی همبستگی بالا (۰/۸) بین پرسشنامه احساس شایستگی ۲۷ سؤالی و فرم کوتاه ۷ سؤالی است (۲۵). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۱ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در محیط نرم‌افزار Spss-23 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۸/۴۷±۸/۳۱ و در گروه کنترل ۴۶/۱۳±۹/۴۴ بوده است که بررسی تفاوت میانگین سنی دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل غیر معنی‌دار به دست آمده است (t=۰/۴۷۹، Sig=۰/۷۱۸).

جدول ۳. توزیع فراوانی جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل بر حسب عضویت گروهی

شاخص	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی		کارآمدی هیجانی		کنترل		آزمون		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	آماره‌ی دو معنی‌داری	معنی‌داری	
جنسیت	زن	۱۲	۸۰	۱۲	۸۰	۱۲	۸۰	۰	۱/۰۰۰
	مرد	۳	۲۰	۳	۲۰	۳	۲۰		
	تا دیپلم	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۶	۴۰		
	فوق دیپلم	-	-	۱	۶/۷	-	-		
تحصیلات	لیسانس	۸	۵۳/۳	۶	۴۰	۳	۲۰	۱۰/۲۹	۰/۵۹
	فوق لیسانس	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷		
	دکتر	-	-	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳		

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده‌است.

براساس آزمون خی‌دو بین تعداد افراد نمونه در جنسیت و تحصیلات در سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

ناهید رضانی و همکاران

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
رضایت از شفقت	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	۴/۳۶	۴۱/۳۳	۶/۳۷	۴۲/۲	۶/۴۹	۴۲/۲
	کارآمدی هیجانی	۵/۸۲	۳۹/۲۷	۴/۰۵	۴۰/۲۷	۴/۸۹	۴۰/۲۷
	کنترل	۳۵/۰۷	۴/۱۱	۳۴/۸۷	۴/۸۸	۴/۰۷	۳۴/۴۷
احساس شایستگی	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	۱۹/۶	۲۵/۰۷	۳/۹۵	۲۶/۳۳	۳/۷۷	۲۶/۳۳
	کارآمدی هیجانی	۱۹/۴	۲۴/۸۷	۴/۵۳	۲۴/۱۳	۴/۲۱	۲۴/۱۳
	کنترل	۲۰/۲۷	۴/۹۴	۲۰/۷۳	۴/۴۱	۴/۳	۲۰/۶۷

۵ نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است ($p > 0.05$). پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید شده است ($p > 0.05$). پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی در همه متغیرهای پژوهش تأیید شده است ($p < 0.05$). لذا در بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون با فرض کرویت استفاده می‌شود.

نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله (درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی) نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشت.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌ها آزمون لوین و جهت بررسی برابری واریانس نمرات در گروه‌ها آزمون شاپیرو و لیکز استفاده شد. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن بود که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه مورد بررسی قرار گیرد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و جامعه برابر با صفر است. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش در جدول

جدول ۵. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
رضایت از شفقت	بین آزمودنی	گروه	۵۸۸/۵۰۴	۲	۲۹۴/۲۵۲	۴/۹	۰/۰۱۲	۰/۱۸۹	۰/۷۷۷
		خطا	۲۵۲۰/۰۸۹	۴۲	۶۰/۰۰۲				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۴۸۰/۰۶	۲	۲۴۰/۰۳	۲۵/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹	۱/۰۰۰
		خطا	۳۰۲/۶۳	۴	۷۵/۹۰۷	۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹	۰/۹۹۸
احساس شایستگی	بین آزمودنی	گروه	۷۸۹/۳۱۱	۸۴	۱۱۶/۰۰۷	۲/۷۷	۰/۰۴۷	۰/۱۲	۰/۷۰۲
		خطا	۲۳۲/۰۲	۴۲	۴۲/۲۵				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۷۷۴/۳۱۱	۲	۲۲۵/۸۳	۳۸/۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶	۱/۰۰۰
		خطا	۴۵۱/۶۵۹	۳/۶۹	۵۳/۷۷	۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۹۹۷
		خطا	۴۹۷/۸۲	۸۷	۵/۹۳				

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد میانگین نمرات رضایت از شفقت و احساس شایستگی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0.05$). نتایج نشان داده است که ۱۸/۹ درصد از تفاوت‌های فردی در رضایت از شفقت و ۱۲ درصد در احساس شایستگی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. تفاوت بین نمرات رضایت از شفقت و احساس شایستگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۰/۳۷۹ و ۰/۴۷۶ و

در رضایت از شفقت و احساس شایستگی به ترتیب برابر با ۰/۲۷۹ و ۰/۲۸۵ یا ۲۷/۹ و ۲۸/۵ درصد به دست آمده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۶ ارائه شده است.

