

A Comparison of the Effectiveness of Schema-based and Caregiver-centered Mindfulness Methods on Psychological Distress and Burden in Caregivers of Patients with Dementia

Ramezani N¹, Sajjadian I*²

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

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

* *Corresponding author.* Tel: +989132107905, E-mail: i.sajjadian@khuif.ac.ir

Received: Jun 03, 2023 Accepted: Dec 18, 2023

ABSTRACT

Background & aim: The stressful and chronic process of caring for patients with dementia is a long process that imposes too much care burden. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema-based and caregiver-centered mindfulness methods on psychological distress and burden in caregivers of patients with dementia.

Methods: This semi-experimental research was conducted with a pre-test-post-test and follow-up design with a control group. The study population was the caregivers of patients with dementia who visited the neurology clinics of Kashani and Khurshid hospitals in Isfahan during the summer of 1401. Among these caregivers, 45 people were selected through convenient sampling while considering the inclusion and exclusion criteria. They were randomly divided into two experimental groups and a control group (15 people in each group). The two experimental groups completed eight 90-minute sessions of schema-based and caregiver-based mindfulness therapy separately. The data collection tools were DASS psychological distress and Zarit burden questionnaires. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance by SPSS-23 software.

Results: The results showed that the mean scores of the psychological distress and burden were significantly different in the two groups of schema-based and caregiver-centered mindfulness and the control group in both the post-test and follow-up phases ($p < 0.05$). However, in the comparison of the two treatment methods, the results indicated that the mean scores of the study variables in the post-test and follow-up phase in the two intervention groups did not show any significant difference.

Conclusion: The results showed that due to the lack of significant difference between the two treatment methods, schema-based and caregiver-centered mindfulness methods can be used to reduce psychological distress and burden in caregivers of patients with dementia.

Keywords: Dementia, Schema Therapy, Mindfulness, Psychological Distress, Burden, Caregivers

مقایسه اثربخشی دو روش ذهن آگاهی طرح‌واره محور و مراقب محور بر پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس

ناهید رضانی^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}

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

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

* نویسنده مسول. تلفن: ۰۹۱۳۳۱۰۷۹۰۵ ایمیل: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: فرآیند تنش‌زا و مزمن مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس، فرایندی طولانی است که فشار مراقبتی بسیاری به دنبال دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش ذهن آگاهی طرح‌واره محور و مراقب محور بر پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس انجام شد.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل مراقبین بیماران مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به کلینک‌های مغز و اعصاب دو بیمارستان کاشانی و خورشید شهر اصفهان در تابستان سال ۱۴۰۱ بود. از بین این مراقبین، تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. برای گروه‌های آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ذهن آگاهی طرح‌واره محور و ذهن آگاهی مراقب محور اجرا شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی داس و بار مراقبتی زاریت بود. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی، میانگین نمرات دو گروه آزمایش ذهن آگاهی طرح‌واره محور و مراقب محور و همچنین گروه کنترل در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، به‌طور معنی‌داری متفاوت بود ($p < .05$). با این حال، در مقایسه دو روش درمانی، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد با توجه به عدم تفاوت معنادار بین دو روش درمانی می‌توان از هر دو روش ذهن آگاهی طرح‌واره محور و مراقب محور در کاهش پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: دمانس، طرح‌واره درمانی، ذهن آگاهی، پریشانی روان‌شناختی، بار مراقبتی، مراقبین

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۳ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۲۷

مقدمه

افزایش تعداد مبتلایان به بیماری دمانس در سراسر جهان (۱)، بروز اختلالات قابل‌توجه و وابستگی زیاد در تمام فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران و مشکلات متعدد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی

در مراقبت کافی (۲)، موجب شده است تا بخش قابل‌توجهی از کل مراقبت بر عهده مراقبین غیررسمی که در بیشتر موارد، همسر، فرزندان یا یکی از خویشاوندان بیمار می‌باشند، قرار گیرد (۳). هم‌چنین، علائم رفتاری و روانی دمانس موجب بدتر

شدن زوال شناختی و اختلال در عملکرد فیزیکی بیماران و پریشانی روان شناختی و مشکلات مرتبط با فشار بار مراقبتی در مراقبین می شود (۴).

اجزای پریشانی روان شناختی شامل افسردگی، اضطراب و استرس است (۵). استرس مراقبت عمدتاً به صورت خستگی جسمی، عاطفی، روانی و پریشانی متشکل از علائم افسردگی و اضطراب است (۶). طبق گزارش برخی تحقیقات شیوع افسردگی و اضطراب در مراقبین دمانس بیشتر از بیماری های دیگر است (۷، ۸)؛ بنابراین، ارزیابی مناسب علائم پریشانی روان شناختی و توجه به تأثیر مراقبت بر مراقبین بایستی مدنظر قرار گیرد، در غیر این صورت خطر ابتلا به بیماری روانی (۲)، انزوا، گوشه گیری و فشار بار مراقبتی برای مراقبین وجود خواهد داشت (۹).

