

اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر بارمراقبت و خستگی از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس

ناهدی رضانی^۱، ایلناز سجادیان^۲، غلامرضا منشئی^۳، مجید برکتین^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: شیوع بالای بیماری دمانس در جهان و پیامدهای روانی مرتبط با آن از جمله بار مراقبت و خستگی از شفقت، سلامت روان مراقبین آن‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر بارمراقبت و خستگی از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس بود.

روش‌ها: این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد بود که در سال ۱۴۰۱ بر روی مراقبین بیماران دمانس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر اصفهان انجام شد. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان کارآمدی هیجانی را دریافت نمودند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌های بار مراقبت Zarit و کیفیت زندگی حرفه‌ای Stamm بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: میزان تأثیر درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش بار مراقبت و خستگی از شفقت در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۶/۱ و ۱۷/۴ درصد است. تأثیر درمان در متغیرهای بار مراقبت و خستگی از شفقت در مرحله‌ی پیگیری به ترتیب ۱۵/۲ و ۱۵/۶ درصد است. تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون معنی‌دار نیست، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر دو متغیر بین گروه شاهد با آزمایش تفاوت معنی‌داری به‌دست آمده است.

نتیجه‌گیری: درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش بار مراقبت و خستگی از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس تأثیر معنی‌دار داشت.

واژگان کلیدی: بار مراقبت؛ مراقبین؛ خستگی از شفقت؛ دمانس؛ هیجان

ارجاع: رضانی ناهید، سجادیان ایلناز، منشئی غلامرضا، برکتین مجید. اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر بارمراقبت و خستگی از شفقت در

مراقبین بیماران مبتلا به دمانس. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۲؛ ۴۱ (۷۲۰): ۳۷۳-۳۸۱

مقدمه

مراقبان غیررسمی این بیماران در معرض خطر افزایش اثرات نامطلوب سلامت روان، از جمله انزوای اجتماعی، استرس، فشار بار مراقبت، افسردگی و سایر مشکلات سلامتی مرتبط با مراقبت هستند (۵). بار مراقبت، واکنش منفی تجربه شده توسط فرد مراقبت‌کننده در اثر ارائه‌ی مراقبت تعریف می‌شود (۶). سازه‌ای چندبعدی شامل پیامدهای فیزیکی، روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی که با مدل استرس اقتباس شده برای جمعیت مراقب شامل عوامل استرس‌زای مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با مراقبت، مطابق است (۷). مراقبان خانواده، قسمت اعظم این عوارض روانی، جسمی، اقتصادی و اجتماعی بیماری را متحمل می‌گردند (۸). علاوه بر اثرات مستقیم

دمانس یا زوال عقل (Dementia)، سندرم پیش‌رونده‌ی است که بر حافظه، تفکر، رفتار و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره تأثیر گذاشته و یکی از دلایل اصلی ناتوانی و وابستگی در میان سالمندان در سراسر جهان است که افراد، مراقبین، خانواده‌ها و جوامع را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). باوجود روند افزایشی تعداد مبتلایان به دمانس و پیشرفت علائم، درمانی برای این بیماری وجود ندارد (۲) و به دلیل این افزایش، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، با مشکلات متعددی روبرو هستند (۳). مراقبین خانوادگی، بخش فراوانی از مراقبت را به خود اختصاص داده‌اند (۴). به همین علت،

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

۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، 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

نویسنده‌ی مسؤول: ایلناز سجادیان؛ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
Email: i.sajadian@khuisf.ac.ir

مراقبت در زندگی مراقبین، بروز احساس گناه و سرخوردگی در این مراقبین نشان‌دهنده تشدید مشکلات اجتماعی و بهداشتی مرتبط با بیماری هم در بیماران و هم در مراقبین آنها هست (۹). از طرفی بار مراقبت در تقابل با خواسته‌های زندگی است و هرچه این خواسته‌ها بیشتر باشد، میزان بار عینی و ذهنی افزایش می‌یابد (۱۰). مراقبت برای مراقبان مشکلاتی نظیر استرس، انزوا و گوشه‌گیری و فشار بار در طول مراقبت را به دنبال دارد که زندگی و سلامتی مراقبین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). تجربه‌ی بار مراقبت توسط مراقبین دمانس، در اثر خستگی از شفقت هم می‌تواند بروز نماید و حتی ممکن است رابطه‌ی بین بار مراقبت و خستگی از شفقت متقابل هم باشد (۱۱)؛ بنابراین در کنار بار مراقبت، یکی دیگر از متغیرهای بسیار مهم تأثیرگذار برای مراقبین بیماران دمانس متغیر خستگی از شفقت است.