یا ۳۷/۹ و ۴۷/۶ درصد و معنی‌دار است. همچنین تفاوت نمرات رضایت از شفقت و احساس شایستگی در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. به عبارت دیگر روند تغییر نمرات رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه باهم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	گروه	تفاوت میانگین	معنی‌داری
رضایت از شفقت	پیش‌آزمون	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کارآمدی هیجانی	۰/۱۴۹
		ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کنترل	۰/۵۲۳
		کارآمدی هیجانی	کنترل	۰/۲۴۷
	پس‌آزمون	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کارآمدی هیجانی	۰/۰۷۶
		ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کنترل	۰/۰۰۳
		کارآمدی هیجانی	کنترل	۰/۰۰۳
احساس شایستگی	پیش‌آزمون	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کارآمدی هیجانی	۰/۳۱۴
		ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کنترل	۰/۰۰۱
		کارآمدی هیجانی	کنترل	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کارآمدی هیجانی	۰/۲۹۲
		ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کنترل	۰/۶۷۵
		کارآمدی هیجانی	کنترل	۰/۵۸۶
پیگیری	پیش‌آزمون	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کارآمدی هیجانی	۰/۹
		ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کنترل	۰/۰۰۹
		کارآمدی هیجانی	کنترل	۰/۰۱۲
	پس‌آزمون	ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کارآمدی هیجانی	۰/۸۹۹
		ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی	کنترل	۰/۰۰۱
		کارآمدی هیجانی	کنترل	۰/۰۰۲

بحث

از یافته‌های این پژوهش می‌توان به اثربخشی ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی بر رضایت از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس اشاره کرد. در مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه اگرچه به دلیل نوین بودن درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره درمانی پژوهشی یافت نشد که به‌طور کامل از نظر موضوعی با این پژوهش تطابق داشته‌باشد؛ ولی نتایج این پژوهش با جنبه‌هایی از یافته‌های مطالعات انجام‌شده توسط غیورکاظمی و همکاران [۳۶]، جمالی‌گوجانی و همکاران [۳۷] و نورونی و همکاران [۳۹] هم‌راستا می‌باشد. در تبیین تأثیر ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی بر رضایت از شفقت

نتایج جدول ۷ نشان داده، در هر دو متغیر رضایت از شفقت و احساس شایستگی تفاوت دو گروه آزمایش و گروه کنترل، همچنین تفاوت دو گروه مداخله در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار به دست نیامده است ($p > 0.05$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات هر دو متغیر رضایت از شفقت و احساس شایستگی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه‌های مداخله معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($p < 0.05$). در مقایسه دو روش درمانی نیز نتایج حاکی از آن است که تفاوت میانگین نمرات هر دو متغیر رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نشان نداده است ($p > 0.05$).

الگوهای عادی طرح‌واره‌ها ممکن است احساس شایستگی که احساس مراقبت کننده از توانایی در مدیریت نقش مراقبتی [۲۵] از بیماران مبتلا به دمانس است، افزایش یابد. در خصوص تأثیر درمان کارآمدی هیجانی در افزایش رضایت از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس، یافته‌ها تأیید شده این مطالعه با جنبه‌هایی از نتایج پژوهش‌های عبدی‌سرکامی و همکاران [۴۹]، مک‌کی و وست [۴۲] هم‌راستا می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت پاسخ‌های هیجانی موجب پاسخ‌های رفتاری می‌گردد، بنابراین برای تغییر پاسخ‌های رفتاری نیاز به تغییر پاسخ‌های هیجانی می‌باشد، این امر خود مستلزم تغییر مسیرهای عصبی یادگیری قبلی و ایجاد مسیرهای عصبی جدید در مغز می‌باشد. با استفاده از درمان کارآمدی هیجانی با بهره‌گیری از تکنیک‌های اکت و رفتاردرمانی دیالکتیک مسیرهای عصبی جدید در مغز ایجاد می‌گردد. در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس با توجه به مزمن بودن و نبود درمان برای بیماران، عدم تحمل پریشانی و اجتناب هیجانی بالا بوده و نشخوار فکری ایجاد می‌گردد. درمان کارآمدی هیجانی این مکانیسم‌ها را مورد هدف قرار می‌دهد و ممکن است همین امر موجب افزایش رضایت از شفقت در مراقبین این بیماران گردد.