بار مراقبتی، متغیری چندبعدی شامل پیامدهای فیزیکی، روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی و واکنش منفی تجربه شده توسط فرد مراقبت کننده در اثر ارائه مراقبت است (۱۰) که برای اولین بار چهار دهه پیش مورد توجه محققان قرار گرفت (۱۱). طول دوره مراقبت، حمایت اجتماعی/خانوادگی و روند بیماری به طور قابل توجهی بر سطح بار مراقبتی تأثیر گذار می باشد (۱۲). بار مراقبتی شامل دو بعد ذهنی و عینی است؛ بار ذهنی ارزیابی های شخصی بار از جمله تأثیر فیزیکی، روانی، اجتماعی و عاطفی آنها بر زندگی (۱۳) و عامل کلیدی تعیین کننده علائم اضطراب است (۴). بار عینی، رویدادها یا فعالیت های مرتبط با تجربیات منفی مراقبت و عمدتاً منعکس کننده مسئولیت فرد مراقب است. پیامدهای منفی بار مراقبت شامل استرس مزمن، افسردگی، اضطراب و مشکلات سلامت جسمانی برای مراقبین و برای بیماران دمانس کاهش سلامت عمومی و کاهش کیفیت زندگی است (۱۳)، از این رو مداخلات روان شناختی برای کاهش پریشانی روان شناختی و بار مراقبتی در مراقبین این بیماران ضروری به نظر می رسد (۱۴، ۱۵). طیف وسیع درمان ها نظیر مداخلات

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۶، ۱۷)، ذهن آگاهی (۱۴، ۱۸، ۲۰) و طرحواره درمانی (۲۱-۲۳) برای مراقبین دمانس استفاده شده است. در این تحقیق درمان های ذهن آگاهی طرحواره محور و مراقب محور به دلیل تناسب محتوایی تکنیک ها و نوین تر بودن مورد استفاده قرار گرفت.

تمرکز مداخله ی ترکیبی ذهن آگاهی طرحواره محور، بر کمک به افراد برای کسب مهارت های مقابله ای لازم به منظور مدیریت موقعیت های خطر ساز و درمان اختلالات روان شناختی همراه بوده و به طور گسترده در درمان افسردگی، اضطراب، ترس، درد و اعتیاد، کارایی داشته است. هدف درمان، کسب آگاهی از کارکرد طرحواره ها و ذهنیت ها و یادگیری تشخیص فرآیندهایی است که به پاسخ های خودکار فرد شکل می دهند (۲۱). این درمان شامل سه مرحله: سنجش و شناسایی طرحواره ها و ذهنیت ها، تغییر شامل بازسازی شناختی، تمرینات رفتاری و توجه آگاهی بدون قضاوت و واکنش نسبت به طرحواره ها و ذهنیت های فعال شده است. بر اساس مطالعات، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند بهزیستی روان شناختی مراقبین را افزایش دهند (۱۸، ۱۹).

اثر بخشی این نوع درمان ها در اختلالات متعددی مانند افسردگی (۲۲)، استرس و طرحواره های ناسازگار سالمندان (۲۳) و بار مراقبتی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی (۲۴) تأیید شده است. آموزش هم زمان تنظیم توجه و هیجان به کاهش نشانه های مشکلات روان شناختی و بهبود سلامت منتهی می گردد (۲۱). نیاز به مداخلات متفاوت روان شناختی مناسب نظیر ذهن آگاهی مراقب محور (۲۵) با توجه به تحت فشار بودن مراقبین و نیاز به کمک جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی یا مالی (۸، ۲۶) و از طرفی، احتمال مناسب نبودن یک مداخله برای همه که هم بسیار مؤثر و هم به راحتی در دسترس مراقبان بیماران دمانس با علل متفاوت باشد، ضرورت دارد (۲۷). اکثر مراقبین حتی با مهارت و شایستگی بالا غالباً

نیازهای خود را نادیده گرفته و در نتیجه دچار مشکلات جسمانی و روانی می‌شوند (۲۵). در ذهن آگاهی، شناسایی علائم فشار روانی وابسته به مراقبت به مراقب اجازه می‌دهد استرس‌ها را آشکار و با روش‌های مفید با آن‌ها کنار بیاید (۲۸). مراقبان دمانس، گروه پرخطر تحت فشار روانی، مشکلات ذهن آگاهی نظیر علائم استرس و افسردگی، اضطراب، خشم، احساس گناه، احساس تنهایی، احساس خستگی یا فرسودگی هستند (۲۹). کم بودن ذهن آگاهی و شفقت به خود، مکانیسم‌هایی هستند که از طریق آن‌ها طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نیز تأثیر خود را بر پریشانی روانی اعمال می‌کنند (۳۰). استراتژی‌هایی که برای کاهش بار مراقبت و پریشانی روان‌شناختی بکار می‌روند ممکن است به دلیل انعطاف‌پذیری بیشتر نسبت به تغییر دادن عوامل مرتبط با مراقبین، موفق‌تر باشند (۱۹). تحلیل اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر متغیرهای روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده (۱۶،۱۷) و بار مراقبتی بیش از حد مراقبین (۱۴،۱۸)، نشان‌دهنده ی فواید گوناگون ذهن آگاهی در کنار سایر تکنیک‌های روان‌شناختی برای سلامت روان، کمتر شدن نشخوار فکری در افراد با ویژگی تمرکز حواس بالا (۳۱) و کاهش بار ناشی از مراقبت است.