متغیر خستگی از شفقت، به فرسودگی جسمی و روانی اشاره دارد که معمولاً در طول زمان بر کمک‌کنندگان و ارائه‌دهندگان مراقبت تأثیر می‌گذارد و می‌تواند شامل طیف گسترده‌ای از علائم و نشانه‌ها شامل مشکلات و علائم روان‌شناختی، جسمانی و رفتاری باشد (۱۲). این متغیر با پیامدهای نامطلوب مراقبت نظیر عصبانیت، افسردگی، بی‌تفاوتی در مراقبت از افراد نیازمند (۱۲) و نوعی استرس یا فشار ناشی از مشکلات و چالش‌های موجود در تعامل با دریافت‌کنندگان مراقبت همراه است (۱۳). مراقبان خانواده، به ویژه مراقبین افراد مسن مبتلا به دمانس، بسیاری از ویژگی‌های خستگی از شفقت، نظیر بار مراقبت، درماندگی، ناامیدی، احساس گرفتاری را تجربه می‌کنند (۱۴). مطالعه در خصوص متغیر خستگی از شفقت در زمینه‌ی مراقبان حرفه‌ای، یعنی پرستاران، پزشکان و مددکاران اجتماعی به‌طور گسترده انجام شده است (۱۵). با این وجود، پژوهش مرتبط با آن در بین مراقبین خانواده کم است (۱۱، ۱۶، ۱۷). برخی از این تحقیقات سطوح بالا و مداوم بار مراقبت در مراقبین را گزارش می‌دهند (۱۱، ۱۸). ثابت‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی افسردگی، بار مراقبت و خستگی از شفقت مشکلات رفتاری بیمار، سبک مقابله‌ای، ویژگی‌های شخصیتی و شایستگی مراقب با تأکید بر مشکلات رفتاری بیان شده است (۱۹).

در سال‌های اخیر به علت افزایش تعداد بیماران دمانس و با توجه به طیف فشارها و مسائل مربوط به مراقبین افراد مبتلا به دمانس، این مراقبین نیازمند یاری هر چه بیشتر در راستای غلبه بر مشکلات مختلف روان‌شناختی خود هستند (۲۰). توجه به متغیرهایی نظیر بار مراقبت و خستگی از شفقت که با بهزیستی و سلامت جسم و روان مراقبین مرتبط است، ضروری به نظر می‌رسد.

در همین راستا ارائه‌ی درمان‌های جدید برخاسته از نظریه‌ها و مبتنی بر بافت با توجه به طیف وسیع مشکلات هیجانی در مراقبین

بیماران دمانس (۲۱)، مورد توجه قرار گرفته است. از جمله‌ی این درمان‌ها، کارآمدی هیجانی است که با هدف کمک به درمان‌جویان دارای اختلالات مرتبط با تنظیم هیجان نظیر اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه ارائه شده است (۲۲). این درمان فراتشخیصی است به این معنی که به راهبردهایی اشاره دارد که افراد از آنها برای وقوع، تشدید و ابراز دامنه‌ی گسترده‌ای از هیجانات استفاده می‌کنند (۲۳). در این درمان مؤلفه‌های سه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت)، رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی- رفتاری و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در قالب یک پروتکل مبتنی بر مواجهه باهم یکپارچه می‌گردد. به اعتقاد محققان به دلیل وجود مکانیسم بد تنظیمی هیجان و به دنبال آن شکل‌گیری و تداوم اختلالات هیجانی در افراد، این رویکرد درمانی در افزایش کارآمدی در مقابله با هیجان‌های منفی، افزایش تحمل پریشانی (نوعی توانایی مقاومت در برابر رویدادهای ناخوشایند درونی) و کاهش اجتناب هیجانی اثربخش است (۲۲). در این درمان آموزش آگاهی از هیجان، پذیرش هیجانی و یادگیری مشاهده مؤلفه‌های هیجان شامل مواجهه‌ی هیجانی ساختاریافته، شفاف‌سازی ارزش‌ها، مواجهه‌ی تصویری همراه با شش مهارت مقابله‌ی ذهن‌آگاهانه مدنظر است (۲۴). اساس درمان فوق، آگاهی از هیجان و پذیرش ذهن‌آگاهانه می‌باشد (۲۵). درمان کارآمدی هیجانی افزایش کارآمدی در مقابله با هیجان‌های منفی و افزایش تحمل پریشانی، بهبود علائم افسردگی و تقویت توان خودمراقبتی در سالمندان افسرده (۲۳) و لکنت زبان در بزرگسالان (۲۶) را نشان داده است.