یافته آخر تحقیق تأثیر درمان کارآمدی هیجانی بر افزایش احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس نیز تأیید شد که این یافته با جنبه‌هایی از یافته‌های مطالعات بایرامی و همکاران [۵۰]، زارعی فسخودی و همکاران [۵۱] هم‌راستا می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان بیان داشت که به دلیل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای ذهن آگاهانه در درمان کارآمدی هیجانی، مشاهده و تحمل هیجانات برانگیخته‌شده در زمان مراقبت و یادگیری کاهش پریشانی هیجانی، افراد می‌توانند با ایجاد راهکارهای سازگارانه و ارتباط صحیح با هیجانات خود با پذیرش هیجانات خود و عمل مبتنی بر ارزش‌ها در مراقبت از بیماران خود احساس شایستگی را در خود پرورش دهند. در خصوص اثربخشی ذهن آگاهی و طرح‌واره‌درمانی با درمان کارآمدی هیجانی بر رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس نتایج این مطالعه نشان داد هر دو درمان ذهن آگاهی و طرح‌واره‌درمانی و درمان کارآمدی هیجانی بر افزایش رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس تأثیر

می‌توان گفت طبق این دیدگاه با تمرکز بر تکنیک‌های بین‌فردی روان‌شناختی و تجربی از طریق توجه بدون قضاوت به تجربه‌ی درونی فعال‌سازی طرح‌واره و ذهنیت، فرصتی برای روش‌های جدید پاسخ‌گویی به وجود می‌آید. به واسطه‌ی مراقبه‌ی ذهن آگاهانه، نواحی مرتبط با شفقت در مغز فعال می‌شوند [۳۲]. آگاهی بیشتر از احساسات و واکنش‌های جسمانی، نیز با افزایش همدلی مرتبط است [۳۴]. آموزش هم‌زمان تنظیم توجه و هیجان توسط ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه‌های مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت منتهی می‌گردد [۳۰]. ذهن آگاهی موجب ایجاد سبک‌های فکری و رفتاری خاص می‌گردد که هدف آن‌ها برطرف کردن احساسات جسمانی و افکار ناخوشایند است. فرد کنش‌ها و موقعیت‌هایش را طوری نظاره می‌کند که گویی از آن‌ها فاصله دارد و به بینش و واکنشی متفاوت و مناسب دست می‌یابد. توانایی در تشخیص هیجانات نیرومندی که مسبب حواس‌پرتی هستند. به واسطه‌ی یادگیری مستمر ایجادشده تقویت می‌شود، انعطاف‌پذیری لازم در برخورد با افکار و احساسات جسمانی مشکل‌آفرین به دست می‌آید؛ به همین جهت ممکن است این درمان موجب افزایش رضایت از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس گردد.

تأثیر درمان ذهن آگاهی و طرح‌واره‌درمانی بر افزایش احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس نیز تأیید شد که این یافته با جنبه‌هایی از یافته‌های مطالعات جمالی‌گوچانی و همکاران [۳۷]، رفتارعلی‌آبادی و همکاران [۳۸] و اقدسی و همکاران [۴۱] هم‌راستا می‌باشد. در ذهن آگاهی و طرح‌واره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌توان طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌های ناسازگار را تغییر داده و آثار آن‌ها را در روابط بین‌فردی یا مشکلات درون‌فردی مشاهده نمود. به‌واسطه‌ی فعال شدن طرح‌واره‌ها در موقعیت‌های استرس‌زا نظیر مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری مزمن نظیر دمانس، مراقبین ممکن است افکار، احساسات، ادراکات، خاطرات و اجبارهای قوی طرح‌واره محور را تجربه نمایند. مراقبین درگیر ذهنیت‌های ناسازگار ممکن است دچار مشکلات بین‌فردی و درون‌فردی گردند؛ بنابراین با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی در طرح‌واره‌درمانی می‌توان برای تغییر طرح‌واره‌ها یا ذهنیت‌های ناسازگار استفاده کرد تا فرد نسبت به الگوهای عاطفی آگاهی پیدا کرده و بتواند با آن‌ها چالش نماید [۳۰، ۳۷]؛ بنابراین با افزایش آگاهی و تغییر

دهند.