با توجه به سیر تحول سریع جمعیت به سوی سالمندی و افزایش بیماری‌های مرتبط با این گروه از جمله دمانس، مسائل و مشکلات روانی مراقبین آن‌ها، همچنین هزینه‌های مالی، درمانی، بهداشتی و خدماتی مرتبط با مراقبت از این افراد رو به افزایش است، بنابراین با توجه به کمبود پژوهش در زمینه استفاده از راهکارها و درمان‌های جدید در میان مراقبین افراد مبتلا به دمانس و با در نظر گرفتن این نکته که نتایج این تحقیق می‌تواند به پیشگیری از پیامدهای روان‌شناختی ناشی از مراقبت طولانی مدت بینجامد، بسط و گسترش طیف درمان‌های مورد استفاده برای مراقبین افراد مبتلا به دمانس، از زمره مهم‌ترین

بسترهای طراحی مطالعه‌ی حاضر بوده است. به علاوه مقایسه اثربخشی این درمان‌ها تاکنون در مطالعات قبلی انجام نشده تا بتوان در باب اثربخشی رقابتی این درمان‌ها آگاهی داشت. از این منظر، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش ذهن آگاهی طرح‌واره محور و مراقب محور بر پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمون و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مراقبین بیماران مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به کلینک‌های مغز و اعصاب دو بیمارستان کاشانی و خورشید شهر اصفهان در تابستان سال ۱۴۰۱ بود. از بین آن‌ها به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، ۴۵ نفر از مراقبین مطابق با شرایط ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی و به نسبت برابر در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس، داشتن سن ۳۰ سال به بالا، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی و شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش بود. افرادی که تحت مداخلات روان‌شناسی دیگر یا دارودرمانی بودند، هم‌چنین غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به حضور در پژوهش داشتند، از مطالعه خارج شدند.

نحوه انجام کار به این صورت بود که پس از اجرای پیش‌آزمون و تکمیل نمودن پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، گروه‌های آزمایش به‌صورت مجزا تحت مداخلات ذهن آگاهی طرح‌واره محور و ذهن آگاهی مراقب محور طی هشت جلسه درمانی هر هفته یک جلسه و یک جلسه‌ی پیگیری قرار گرفتند (جدول ۱). در جلسات آخر هر گروه و همچنین ۴۵ روز بعد از اتمام آخرین جلسه (زمان پیگیری)،

پرسشنامه‌ها مجدداً توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا گردید. برای سنجش پریشانی روان‌شناختی از فرم کوتاه شده پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس^۱ (DASS) لایبوند و لایبوند^۲ (۱۹۹۵) که شامل ۲۱ گویه است و هر ۷ گویه، یک عامل یا سازه روانی شامل افسردگی، اضطراب و استرس را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا نمره سه (زیاد) بوده و حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب در هر سازه به ترتیب ۰ و ۲۱ می‌باشد (۵). پایایی مقیاس داس از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش شده است (۳۲). در ایران، پایایی این ابزار در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰ نفر) برای میزان افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ به دست آمده است. برای بررسی اعتبار ملاک داس ۲۱، از اجرای هم‌زمان پرسشنامه‌های افسردگی

بک^۳، اضطراب زانگ^۴ و استرس ادراک‌شده استفاده شده که همبستگی خرده مقیاس افسردگی داس با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و آزمون استرس ادراک‌شده، ۰/۴۹ به دست آمده است (۳۳). در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۷ به دست آمد.

هم‌چنین برای اندازه‌گیری بار مراقبتی مراقبین از مقیاس بار مراقبتی زاریت و همکاران^۵ (۱۹۹۸) استفاده شد (۱۱). این پرسشنامه، یک ابزار ۲۲ ماده‌ای شامل دو خرده مقیاس عینی و ذهنی هست. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت است که دامنه‌ی نمرات ۰ تا ۴ را شامل می‌شود. نمره ۰-۲۰ کم بودن یا عدم فشار مراقبتی، ۲۱-۴۰ فشار مراقبتی متوسط و ۴۱-۸۸ فشار مراقبتی شدید را نشان می‌دهد. روایی و پایایی این ابزار در سال ۱۳۹۵ توسط طالبی و همکاران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۳۴). در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۹۲ محاسبه شد.