به‌طورکلی مطالعه‌ی اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر روی گروه‌های سنی دیگر یا بر روی متغیرهای دیگر انجام شده، اما در مراقبین و بر روی بار مراقبت و خستگی از شفقت انجام نشده است و این خود می‌تواند یکی از ضرورت‌های اجرای این پژوهش باشد. انتخاب این درمان به‌واسطه‌ی محتوا، فنون و مبانی مربوط به آن، همراه با نگاهی به مطالعات مرتبط با اثربخشی احتمالی این درمان‌ها بر متغیرهای بار مراقبت و خستگی از شفقت نشان داده، استفاده از این درمان در میان مراقبین افراد مبتلا به دمانس تا اندازه‌ای که شایسته و لازم بوده مورد توجه قرار نگرفته است. از این‌رو، 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 زمره‌ی مهم‌ترین بسترهای طراحی مطالعه‌ی حاضر بوده است. علاوه بر این تعیین اثربخشی این درمان در این مطالعه، تاکنون انجام نشده تا بتوان در باب اثربخشی رقابتی این درمان با درمان‌های دیگر دانش و بینش لازم و کافی در دسترس داشت؛ بنابراین هدف از این مطالعه، تعیین اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر بار مراقبت و خستگی از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس بود.

در سال‌های اخیر به علت افزایش تعداد بیماران دمانس و با توجه به طیف فشارها و مسائل مربوط به مراقبین افراد مبتلا به دمانس، این مراقبین نیازمند یاری هر چه بیشتر در راستای غلبه بر مشکلات مختلف روان‌شناختی خود هستند (۲۰). توجه به متغیرهایی نظیر بار مراقبت و خستگی از شفقت که با بهزیستی و سلامت جسم و روان مراقبین مرتبط است، ضروری به نظر می‌رسد.

در همین راستا ارائه‌ی درمان‌های جدید برخاسته از نظریه‌ها و مبتنی بر بافت با توجه به طیف وسیع مشکلات هیجانی در مراقبین

روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد بود که بر اساس مجوز کمیته‌ی اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1400.337 و کد مجوز انجام تحقیق کار آزمایشی بالینی به شماره‌ی IRCT20220127053841N1 انجام شد.

جامعه‌ی آماری شامل مراقبین بیماران مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر اصفهان در بهار و تابستان سال ۱۴۰۱ بود. شیوه‌ی نمونه‌گیری، هدفمند بود و شرکت‌کنندگان با استفاده از قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. نمونه‌ی مطالعه، شامل ۳۰ نفر مراقب بود که بر اساس ملاک‌های ورود: (۱) داشتن سن ۳۰ سال به بالا، (۲) عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان، (۳) مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس به مدت حداقل ۶ ماه، (۴) تمایل جهت شرکت در پژوهش، با توجه به تشخیص متخصصین مغز و اعصاب و مصاحبه‌ی صورت گرفته انتخاب شدند.

معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل (۱) انصراف از ادامه‌ی همکاری، (۲) امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها بود. اگر بیشتر از دو جلسه غیبت داشتند در تحلیل وارد نمی‌شدند، اما از درمان نیز خارج نمی‌شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون و پس از تکمیل نمودن پرسش‌نامه‌ها مراقبین در گروه آزمایش وارد درمان کارآمدی هیجانی برگرفته از McKay و West شدند (۲۲). این درمان طی ۸ هفته و در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر دارای گواهی معتبر در سایت آموزشی بیمارستان کاشانی انجام شد. جلسه‌ی پیگیری به فاصله‌ی یک ماه و نیم برگزار شد. در این مدت، گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه شاهد نیز اجرا شد.

دستورالعمل این مداخله‌ی درمانی به اقتباس از مطالعه‌ی McKay و West در جدول ۱ آمده است (۲۲).

ابزار سنجش: (۱) ZBI- مقیاس Zarit Burden Interview؛ مقیاس بار مراقبت توسط Zarit و همکاران (۱۹۸۰) ساخته شد (۱۳). این پرسش‌نامه، یک ارزیابی ۲۲ ماده‌ای شامل دو خرده‌مقیاس عینی و ذهنی است. روش نمره‌گذاری لیکرت بود که دامنه‌ی نمرات ۰ تا ۴ را شامل می‌شد. نمره‌های صفر تا ۲۰ کم بودن یا عدم فشار مراقبتی، نمره‌ی ۲۱ تا ۴۰ فشار مراقبتی متوسط و نمره‌ی ۴۱ تا ۸۸ فشار مراقبتی شدید را نشان می‌دهد. روایی و پایایی این ابزار در سال ۱۳۹۵ توسط طالبی و همکاران مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (۲۷).