نتیجه‌گیری

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، هر دو درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی و درمان کارآمدی هیجانی برافزایش رضایت از شفقت و احساس شایستگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس تأثیر معنی‌داری داشته و اثرات هر دو درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده‌است؛ اما بین دو روش درمانی در این زمینه تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردیده‌است. نتایج این پژوهش می‌تواند برای کمک به مراقبین بیماران دمانس که دارای میزان پائینی از رضایت از شفقت و احساس شایستگی در امر مراقبت هستند توسط مشاوران و روان‌درمانگران با استفاده از یکی از رویکردهای ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی یا درمان کارآمدی هیجانی به کار گرفته‌شود.

سیاسگزاری

از تمامی مراقبین، مسئولین، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خانم دکتر اسحاقیان به خاطر همکاری در برگزاری مداخلات تشکر و قدردانی می‌شود. از داوران محترم به خاطر ارائه نظرهای ساختاری و علمی سپاسگزاری می‌شود. طرح با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1400.337 در دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان) تصویب شده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

معنی‌داری داشته و اثرات هر دو درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده‌است و یافته‌های آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از این بود که بین دو روش درمانی در این زمینه تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردیده‌است. در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه اگرچه به دلیل نوین بودن درمان ذهن‌آگاهی و طرح‌واره‌درمانی و درمان کارآمدی هیجانی پژوهشی یافت نشد که به‌طور کامل از نظر موضوعی با این پژوهش تطابق داشته‌باشد؛ ولی نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات انجام‌شده توسط غیور کاظمی و همکاران (۳۴)، جمالی‌گوجانی و همکاران (۳۵) و نورونی و همکاران (۳۷) هم‌راستا می‌باشد.

مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله عدم تمایل مراقبین برای شرکت در مطالعه و دشواری در جلب همکاری و حفظ انگیزه آن‌ها برای تداوم مشارکت، دشواری کار با گروه تحت مطالعه و آموزش مطالب مربوط به درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی به مراقبین. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه بود که ممکن است با مطلوب‌نمایی اجتماعی و اطلاعات نه‌چندان عمیق همراه باشد. همچنین این پژوهش صرفاً در شهر اصفهان و بر روی مراقبین این جامعه انجام شد و بنابراین باید در تعمیم نتایج محتاط بود. پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تری صورت پذیرد. کارایی درمان کارآمدی هیجانی بر متغیرهای دیگر و گروه‌های سنی دیگر بررسی شود. پیشنهاد می‌شود به دلیل این‌که اکثر مراقبین زن می‌باشند مطالعه‌ای در این جمعیت جداگانه انجام گردد، همچنین مطالعه‌ای در خصوص مقایسه مراقبین رسمی و غیررسمی نیز پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد می‌شود درمانگران و روان‌شناسان درگیر با مشکلات مراقبین بیماران مبتلا به دمانس در مراکز مشاوره و روان‌شناختی این درمان‌ها را مورد استفاده قرار

References

- Rampioni, M., et al., Embodied conversational agents for patients with dementia: thematic literature analysis. JMIR mHealth and uHealth, 2021. 9(7): p. e25381. <https://doi.org/10.2196/25381>
- Thorson-Olesen, S.J., N. Meinertz, and S. Eckert, Caring for aging populations: Examining compassion fatigue and satisfaction. Journal of Adult Development, 2019. 26: p. 232-240.
- Wittenberg, R., et al., Projections of care for older people with dementia in England: 2015 to 2040. Age and Ageing, 2020. 49(2): p. 264-269. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz154>
- Organization, W.H., Global status report on the public health response to dementia. 2021. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00215-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00215-2)
- Association, A., Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's &