¹ Depression, Anxiety, Stress Scale
² Lovibond & Lovibond

³ Beck
⁴ Zank
⁵ Zarit

جدول ۱. بسته‌های درمانی

| بسته درمانی ۱. ذهن‌آگاهی طرح‌واره محور (۲۱) | |
|---|---|
| جلسات | محتوای جلسات |
| جلسه اول | معرفی- توضیح درباره طرح‌واره‌ها و دفتر یادداشت طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها- تمرین وارسی بدن- تکلیف خانگی |
| جلسه دوم | توجه آگاهانه به محیط پیرامون- توجه آگاهانه به تنفس- توجه آگاهانه به صداها، احساس‌های جسمانی، افکار و هیجان‌ها- آگاهی ره‌اشده- تکلیف خانگی |
| جلسه سوم | توجه آگاهانه به تنفس- فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای- توجه آگاهانه به خاطرات دردناک و پیاده‌روی- تکلیف خانگی |
| جلسه چهارم | توجه آگاهانه به طرح‌واره و روش مقابله با آن- شیرین‌کاری توجه آگاهانه- آشنایی با طرح‌واره‌ها- تکلیف خانگی |
| جلسه پنجم | مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه وجود دارد (واکنش در قالب ذهنیت‌های بزرگسال سالم و کودک خوشحال)- توجه آگاهانه سه‌دقیقه‌ای به طرح‌واره (وضعیت بودن و شدن)- پذیرش توجه آگاهانه خود و دیگران- تکلیف خانگی |
| جلسه ششم | طرح‌واره‌ها- واقعیت یا خیال- توجه آگاهانه به پیاده‌روی- رها کردن طرح‌واره‌ها به حال خود- تکلیف خانگی |
| جلسه هفتم | توجه آگاهانه و مراقبت از خود از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال- آماده شدن برای آینده- نیازهای بزرگسال سالم و کودک خوشحال- توجه آگاهانه به طرح‌واره‌ها در حکم افکار محض- تکلیف خانگی |
| جلسه هشتم | آینده- طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها در آینده- توجه آگاهانه به خودتان به‌عنوان کودک و بزرگسال- شیرین‌کاری توأم با ذهن‌آگاهی به طرح‌واره و ذهنیت در تعاملات فردی |
| جلسه پیگیری | ۴۵ روز بعد از آخرین جلسه- زمان کوتاه‌تر- تأکید بر حفظ و بهبود مهارت‌های اکتسابی پیشین |

بسته درمانی ۲. ذهن آگاهی مراقب محور (۲۵)

| | |
|-------------|---|
| جلسه اول | معرفی ذهن آگاهی ویژه مراقبین- توضیح درباره علت اجرای این دوره و نحوه تعامل ذهن و بدن در برابر استرس-آموزش وضعیت‌های بدن در تمرینات ذهن آگاهی- آموزش تمرین تنفس (۵ دقیقه‌ای) ویژه مراقبین- تکلیف خانگی |
| جلسه دوم | تمرین خوردن ذهن آگاهانه-آموزش آشنایی با ذهن واکنشی - تمرین فن توقف-تنفس-عمل- تکلیف خانگی |
| جلسه سوم | تمرین تنفس (آرامش کمتر از ۲ دقیقه)- آموزش تمرین دوش گرفتن و تمرین تمرکز بر بدن- تکلیف خانگی |
| جلسه چهارم | آموزش تمرین مراقبه کوهستان ویژه و تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار ویژه مراقبین- تکلیف خانگی |
| جلسه پنجم | آموزش تمرین انتخاب تغییر جهت تمرکز ویژه مراقبین به عنوان راهکاری جهت مقابله با افکار و هیجانات ناخوشایند- تکلیف خانگی |
| جلسه ششم | آموزش تمرین تنظیم حالت بدن ویژه مراقبین- آموزش تمرین مراقبت از خود ویژه مراقبین-آموزش تمرین تعیین حدود مرزها در کنار حجم کارها ویژه مراقبین- تکلیف خانگی |
| جلسه هفتم | آموزش تمرین مراقبه راه رفتن ذهن آگاهانه- آموزش تمرین ذهن آگاهی رها شدن ویژه مراقبین- تکلیف خانگی |
| جلسه هشتم | تمرین تعیین حدود مرزها- آموزش راهکارهای مقابله با مقاومت در برابر انجام تمرینات- تکلیف خانگی |
| جلسه پیگیری | ۴۵ روز بعد از آخرین جلسه- زمان کوتاه‌تر- تأکید بر حفظ و بهبود مهارت‌های اکتسابی پیشین |

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

گروه‌های مستقل، غیر معنی‌دار به دست آمد ($p=0/718, t=0/479$). بیشتر نمونه‌ها (۸۰٪) در گروه‌های مداخله و کنترل، زن و دارای مدرک لیسانس (۴۰٪) بودند. نتایج آزمون کای دو، تفاوت معنی‌داری را بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر جنسیت و سطح تحصیلات، نشان نداد.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش، $48/47 \pm 8/31$ و در گروه کنترل $46/13 \pm 9/44$ سال بود. بررسی تفاوت میانگین سنی دو گروه با استفاده از آزمون تی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه و سه مرحله پژوهش

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | میانگین | میانگین | میانگین |
| اضطراب | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۸/۳۳±۵/۱۶ | ۳/۷۳±۳/۴۱ | ۳/۰۷±۴/۱۵ |
| | ذهن آگاهی مراقب محور | ۷/۱۶±۴/۸۵ | ۴±۳/۴۳ | ۴/۱۳±۳/۶۴ |
| | کنترل | ۸/۳۴±۴/۲۳ | ۸/۷۳±۴/۵۷ | ۸/۸±۴/۵۵ |
| افسردگی | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۹/۳±۳/۹۲ | ۲/۸۷±۲/۵۵ | ۲/۴۷±۲/۶۱ |
| | ذهن آگاهی مراقب محور | ۹/۲۷±۶/۳۴ | ۴/۱۳±۳/۶۴ | ۳/۹۳±۴/۳۸ |
| | کنترل | ۹±۴/۰۳ | ۹/۶±۳/۹۴ | ۱۰/۰۳±۴/۱۷ |
| استرس | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۱۱/۵۳±۴/۰۶ | ۴/۰۷±۲/۲۲ | ۴/۲±۲/۴۵ |
| | ذهن آگاهی مراقب محور | ۱۱/۷±۵/۳۳ | ۵/۳۳±۳/۳ | ۴/۷۳±۳/۱ |
| | کنترل | ۱۱/۴±۳/۳۹ | ۱۱/۳۳±۳/۳۳ | ۱۱/۵۷±۲/۷۴ |
| بار مراقبتی | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۳۴/۳۳±۱۰/۵۲ | ۲۴/۲۷±۱۲/۶۲ | ۲۱/۴۷±۱۵/۸۵ |
| | ذهن آگاهی مراقب محور | ۳۵/۸±۱۴/۱۵ | ۲۲/۱۳±۱۰/۴۳ | ۱۹/۰۷±۱۰/۳۵ |
| | کنترل | ۳۳/۴±۱۴/۷۳ | ۳۴/۱۳±۱۵/۰۳ | ۳۳/۹۳±۱۴/۲ |