(۲) Compassion Fatigue: پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی توسط Stamm (۲۰۱۰) تدوین شده است (۲۸). آزمون به‌کار برده شده در این پژوهش شامل ۳۰ ماده و سه مؤلفه‌ی رضایت از شفقت،

فرسودگی شغلی و آسیب ثانویه است. در این پرسش‌نامه، خستگی از شفقت از مجموع نمرات فرسودگی شغلی و آسیب ثانویه محاسبه می‌گردد (۲۸). روش نمره‌گذاری لیکرت پنج‌گزینه‌ای با دامنه‌ی نمرات ۱ تا ۵ بود. ماده‌های ۱، ۴، ۱۵، ۱۷ و ۲۹ به‌صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند. دامنه‌ی نوسان امتیازات خستگی از شفقت بین ۳۰ تا ۱۵۰ در نوسان است و افزایش امتیازات در این پرسش‌نامه به معنای خستگی از شفقت بیشتر می‌باشد. پایایی آزمون با آلفای کرونباخ برای مقیاس رضایت از شفقت ۰/۸۸، فرسودگی شغلی، ۰/۶۸ و آسیب ثانویه، ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۸). روایی صوری این آزمون نیز توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه تأیید شده است (۲۹).

در ایران این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی حیدری بر روی مراقبین (مادران) دارای کودک فلج مغزی استفاده شد و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس خستگی از شفقت، ۰/۷۸ محاسبه گردید (۱۶) و در مطالعه‌ی رئوفی و همکاران (۱۷) بر روی مراقبین (مادران) دارای کودک مبتلا به سرطان و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس خستگی از شفقت ۰/۷۲ و برای نمره‌ی کل پرسش‌نامه ۰/۷۸ به دست آمده است. پایایی پرسش‌نامه در پژوهش نیز حاضر ۰/۸۷۹ به دست آمد. در این مطالعه صرفاً از خرده‌مقیاس خستگی از شفقت استفاده گردید. 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.

داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس اندازه‌های مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, N) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ مشاهده می‌شود. میانگین سنی در گروه آزمایش $48/47 \pm 8/31$ و در گروه شاهد $46/13 \pm 9/44$ بوده است که بررسی تفاوت میانگین سنی دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل غیر معنی‌دار به‌دست آمده است ($sig = 0/718, t = 0/479$).

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای بار مراقبت و خستگی از شفقت در گروه مداخله (درمان کارآمدی) نسبت به گروه شاهد، کاهش بیشتر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد.

جدول ۱. بسته‌ی درمانی کارآمدی هیجانی McKay و West (۲۰۱۶)

جلسه	محتوای جلسات
اول	مشاهده و پذیرش، آگاهی: خوشامدگویی و تکمیل پرسش‌نامه‌ها پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و ساختار آن، آموزش روانی در مورد هیجان‌ها و آگاهی از هیجان
دوم	پذیرش ذهن آگاهانه: موج‌سواری بر روی هیجان، آموزش پیرامون کارکرد مغز در بعد هیجان، آموزش روانی در مورد پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی درباره‌ی موج‌سواری روی هیجان و مواجهه و تمرین
سوم	عمل مبتنی بر ارزش‌ها- بخش اول- تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره‌ی لحظه‌ی انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه‌ی تصویری و بازخورد
چهارم	عمل مبتنی بر ارزش‌ها- بخش دوم- تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، تمرین هیولاها در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه‌ی تصویری و بازخورد
پنجم	مقابله‌ی ذهن آگاهانه: تن آرامی و خود آرام‌سازی- تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره‌ی مقابله‌ی ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی و خود تن آرامی، تمرین مهارت‌های تن آرامی و خود آرام‌سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد
ششم	مقابله‌ی ذهن آگاهانه: افکار مقابله‌ای و پذیرش بنیادین- تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره‌ی پذیرش بنیادین، تمرین درباره‌ی پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد
هفتم	مقابله‌ی ذهن آگاهانه: توجه برگردانی و وقت استراحت- تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره‌ی توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه‌ی تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی
هشتم	تثبیت، رفع اشکال و جمع‌بندی- تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور برنامه‌ی کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای تحصیلات و جنسیت

متغیر	کارآمدی هیجانی		شاهد	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
تحصیلات				
دیپلم	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۵
فوق دیپلم	۶/۷	۱	۶/۷	۱
کارشناسی	۴۰	۶	۴۰	۶
کارشناسی ارشد	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۲
دکتری	۶/۷	۱	۶/۷	۱
جنسیت				
زن	۸۰	۱۲	۸۰	۱۲
مرد	۲۰	۳	۲۰	۳

منظور از آزمون Shapiro-Wilk استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است (همه‌ی سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵).