- Dementia, 2019. 15(3): p. 321-387. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.01.010>
6. Nanbakhsh, F., et al., The effect of health education on elderly weomen life quality. Payavard Salamat, 2011. 5(1): p. 47-57.
 7. Hosseinzadeh, A., et al., Indirect Estimation of Dementia Prevalence and Its Geographical Variation Using the Claim Data in Iran. Iranian Journal of Epidemiology, 2022. 18(1): p. 1-11.
 8. Hlabangana, V. and J.H. Hearn, Depression in partner caregivers of people with neurological conditions; associations with self-compassion and quality of life. Journal of mental health, 2020. 29(2): p. 176-181. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1630724>
 9. Lindeza, P., et al., Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. BMJ supportive & palliative care, 2020. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>
 10. Lethin, C., et al., Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2016. 30(3): p. 526-534. <https://doi.org/10.1111/scs.12275>
 11. Teahan, A., et al., Psychosocial interventions for family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. Journal of Aging and Health, 2020. 32(9): p. 1198-1213. <https://doi.org/10.1177/0898264319899793>
 12. Odzakovic, E., et al., People diagnosed with dementia in Sweden: What type of home care services and housing are they granted? A cross-sectional study. Scandinavian journal of public health, 2019. 47(2): p. 229-239. <https://doi.org/10.1177/1403494818755600>
 13. Martín, J.M., M. Olano-Lizarraga, and M. Saracibar-Razquin, The experience of family caregivers caring for a terminal patient at home: A research review. International journal of nursing studies, 2016. 64: p. 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.010>
 14. Nishio, M. and M. Ono, Development of a nursing care problems coping scale for male caregivers for people with dementia living at home. Journal of Rural Medicine, 2015. 10(1): p. 34-42. <https://doi.org/10.2185/jrm.2896>
 15. Dominguez, J., et al., Dementia incidence, burden and cost of care: a Filipino community-based study. Frontiers in Public Health, 2021. 9: p. 628700. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.628700>
 16. Hundall Stamm, B., Professional quality of life measure: compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL). 2009.
 17. Park, G., The role of social support on caregiving experiences among dementia caregivers: a latent class analysis. 2023, University of Missouri--Columbia.
 18. Lynch, S.H., G. Shuster, and M.L. Lobo, The family caregiver experience-examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. Aging & mental health, 2018. 22(11): p. 1424-1431. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364344>
 19. Ackley, J.L., Compassion Fatigue and Secondary Traumatic Stress in Nurses. 2014.
 20. Boellinghaus, I., F.W. Jones, and J. Hutton, The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. Mindfulness, 2014. 5: p. 129-138. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0158-6>
 21. Mazaheri, Z. and I. Sajjadian, structural model of the relationship of empathic concerns with compassion satisfaction and compassion fatigue in intensive care units nurses. 2019.
 22. Whitworth, H.B. and J. Whitworth, A caregiver's guide to Lewy body dementia. 2020: Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826148759>
 23. Lloyd, J., T. Patterson, and J. Muers, The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. Dementia, 2016. 15(6): p. 1534-1561. <https://doi.org/10.1177/1471301214564792>
 24. Schepers, A.K., et al., Sense of competence in dementia care staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity. International psychogeriatrics, 2012. 24(7): p. 1153-1162. <https://doi.org/10.1017/S104161021100247X>
 25. van der Lee, J., et al., Do determinants of burden and emotional distress in dementia caregivers change over time? Aging & mental health, 2017. 21(3): p. 232-240. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1102196>
 26. Vernooij-Dassen, M.J., J.M. Persoon, and A.J. Felling, Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons. Social