به گروه کنترل تغییر بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشت.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله نسبت

استفاده از آزمون ماچلی^۳ در همه متغیرهای پژوهش رد شد ($p < 0.05$)، لذا در بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون گرین‌هاوس گریزر^۴ استفاده شد. نتایج مقایسه بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده گردید. هم‌چنین با استفاده از آزمون لوین^۲، برابری واریانس گروه‌ها در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بررسی و تأیید شد (سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ بود)؛ اما پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با

³ Mauchly

⁴ Greenhouse-Geisser

¹ Shapiro-Wilk

² Levene

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

| متغیر | اثر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | sig | اندازه اثر | توان آماری |
|---------|--------------|----------|---------------|------------|-----------------|--------|-------|------------|------------|
| بهبود | بین آزمودنی | گروه | ۳۶۳/۷۵ | ۲ | ۱۸۱/۸۴ | ۳/۷۷ | ۰/۰۳ | ۰/۱۵۲ | ۰/۷۰۲ |
| | خطا | ۲۰۳۳/۴۶۷ | ۴۲ | ۴۸/۵۲ | | | | | |
| اضطراب | درون آزمودنی | اثر زمان | ۲۱۵/۶۶ | ۱/۵۰۸ | ۱۴۳/۰۱ | ۳۵/۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵۶ | ۱/۰۰۰ |
| | خطا | ۱۵۷/۹۴ | ۳/۰۲ | ۵۲/۳۶۸ | ۱۲/۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ | ۱/۰۰۰ | |
| افسردگی | بین آزمودنی | گروه | ۵۵۱/۶۳ | ۲ | ۲۷۵/۸۲ | ۶/۱۶ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۲۷ | ۰/۸۶۸ |
| | خطا | ۱۸۷۹/۶ | ۴۲ | ۴۴/۷۵ | | | | | |
| افسردگی | درون آزمودنی | اثر زمان | ۴۰۷/۰۸ | ۱/۲۹ | ۳۱۳/۶۸ | ۷۴/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۹ | ۱/۰۰۰ |
| | خطا | ۳۱۶/۳۸۹ | ۲/۵۹ | ۱۲۱/۹ | ۲۸/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷۹ | ۱/۰۰۰ | |
| افسردگی | بین آزمودنی | گروه | ۶۱۷/۷ | ۲ | ۳۰۸/۷۵ | ۱۲/۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۷ | ۰/۹۹۳ |
| | خطا | ۱۰۶۲/۹ | ۴۲ | ۲۵/۳۰۷ | | | | | |
| افسردگی | درون آزمودنی | اثر زمان | ۶۵۸/۱۴ | ۱/۴۸ | ۴۴۵/۹۵ | ۱۲۱/۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴۳ | ۱/۰۰۰ |
| | خطا | ۳۴۱/۶۲ | ۲/۹۵ | ۱۱۵/۷۷ | ۳۱/۵۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶ | ۱/۰۰۰ | |
| بهبود | بین آزمودنی | گروه | ۱۳۳۱/۶۲ | ۲ | ۶۱۵/۸۱۱ | ۱۱/۲۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۹ | ۱/۰۰۰ |
| | خطا | ۲۳۰۰/۲ | ۴۲ | ۵۴/۷۷ | | | | | |
| بهبود | درون آزمودنی | اثر زمان | ۲۳۵۱/۱۲۶ | ۱/۷۰۱ | ۱۳۸۲/۱۰۷ | ۲۹/۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ | ۱/۰۰۰ |
| | خطا | ۱۴۰۷/۷۶ | ۳/۴ | ۴۱۳/۷۷ | ۵/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹۴ | ۰/۹۹۶ | |
| بهبود | بین آزمودنی | گروه | ۳۳۸۵/۱۱ | ۲ | ۱۶۹/۳۷ | ۷۱/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹۴ | ۰/۹۹۶ |
| | خطا | ۳۳۸۵/۱۱ | ۴۲ | ۷۱/۴۴ | | | | | |

در اضطراب و ۳۴/۹ درصد در بار مراقبتی به تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داد که اثر اصلی زمان نیز در همه‌ی متغیرها معنی‌دار بود ($p < 0.001$). به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات اضطراب، استرس، افسردگی و بار مراقبتی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۳، در اثرات بین آزمودنی اثر اصلی گروه در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار به‌دست‌آمد ($p < 0.05$). به‌عبارت‌دیگر، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. نتایج نشان داد که ۱۵/۲ درصد از تفاوت‌های فردی در اضطراب، ۲۲/۷ درصد در افسردگی، ۶۳/۷ درصد

آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری با هم داشتند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در اضطراب، استرس، افسردگی و بار مراقبتی به ترتیب برابر با ۰/۳۸، ۰/۵۷۹، ۰/۶ و ۰/۲۹۴ یا ۰/۳۸، ۰/۵۷۹، ۰/۶ و ۰/۲۹۴ درصد به دست آمد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

برابر با ۰/۴۵، ۰/۶۳، ۰/۷۴ و ۰/۴۱ درصد و معنی‌دار بود. هم‌چنین اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار به دست آمد ($p < 0.001$) که نشان می‌دهد تفاوت نمرات اضطراب، استرس، افسردگی و بار مراقبتی در سه مرحله از پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار بود یا به عبارت دیگر روند تغییر نمرات اضطراب، استرس، افسردگی و بار مراقبتی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

| متغیر | مرحله | گروه | تفاوت میانگین | نتیجه معنی‌داری |
|-------------|----------|-------------------------|---------------|-----------------|
| اضطراب | پس‌آزمون | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۵- | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۴/۷۳- | ۰/۰۰۲ |
| | پیگیری | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۲۶۷/۰ | ۰/۸۵ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۵/۷۳- | ۰/۰۰۱ |
| افسردگی | پس‌آزمون | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۴/۶۷- | ۰/۰۰۴ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۱/۰۷ | ۰/۴۸۳ |
| | پیگیری | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۶/۷۳- | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۵/۴۷- | ۰/۰۰۱ |
| استرس | پس‌آزمون | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۲۷/۱ | ۰/۳۱۸ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۷/۵۵- | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۶/۱- | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۱/۴۷ | ۰/۲۹۷ |
| بار مراقبتی | پس‌آزمون | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۷/۲۶- | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۶- | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۲ | ۰/۲۵۴ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۷/۳۵- | ۰/۰۰۱ |
| اضطراب | پس‌آزمون | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۸/۶- | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۵۳/۰ | ۰/۶۰۲ |
| | پیگیری | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۹/۸۶- | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۱۲- | ۰/۰۰۱ |
| افسردگی | پس‌آزمون | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۲/۱۳- | ۰/۶۴۵ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۱۲/۴۷- | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ذهن آگاهی طرح‌واره محور | ۱۴/۸۷- | ۰/۰۰۱ |
| | | ذهن آگاهی مراقب محور | ۲/۴- | ۰/۶۲۱ |

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیرهای اضطراب، افسردگی، استرس و بار مراقبتی، تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش ذهن آگاهی طرح‌واره محور و ذهن آگاهی مراقب محور و گروه کنترل در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار

به دست آمده است ($p < 0.05$). در مقایسه دو روش درمانی نیز نتایج حاکی از آن است که تفاوت میانگین نمرات متغیرهای اضطراب، افسردگی، استرس و بار مراقبتی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

مداخله با یکدیگر تفاوت معنی‌داری را نشان نداده است.

بحث

هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو روش ذهن‌آگاهی طرح‌واره محور و مراقب محور بر پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی طرح‌واره محور به طور معناداری باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس می‌شود. در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه به دلیل نوین بودن درمان ذهن‌آگاهی طرح‌واره محور، پژوهشی که به طور کامل از نظر موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، یافت نشد؛ ولی نتایج این پژوهش با جنبه‌هایی از یافته‌های مطالعات انجام‌شده توسط کالوت و همکاران (۱۴)، مؤذنی و همکاران (۲۲)؛ عقیلی (۲۳) و آوا و همکاران (۲۰) هم‌راستا است. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان داشت که طبق دیدگاه ذهن‌آگاهی طرح‌واره محور با تمرکز بر تکنیک‌های بین فردی روان‌شناختی و تجربی از طریق توجه عاری از قضاوت به تجربه‌ی درونی فعال‌سازی طرح‌واره و ذهنیت، مجال برای روش‌های بدیع برای پاسخ‌گویی به وجود می‌آید. آموزش هم‌زمان تنظیم توجه و هیجان به کاهش نشانه‌های مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت منتهی می‌گردد. در مدل ذهن‌آگاهی طرح‌واره محور، تجربه مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس به‌عنوان یک عامل راه‌انداز، طرح‌واره‌های مرتبط افراد را فعال می‌کند و با تأثیر بر ادراک آن‌ها از خودشان، دیگران و دنیا منجر به تجربه‌ی هیجانات شدید و دردناک می‌شود. طرح‌واره‌ها و نفوذ آن‌ها بر زندگی افراد در صورت استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناسالم (اجتناب، جبران افراطی و تسلیم) تداوم می‌یابند. جهت سوق دادن هدایت خودکار ذهن که تحت تأثیر طرح‌واره و

ذهنیت‌ها است و تنظیم و مدیریت هیجانات و توجه نیاز به انجام مستمر و منظم تمرینات ذهن‌آگاهی و درعین حال عدم قضاوت و عدم واکنش همراه با پذیرش، شکیبایی، اعتماد، تقلا نکردن، رها کردن، همدلی، ملایمت و مهرورزی می‌باشد؛ بنابراین به نظر می‌رسد، علت تأثیر ذهن‌آگاهی، تنظیم توجه و هیجان است؛ بنابراین با تکنیک‌های ذهن‌آگاهی علائم روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس و هم‌چنین بار مراقبت ادراک‌شده در مراقبین کاهش و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود می‌یابد.