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون Leven استفاده شده است. نتایج نشان داد در متغیر بار مراقبت در مرحله‌ی پیش‌آزمون ($F = ۰/۳۳۷, sig = ۰/۵۶۶$)، پس‌آزمون ($F = ۰/۲۹۷, sig = ۰/۵۹۰$) و پیگیری ($F = ۰/۴۴, sig = ۰/۵۱۳$) و در متغیر خستگی از شفقت در پیش‌آزمون ($F = ۰/۱۳۳, sig = ۰/۳۳۹$)، پس‌آزمون ($F = ۰/۱۴۱, sig = ۰/۲۳$) و پیگیری ($F = ۰/۲۱۱, sig = ۰/۱۶۴$) به‌دست آمده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر در هر سه مرحله تأیید شده است.

هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی بار مراقبت و خستگی از شفقت به تفکیک گروه آزمایش و شاهد در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
بار مراقبت	آزمایش	۳۲/۳۳ ± ۱۶/۴۱	۲۲/۴۷ ± ۱۲/۳۹	۲۴/۵ ± ۱۱/۹۵
	شاهد	۳۳/۴ ± ۱۴/۳۳	۳۴/۱۳ ± ۱۵/۳	۳۳/۹۳ ± ۱۴/۲۱
خستگی از شفقت	آزمایش	۴۹/۴۷ ± ۸/۶۹	۳۹/۶۷ ± ۵/۸۹	۴۰/۹۳ ± ۶/۸۵
	شاهد	۴۸/۹۳ ± ۱۱/۲۶	۴۸/۰۷ ± ۹/۰۱	۴۸/۸ ± ۱۰/۵

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
بار مراقبت	بین آزمودنی	گروه	۱۲۳۲/۱	۱	۱۲۳۲/۱	۲/۱۳	۰/۱۵۶	۰/۰۷۱	۰/۲۹۱
	درون آزمودنی	اثر زمان	۳۵۱/۰۹	۱/۴۴	۲۴۴/۵۳۴	۱۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳	۰/۹۸۳
		اثر زمان × گروه	۴۶۹/۴	۱/۴۴	۳۲۶/۹۳۸	۱۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹	۰/۹۹۷
خستگی از شفقت	بین آزمودنی	گروه	۶۱۸/۸۴۴	۱	۶۱۸/۸۴۴	۲/۲۹	۰/۱۴۱	۰/۰۷۶	۰/۳۱
	درون آزمودنی	اثر زمان	۴۸۲/۲۲	۱/۵۲	۳۱۷/۷۰۴	۱۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱	۰/۹۹۸
		اثر زمان × گروه	۳۷۶/۶۲۲	۱/۵۲	۲۴۸/۱۳۱	۱۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۹۹

نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه‌ی دو گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله در جدول ۵ آمده است.

نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت دو گروه آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($P > 0/05$) اما تفاوت در مراحل پس‌آزمون و همچنین پیگیری در هر دو متغیر بار مراقبت و خستگی از شفقت بین گروه شاهد با گروه آزمایش یا درمان کارآمدی هیجانی معنی‌داری به‌دست آمده است ($P < 0/01$) که نشان می‌دهد میزان تأثیر درمان کارآمدی هیجانی بر کاهش بار مراقبت و خستگی از شفقت در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۶/۱ و ۱۷/۴ درصد حاصل شده است. همچنین تأثیر درمان کارآمدی هیجانی در متغیرهای بار مراقبت و خستگی از شفقت در مرحله‌ی پیگیری به ترتیب برابر با ۱۵/۲ و ۱۵/۶ درصد به‌دست آمده است.

نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه‌ی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش در گروه آزمایش در جدول ۶ آمده است.

نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه‌ی میانگین نمرات بار مراقبت و خستگی از شفقت، در سه مرحله در گروه آزمایش در جدول ۶ نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات همه‌ی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است ($P < 0/001$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این گروه معنی‌دار به‌دست نیامده است ($P > 0/05$).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه‌ی دو گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی‌داری	اندازه‌ی اثر	متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی‌داری	اندازه‌ی اثر
بار مراقبت	پیش‌آزمون	-۱/۰۷	۰/۸۵۳	۰/۰۰۱	خستگی از شفقت	پیش‌آزمون	۰/۵۳۳	۰/۸۹۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۱۱/۶۶	۰/۰۱	۰/۱۶۱		پس‌آزمون	-۸/۴	۰/۰۱	۰/۱۷۴
	پیگیری	-۹/۴۷	۰/۰۱	۰/۱۵۲		پیگیری	-۷/۷	۰/۰۱	۰/۱۵۶

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه‌ی نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش در گروه آزمایش

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی داری	مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری
بار مراقبت	پیش آزمون	۹/۸۷	۰/۰۰۱	پیش آزمون	۹/۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۸۸	۰/۰۱	پیگیری	۸/۵۳	۰/۰۰۲
	پس آزمون	-۲	۰/۲۸۸	پس آزمون	-۱/۲۷	۰/۷۴۱