- science & medicine, 1996. 43(1): p. 41-49. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00332-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00332-0)
27. Meiland, F.J., et al., The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference? *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 2005. 19(4): p. 195-201. <https://doi.org/10.1097/01.wad.0000189035.25277.02>
 28. Molero Jurado, M.d.M., et al. Mindfulness in family caregivers of persons with dementia: systematic review and meta-analysis. in *Healthcare*. 2020. MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030193>
 29. Contreras, M., et al., Internet-delivered guided self-help Acceptance and Commitment Therapy for family carers of people with dementia (iACT4CARERS): a qualitative study of carer views and acceptability. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2022. 17(1): p. 2066255. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2066255>
 30. Drossel, C., J.E. Fisher, and V. Mercer, A DBT skills training group for family caregivers of persons with dementia. *Behavior therapy*, 2011. 42(1): p. 109-119. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.06.001>
 31. Van Vreeswijk, M., J. Broersen, and G. Schurink, Mindfulness and schema therapy: A practical guide. 2014: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118753125>
 32. Kabat-Zinn, J., Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. 2003. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
 33. Hosseini, M.A., et al., Effect of mindfulness program on caregivers' strain on alzheimer's disease caregivers. *Iranian Journal of Ageing*, 2016. 11(3): p. 448-455. <https://doi.org/10.21859/sija-1103448>
 34. Davidson, R.J. and J. Kabat-Zinn, Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: Three caveats: Response. *Psychosomatic Medicine*, 2004. 66(1): p. 149-152. <https://doi.org/10.1097/00006842-200401000-00023>
 35. Lutz, A., et al., Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, 2008. 12(4): p. 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
 36. Ghayour Kazemi, F., et al., Comparing the Effects of Transdiagnostic Intervention and Mindfulness-based Schema Therapy on Spiritual Distress in Women With Breast Cancer: A Clinical Trial. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 2022. 9(2): p. 63-74. <https://doi.org/10.32598/hsmej.9.2.418.1>
 37. Gojani, P.J., et al., Effects of the schema therapy and mindfulness on the maladaptive schemas hold by the psoriasis patients with the psychopathology symptoms. *Advanced biomedical research*, 2017. 6. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.190988>
 38. Raftar Aliabadi, M.R. and H. Shareh, Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 2022. 32(1): p. 91-103. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1913294>
 39. Nooroney, N., et al., The effect of schema therapy and schema-focused mindfulness therapy on marital communication of Iranian women in Malaysia. *Konselor*, 2019. 8(3): p. 74-83. <https://doi.org/10.24036/0201983106103-0-00>
 40. Teasdale, J.D., Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 1999. 6(2): p. 146-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E)
 41. Aghdasi, N., A.A. Soleimanian, and R. Asadi Gandomani, The Effectiveness of Mindfulness Training on Emotional Schemas Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Archives of Rehabilitation*, 2019. 20(1): p. 86-97. <https://doi.org/10.32598/rj.20.1.86>
 42. McKay, M. and A. West, Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT. 2016: New Harbinger Publications.
 43. Fassbinder, E., et al., Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, 2016. 7: p. 1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
 44. Hayes, S.C., K.D. Strosahl, and K.G. Wilson, Acceptance and commitment therapy. 1999: Guilford press New York.
 45. Boden, M.T. and R.J. Thompson, Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and

- depression. *Emotion*, 2015. 15(3): p. 399. <https://doi.org/10.1037/emo0000057>
46. Gallego, A., et al., Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2020. 16: p. 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003>
 47. Cheng, S.-T., et al., Psychological interventions for dementia caregivers: What we have achieved, what we have learned. *Current psychiatry reports*, 2019. 21: p. 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
 48. Cludius, B., D. Mennin, and T. Ehring, Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 2020. 20(1): p. 37. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
 49. Abdi, S.F., B. Mirzaian, and G. ABBASI, The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on the Level of Depression and Self-Care Ability of Non-Clinical Depressed Elderly. 2021.
 50. Bayrami, M., et al., Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Internet Dependency and Negative Cognitive Emotion Regulation Strategies among Students Addicted to Internet: A Quasi-Experimental Design. *Studies in Medical Sciences*, 2021. 31(12): p. 927-933.
 51. Zareie Faskhudi, B., et al., Comparison of the Effect of Unified Transdiagnostic Treatment from Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation among Adults with Stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*, 2021. 12(2): p. 185-209.
 52. Kring, A.M., The future of emotion research in the study of psychopathology. *Emotion Review*, 2010. 2(3): p. 225-228. <https://doi.org/10.1177/1754073910361986>
 53. Fleiss, J.L., A. Tytun, and H.K. Ury, A simple approximation for calculating sample sizes for comparing independent proportions. *Biometrics*, 1980: p. 343-346. <https://doi.org/10.2307/2529990>
 54. Mohammadi, S., F. Borhani, and M. Roshanzadeh, Compassion fatigue in nurses of intensive care unit. *Med Ethics J*, 2015. 9(33): p. 85-102.
 55. Vernooy-Dassen, M., et al., Assessment of caregiver's competence in dealing with the burden of caregiving for a dementia patient: a short sense of competence questionnaire (SSCQ) suitable for clinical practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999. 47: p. 256-257. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb04588.x>
 56. Duarte, J., Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 2017. 35(4): p. 529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
 57. Kline, R.B., Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications, 2015.