در این مطالعه، تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مراقب محور بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران دمانس نیز تأیید گردید. این یافته با نتایج مطالعات گودریج^۱ و همکاران (۱۶)، اسپینگل مایر^۲ و همکاران (۱۷)، مولرو ژورادو^۳ و همکاران (۱۸) و تولئا^۴ و همکاران (۱۹) هم‌خوانی دارد. با توجه به این نکته که استرس ناشی از مراقبت عمدتاً به‌صورت پریشانی متشکل از علائم افسردگی و اضطراب ظاهر می‌شود (۶)، در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت با یادگیری تکنیک‌های ذهن‌آگاهی مراقبین با ارزیابی بدون قضاوت از مراقبت‌های خود افکار منفی خود را نسبت به موقعیت‌های دشوار کاهش دهند. ذهن‌آگاهی می‌تواند تمرکز مراقبین را به سمت ارزیابی‌های مثبت سوق داده و به‌زیستی مراقب را ارتقا دهد. پس از تمرینات ذهن‌آگاهی، افزایش شفقت به خود باعث محافظت فرد در برابر اضطراب می‌گردد (۳۰)؛ بنابراین علاوه بر عوامل اجتماعی مانند حمایت رسمی و غیررسمی، ازجمله عوامل حفاظتی برای مراقبین آن دسته از ویژگی‌های فردی آن‌ها ازجمله ذهن‌آگاه بودن است که با مداخله قابل اصلاح است. فعال کردن ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک حالت فرآیند خودتنظیمی است که هرکسی به میزان کم یا

¹ Goodridge

² Spiegelmyer

³ Molero Jurado

⁴ Tolea

زیاد دارد و هدف آن افزایش ذهن آگاهی به عنوان یک ویژگی که دارای ساختار پیچیده و چند جنبه‌ای می‌باشد. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که ذهن آگاهی با سلامت روان بهتر مرتبط بوده و از بروز افسردگی و سایر علائم پاتولوژیک جلوگیری می‌کند (۱۶). نشخوار فکری، یک مکانیسم میانجی برای نقش سودمند ذهن آگاهی است که در افرادی که دارای ویژگی تمرکز حواس بالا هستند، کمتر است (۳۱). ذهن آگاهی علائم روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی را کمتر و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و این ممکن است با استفاده کمتر از نشخوار فکری که نقش مهمی در بروز افسردگی دارد، توضیح داده شود. با کمک ذهن آگاهی افراد می‌توانند توجه خود را به سمت آنچه دارند، سوق دهند و یاد بگیرند که هیجانات و احساسات خود را بپذیرند و از تغییر یا اجتناب از آن دست بردارند؛ بنابراین هیجانات قوی نظیر پریشانی روان‌شناختی کمتر برانگیخته شده و تأثیر مخرب به جا می‌گذارند.

نتایج مطالعه نشان داد که بین اثربخشی این دو روش درمانی، تفاوت معناداری وجود نداشت. به نظر می‌رسد به دلیل برخی مشابهت‌ها در دو بسته درمانی و تمرکز اصلی دو مداخله بر ذهن آگاهی، هر دو درمان به یک اندازه در کاهش بار مراقبتی و پریشانی روان‌شناختی موثر می‌باشند. از طریق تمرین ذهن آگاهی، شرکت کنندگان حالت بدون قضاوت از آگاهی در لحظه حال را پیدا می‌کنند که بر تفسیر رویدادهای استرس زای زندگی تأثیر می‌گذارد. این افزایش آگاهی، انعطاف پذیری ذهنی و توانایی دیدن افکار و احساسات ناراحت کننده به عنوان رویدادهایی که می‌گذرند، به جای حقیقت، تأثیر منفی رویدادهای استرس زا را کاهش می‌دهد. ترویج ارزیابی مجدد مثبت، یک ماریچ رو به بالا از فرآیندهای روان‌شناختی

مثبت را فعال می‌کند و از بار مراقبتی این مراقبین می‌کاهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن پژوهش و دشواری در جلب همکاری و حفظ انگیزه آن‌ها برای تداوم مشارکت اشاره نمود. هم‌چنین، پژوهش حاضر صرفاً در دو بیمارستان شهر اصفهان انجام شد، بنابراین باید در تعمیم نتایج، جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی روی جمعیت وسیع‌تر و سایر شهرها تکرار گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان ذهن آگاهی طرح‌واره محور و مراقب محور روی پریشانی روان‌شناختی و بار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس تأثیر داشته و بین این دو روش، تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران و متخصصان این حیطه از این مداخلات جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی مراقبین بیماران دمانس استفاده کنند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1400.337 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) مورد تصویب قرار گرفته است. از تمامی افرادی که به نوعی حمایت و همکاری در اجرای پژوهش داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1- Grande G, Qiu C, Fratiglioni L. Prevention of dementia in an ageing world: evidence and biological rationale. *Ageing Research Reviews*. 2020;64:101045.
- 2- World Health Organization. *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*; 2021.
- 3- McAuliffe L, Ong B, Kinsella G. Mediators of burden and depression in dementia family caregivers: kinship differences. *Dementia*. 2020;19(7):2234-50.
- 4- del-Pino-Casado R, Priego-Cubero E, López-Martínez C, Orgeta V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science One*. 2021;16(3):e0247143.
- 5- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 1995;33(3):335-43.
- 6- Gérard P, Zech E. Informal caregiver burnout? development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:466359.
- 7- Razi NA, Minhat HS, Zulkefli NA, Ahmad N, Mohd TA, Jaafar H. A systematic review on caregiver's burden among caregivers of dementia patients in Malaysia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*. 2023;19:254-62.
- 8- Watson B, Tatangelo G, McCabe M. Depression and anxiety among partner and offspring carers of people with dementia: a systematic review. *The Gerontologist*. 2019;59(5):e597-610.
- 9- Whitworth HB, Whitworth J. *A caregiver's guide to Lewy body dementia*. Springer Publishing Company; 2020.
- 10-Mohammed MA, Moles RJ, Hilmer SN, O'Donnell LK, Chen TF. Development and validation of an instrument for measuring the burden of medicine on functioning and well-being: the Medication-Related Burden Quality of Life (MRB-QoL) tool. *British Medical Journal Open*. 2018;8(1):e018880.
- 11-Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
- 12-Gabriel IO, Aluko JO, Okeme MI. Caregiver burden among informal caregivers of women with breast cancer. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. 2019;15(3):1-9.
- 13-Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: a concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. 2020;7(4):438-45.
- 14-Calvete E, Franco MA, Oñate L, Alonso MS, Bermejo-Toro L. Trait mindfulness, rumination, and well-being in family caregivers of people with acquired brain injury. *Clínica y Salud*. 2021;32(2):71-77.
- 15-Brody H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009;11(2):217-28.
- 16-Goodridge D, Reis N, Neiser J, Haubrich T, Westberg B, Erickson-Lumb L, et al. An app-based mindfulness-based self-compassion program to support caregivers of people with dementia: participatory feasibility study. *Journal of Medical Internet Research Aging*. 2021;4(4):e28652.
- 17-Spigelmyer PC, Kalarchian M, Lutz C, Brar P. Mindfulness self-compassion: helping family caregivers cope with cognitive behaviors of dementia. *Journal of Holistic Nursing*. 2023;41(2):118-29.
- 18-Molero Jurado MD, Perez-Fuentes MD, Barragan Martin AB, Soriano Sanchez JG, Oropesa Ruiz NF, Sisto M, et al. Mindfulness in family caregivers of persons with dementia: systematic review and meta-analysis. *Healthcare*. 2020;8(3):93.
- 19-Tolea MI, Camacho S, Cohen IR, Galvin JE. Mindfulness and care experience in family caregivers of persons living with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*. 2023;(Preprint):1-4.
- 20-Awuah DM. Interventions to reduce the role strain of informal adult caregivers of individuals with neurocognitive and mental disorders. *Clinical NeuroSciences Spectrums*. 2023;28(2):223-24.
- 21-Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G. *Mindfulness and schema therapy: a practical guide*. John Wiley & Sons; 2014.
- 22-Mozamzadeh T, Gholamrezaei S, Rezaei F. The effect of schema therapy on severity of depression and suicidal thoughts in patients with resistant to depression. *Armaghane Danesh*. 2018;23(2):253-66 [Persian].

- 23-Aghili M, Hejazi F. Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on primary maladaptive schemas and stress in the elderly of Gorgan daily centers in 1398-1399. *Clinical Psychology of Achievements*. 2019;4(4):11-24 [Persian].
- 24-Koppers D, Van HL, Peen J, Dekker JJ. Exploring the effect of group schema therapy and comorbidity on the treatment course of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2023;36(1):80-85.
- 25-Rezek C. *Mindfulness for carers: how to manage the demands of caregiving while finding a place for yourself*. Jessica Kingsley Publishers; 2015.
- 26-Tobore TO. On the etiopathogenesis and pathophysiology of alzheimer's disease: a comprehensive theoretical review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019;68(2):417-37.
- 27-Stall NM, Kim SJ, Hardacre KA, Shah PS, Straus SE, Bronskill SE, et al. Association of informal caregiver distress with health outcomes of community-dwelling dementia care recipients: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(3):609-17.
- 28-van den Hurk DG, Schellekens MP, Molema J, Speckens AE, van der Drift MA. Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliative Medicine*. 2015;29(7):652-60.
- 29-Lindeza P, Rodrigues M, Costa J, Guerreiro M, Rosa MM. Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*. 2020;0:1-12.
- 30-Thimm JC. Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2017;17(1):3-17.
- 31-Jury TK, Jose PE. Does rumination function as a longitudinal mediator between mindfulness and depression? *Mindfulness*. 2019;10:1091-104.
- 32-Antony MM, Bieling PJ, Cox PJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998;10(2):176-81.
- 33-Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2005;1(4) [Persian].
- 34-Talebi M, Mokhtari Lakeh N, Rezasoltani P. Caregiver burden in caregivers of renal patients under hemodialysis. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2016;26(2):59-68.