آموزش تکنیک‌های موجود ذهن‌آگاهی در این درمان، مراقبان می‌توانند کارهای مهم و دشوار خود را با بار کمتر و پذیرش، امید، آرامش و حضور بیشتر انجام دهند. مکانیسم‌هایی که از طریق آن‌ها تمرکز حواس مراقبان بالا می‌رود، موجب می‌شوند سطوح بالاتری از ویژگی‌های ذهن‌آگاهی با سطوح بالاتر کیفیت زندگی و سطوح پایین‌تر علائم اضطرابی و همچنین بار مراقبت که مستقیماً با افسردگی و اضطراب در ارتباط است (۳۲) ایجاد گردد.

همچنین یافته‌ها احتمال اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر خستگی از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس را تأیید کرد. نتایج پژوهش در بافتی کلی با نتایج مطالعه‌ی Annabi و Malik (۳۳) و Walton (۳۴) هم‌راستا می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود این درمان با ادغام مؤلفه‌های آگاهی از هیجان، پذیرش هیجان، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله‌ی ذهن‌آگاهانه به افراد می‌آموزد که پریشانی خود را تحمل کنند، در صورت نیاز هیجانات را کاهش دهند و انتخاب‌هایی همسو با ارزش‌هایشان انجام دهند. انتخاب‌هایی که در نهایت منجر به افزایش رفتارهای خودمراقبتی و کاهش پاسخ‌های ناسازگارانه خواهد شد. از طرف دیگر کاربرد آموزش ذهن‌آگاهی در درمان کارآمدی هیجانی موجب افزایش احساس خودآگاهی و کاهش شدت آشفتگی شناختی می‌گردد و این موضوع منجر به تنظیم هیجان شده و کاهش خستگی از شفقت را به دنبال دارد (۲۲، ۳۲). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با استفاده از پنج مؤلفه‌ی آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها، مقابله‌ی ذهن‌آگاهانه و تمرین مهارت‌های مبتنی بر مواجهه بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش اجتناب از هیجان تمرکز می‌کند (۲۲). این درمان با هدف قرار دادن دو فرایند فراتشخیصی، یعنی عدم تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای به افزایش کارآمدی هیجانی می‌پردازد (۲۲) و بنابراین با افزایش تحمل پریشانی، زمینه را برای دسترسی به راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجان تسهیل می‌کند. همچنین از طرف دیگر مؤلفه‌ی ارزش‌ها که توان انگیزه بخشیدن و ایجاد تغییر در فرد را دارا است، با تأثیرگذاری بر عامل‌های زیربنایی هیجانی، موجب افزایش آگاهی و توان مدیریت هیجانات می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نداشتن جلسه برای گروه شاهد، عدم تمایل مراقبین برای شرکت در مطالعه و دشواری در جلب همکاری و حفظ انگیزه‌ی آن‌ها برای تداوم مشارکت، دشواری

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، درمان کارآمدی هیجان بر کاهش بار مراقبت و خستگی از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس در مرحله‌ی پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته و این تأثیر در مرحله‌ی پیگیری نیز باقی مانده است.

بحث

از یافته‌های این پژوهش می‌توان به اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر بارمراقبت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس اشاره نمود. از آنجایی که درمان کارآمدی هیجانی درمانی تلفیقی از درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) ACT و رفتاردرمانی دیالکتیک همراه با راهبردهای ذهن‌آگاهی که یکی از تکنیک‌های اصلی ACT است، می‌باشد (۲۲)، بنابراین در بافتی کلی‌تر نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعه‌ی Fowler و همکاران مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد برای مراقبین بزرگسالان مبتلا به بیماری آلزایمر و دمانس‌های مرتبط (۳۰) و مطالعه‌ی Han و Yuen، مبنی بر اثربخشی ACT بر افسردگی، استرس، اضطراب و بار مراقبت در مراقبین مضطرب هم‌راستا می‌باشد (۳۱).

مراقبان بیماران مبتلا به دمانس سطوح بالایی از پریشانی، بار مراقبت و رنج وجودی را گزارش می‌کنند. با این حال، کسانی که راهبردهای مقابله‌ای سالم دارند، استرس و بار مراقبت کمتری دارند. در درمان پذیرش و تعهد، هدف تقویت پذیرش بیشتر و در عین حال ترویج اقدامات همسو با ارزش‌های شخصی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی در مواجهه با چالش‌ها است (۳۰).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان نمود، استفاده از راهبردهای مداخله‌ی پذیرش و تعهد همراه با افزایش ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش استرس و بار مراقبت در مراقبین گردد. مراقبان بیماران مبتلا به دمانس، بار مراقبت زیادی را تحمل می‌کنند و کیفیت زندگی پایینی را برای خود گزارش می‌نمایند (۳۰). در درمان کارآمدی هیجانی، یادگیری فراهیجان از طریق مؤلفه‌های این درمان موجب کاهش علائم روان‌شناختی نظیر بار مراقبت، خستگی عاطفی و اصلاح بدتنظیمی هیجان که عامل اساسی در بروز هیجانات ناسازگار و به تبع آن پاسخ‌های ناسازگار و ناکارآمد و رنج و خلق منفی است، شده و فعال شدن رفتارهای جدید و انتخابی توسط فرد را به دنبال دارد. با

خستگی از شفقت در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس، تأثیر معنی‌داری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی مراقبین همراه در پژوهش و مسئولین گرامی که اجازه‌ی برگزاری و دسترسی به اطلاعات مورد نیاز را دادند تشکر می‌کنیم. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، از خانم دکتر اسحاقیان مدیریت پرستاری و آقای سرلک مسؤول سایت آموزشی بیمارستان کاشانی و از داوران محترم به خاطر ارائه‌ی نظرهای ساختاری و علمی سپاسگزاری می‌شود.

کار با گروه تحت مطالعه و مشکلات آموزش مطالب مربوط به درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی به مراقبین اشاره نمود. 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 وسیع‌تر صورت پذیرد، کارآیی درمان کارآمدی هیجان بر متغیرهای دیگر در این گروه سنی بررسی شود و به دلیل این‌که اکثر مراقبین زن می‌باشند، مطالعه‌ای در این جمعیت جداگانه انجام گردد، همچنین مطالعه‌ای در خصوص مقایسه‌ی مراقبین رسمی و غیررسمی نیز پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

درمان کارآمدی هیجان می‌تواند بر بهبود فشار ناشی از بار مراقبت و

References

- Chowdhary N, Barbui C, Anstey KJ, Kivipelto M, Barbera M, Peters R, et al. Reducing the risk of cognitive decline and dementia: WHO recommendations. *Front Neurol* 2021; 12: 765584.
- Berk L, Warmenhoven F, van Os J, van Boxtel M. Mindfulness training for people with dementia and their caregivers: rationale, current research, and future directions. *Front Psychol* 2018; 9: 982.
- Bremer P, Challis D, Hallberg IR, Leino-Kilpi H, Saks K, Vellas B, et al. Informal and formal care: Substitutes or complements in care for people with dementia? Empirical evidence for 8 European countries. *Health Policy* 2017; 121(6): 613-22.
- Dahlberg L, Berndt H, Lennartsson C, Schön P. Receipt of formal and informal help with specific care tasks among older people living in their own home. National trends over two decades. *Soc Policy Adm* 2018; 52(1): 91-110.
- Whitworth HB, Whitworth J. A caregiver's guide to Lewy body dementia. 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer Publishing Company; 2020.
- 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. *BMJ Open* 2018; 8(1): e018880.
- Smith KJ, George C, Ferreira N. Factors emerging from the "Zarit Burden Interview" and predictive variables in a UK sample of caregivers for people with dementia-CORRIGENDUM. *Int Psychogeriatr* 2019; 31(3): 437.
- Brody H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2022; 11(2): 217-28.
- Springate BA, Tremont G. Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014; 22(3): 294-300.
- Wakefield CJ. Community respite service utilisation and dementia care: a review of literature. *Aust J Adv Nurs* 2020; 37(2): 31-7.
- Lynch SH, Shuster G, Lobo ML. The family caregiver experience-examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. *Aging Ment Health* 2018; 22(11): 1424-31.
- Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: Stamm BH, editor. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Toronto, CA: The Sidran Press; 1995.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20(6): 649-55.
- Khalaila R. Caregiver burden and compassion fatigue among Arab family caregivers of older relatives. *J Appl Gerontol* 2021; 40(7): 722-30.
- El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area-a cross-sectional study. *Isr J Health Policy Res* 2013; 2(1): 31.
- Heidari R. Comparing compassion fatigue, psychological distress and mindfulness skills among mothers of the children with cerebral paralysis (CP) and mothers of healthy ones [in Persian]. *Rooyesh* 2020; 9(1): 37-46.
- Raofi Adegani N, Sajjadian I, Reisi Dehkordi N. Effectiveness of compassion-focused therapy on the self care and compassion fatigue in mothers with cancer child [in Persian]. *Health Psychol* 2023; 11(4): 137-52.
- James K, Thompson C, Holder-Nevins D, Willie-Tyndale D, McKoy-Davis J, Eldemire-Shearer D. Caregivers of older persons in Jamaica: characteristics, burden, and associated factors. *J Appl Gerontol* 2021; 40(7): 713-21.
- van der Lee J, Bakker TJE, Duivenvoorden HJ, Dröes RM. Do determinants of burden and emotional

- distress in dementia caregivers change over time? *Aging Ment Health* 2017; 21(3): 232-40.
20. Bressan V, Hansen H, Koldby K, Andersen KD, Snijder A, Tagueo V, et al. Needs, issues, and expectations on dementia care at home across Europe to inform policy development: Findings from a transnational research study. *Health Policy* 2021; 125(8): 1013-22.
 21. 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. *PLoS One* 2021; 16(3): e0247143.
 22. McKay M, West A. *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2016
 23. Abdi Sarkami F, Mirzaian B, Abbasi G. The effectiveness of emotion efficacy therapy on the level of depression and self-care ability of non-clinical depressed elderly [in Persian]. *Iran J Nurs Res* 2021; 15(6): 65-74.
 24. Boden MT, Thompson RJ. Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion* 2015; 15(3): 399.
 25. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. *Psychiatry Res* 2018; 259: 554-61.
 26. Zareie Faskhudi B, Karbalaee A, Meigouni M, Rezabakhsh H, Ghelichi L. Comparison of the effect of unified transdiagnostic treatment from emotional disorders and emotion efficacy therapy on emotion regulation among adults with stuttering [in Persian]. *J Appl Psychol Res* 2021; 12(2): 185-209.
 27. Talebi M, Mokhtari Lakeh N, Rezasoltani P, Kazemnejad Leili E, Shamsizadeh M. Caregiver burden in caregivers of renalF patients under hemodialysis [in Persian]. *J Holist Nurs Midwifery* 2016; 26(2): 59-68.
 28. Stamm B. *The concise manual for the professional quality of life scale*. West Harrison, NY: Eastwoods, LLC; 2010.
 29. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Compassion fatigue in nurses of intensive care unit [in Persian]. *Med Ethics J* 2015; 9(33): 85-102.
 30. Fowler NR, Judge KS, Lucas K, Gowan T, Stutz P, Shan M, et al. Feasibility and acceptability of an acceptance and commitment therapy intervention for caregivers of adults with Alzheimer's disease and related dementias. *BMC Geriatr* 2021; 21(1): 127.
 31. Han A, Yuen HKHY. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) guided online for distressed caregivers of persons living with dementia. *Clin Gerontol* 2022; 45(4): 927-38.
 32. Griffiths AW, Wood AM, Tai S. The prospective role of defeat and entrapment in caregiver burden and depression amongst formal caregivers. *Pers Individ Differ* 2018; 120: 24-31.
 33. Malik H, Annabi CA. The impact of mindfulness practice on physician burnout: A scoping review. *Front Psychol* 2022; 13: 956651.
 34. Walton A. *The cost of caring: emergency department nurses, compassion fatigue, and the need for resilience training*. [Thesis]. Harrisonburg, Virginia: James Madison University; 2018.

The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Burden and Compassion Fatigue of Caregivers Patients with Dementia

Nahid Ramezani¹, Ilnaz Sajjadian², Gholam Reza Manshaee³, Majid Barekatin⁴

Original Article

Abstract

Background: The high prevalence of dementia in the world and the psychological consequences related to it, including caregiving burden and compassion fatigue, puts the mental health of their caregivers at risk. The aim of this study was to determine the effectiveness of emotion efficacy therapy on caregiving burden and compassion fatigue in caregivers of patients with dementia.

Methods: This was a semi-experimental research of pre-test-post-test type with a control group, which was conducted in 2022 on the caregivers of dementia patients referred to neurology clinics in Isfahan city. Thirty people were selected by purposeful sampling, according to the entry and exit criteria and randomly replaced in two experimental and control groups. The experimental group received eight weekly 90-minute sessions of emotional efficiency therapy. The research tool was Zarit's burden of care and Stamm's professional life quality questionnaires. After analyzing the data, it was done with repeated measures variance analysis.

Findings: The effect of EET on reducing care burden and compassion fatigue in the post-test is 16.1% and 17.4%, respectively. The effect of EET on care burden and compassion fatigue variables in the follow-up phase is 15.2% and 15.6%, respectively. The difference between the two groups is not significant in the pre-test stage, but in the post-test and follow-up stages, a significant difference has been obtained between the control group and the test in both variables.

Conclusion: Emotion efficacy therapy has a significant effect on reducing care burden and compassion fatigue in caregivers of patients with dementia.

Keywords: Caregiver; Burden; Compassion fatigue; Dementia; Emotion

Citation: Ramezani N, Sajjadian I, Manshaee GR, Barekatin M. **The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Burden and Compassion Fatigue of Caregivers Patients with Dementia.** J Isfahan Med Sch 2023; 41(720): 373-81.

1- PhD Candidate, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

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

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

3- Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran; Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir