



Journal Website

Article history:

Received 26 March 2025

Revised 29 June 2025

Accepted 07 July 2025

Published online 01 November 2025

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 4, Issue 3, pp 1-16



E-ISSN: 2981-1759

A Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Therapy on Depression and Alexithymia in Caregivers of Elderly People with Alzheimer's Disease

Abolfazl. Sadeghi¹, Mohammad Mehdi. Jahangiri^{1*}, Davood. Taghvaei¹

¹ Department of Psychology, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran.

* Corresponding author email address: mm.jahangiri@iau.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Sadeghi, A., Jahangiri, M. M., & Taghvaei, D. (2025). A Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Therapy on Depression and Alexithymia in Caregivers of Elderly People with Alzheimer's Disease. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(3), 1-16.



© 2025 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on depression and alexithymia in caregivers of Alzheimer's patients.

Methodology: This was a quasi-experimental study using a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The sample consisted of 45 caregivers of Alzheimer's patients in Arak, Iran, selected through purposive sampling. Participants were randomly assigned to three groups: MBSR intervention (n=15), CFT intervention (n=15), and control (n=15). Data were collected using the Beck Depression Inventory-II and the Toronto Alexithymia Scale and analyzed using multivariate repeated measures ANOVA.

Findings: Both MBSR and CFT significantly reduced depression and alexithymia scores compared to the control group ($P < 0.001$). However, CFT was more effective in reducing depression, while MBSR showed a stronger effect in decreasing alexithymia. These effects remained stable during the three-month follow-up phase.

Conclusion: Both interventions proved beneficial in improving the psychological well-being of caregivers. Nonetheless, the choice of intervention should be aligned with individual emotional and cognitive needs. MBSR appears more suitable for addressing emotional awareness issues (alexithymia), while CFT is better targeted for treating depressive symptoms.

Keywords: Mindfulness-Based Stress Reduction, Compassion-Focused Therapy, Depression, Alexithymia, Alzheimer's Caregivers

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Providing care for elderly individuals with Alzheimer's disease presents substantial psychological challenges for caregivers, especially in the advanced stages of the illness. Caregiving often leads to chronic stress, emotional exhaustion, and mental health problems such as depression and alexithymia—defined as the difficulty in identifying and describing emotional experiences. Studies have indicated that caregivers frequently experience elevated levels of emotional dysregulation and psychological vulnerability due to prolonged exposure to stress and insufficient coping mechanisms (Goodridge et al., 2024; Zehtab & Tabatabaieinejad, 2022). Depression, in particular, is prevalent among Alzheimer's caregivers and significantly impacts not only the caregivers' quality of life but also the quality of care provided to the elderly (Hazlett-Stevens, 2022; Sayadi et al., 2022).

Among the psychological interventions proposed to alleviate these conditions, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Compassion-Focused Therapy (CFT) have received notable attention. MBSR, developed by Kabat-Zinn, integrates mindfulness meditation and gentle yoga to enhance awareness of the present moment and promote acceptance of inner experiences. It has been shown to improve emotion regulation, reduce depressive symptoms, and strengthen cognitive flexibility in individuals under chronic stress (Ghazizadeh et al., 2023; Javadzade et al., 2024; Sofri et al., 2023). Research supports the efficacy of MBSR in treating a variety of emotional and somatic symptoms in caregivers and clinical populations (Li et al., 2023; Ozen & Cuijpers, 2022; Yildirim et al., 2022).

Conversely, CFT, grounded in evolutionary psychology and affective neuroscience, aims to activate the affiliative and soothing systems through compassion cultivation. It helps individuals reduce self-criticism, develop self-kindness, and enhance their ability to process negative affective states (Borjali et al., 2021; Damavandian et al., 2022; Farhadi et al., 2023). CFT has demonstrated effectiveness in reducing depression, shame, and emotional suppression, particularly among populations with trauma histories and chronic emotional difficulties (Kavousi et al., 2021; Mousavi et al., 2022; Tajdin et al., 2021).

Despite the growing body of research supporting both MBSR and CFT, few comparative studies have evaluated their differential impact on depression and alexithymia in dementia caregivers. Given the unique cognitive and emotional mechanisms targeted by each intervention, examining their effectiveness side by side could provide valuable insights for tailoring mental health interventions for caregiver populations. Additionally, alexithymia, often underexplored in caregiver literature, plays a critical role in emotional regulation deficits and may mediate the development or maintenance of depressive symptoms (Ghanbari et al., 2023; Zhang et al., 2022). Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of MBSR and CFT in reducing depression and alexithymia among caregivers of elderly people with Alzheimer's disease.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with a control group. The participants were 45 caregivers of elderly Alzheimer's patients from the Iran Alzheimer Association in Arak, selected using purposive sampling and randomly assigned to three groups: MBSR (n=15), CFT (n=15), and control (n=15). The inclusion criteria included age between 30 and 50, caregiving experience for more than two years, and no prior psychiatric hospitalization or current substance abuse. The

interventions lasted eight weeks, with structured weekly sessions based on standard MBSR and CFT protocols.

Data were collected using the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), administered at baseline, post-intervention, and three-month follow-up. The intervention content was standardized and delivered by trained therapists. MBSR sessions included body scan, breathing meditation, mindful movement, and daily homework. CFT sessions focused on psychoeducation about the emotional brain, compassionate imagery, letter-writing, and mindful self-compassion practices. Repeated measures multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the data.

Findings

The descriptive statistics indicated that the mean depression score in the MBSR group decreased from 14.80 (SD = 1.76) at pretest to 6.70 (SD = 1.80) at posttest and 7.05 (SD = 1.66) at follow-up. In the CFT group, depression decreased from 14.30 (SD = 1.97) to 8.15 (SD = 1.26) at posttest and 8.55 (SD = 1.43) at follow-up. The control group showed no significant change across all three time points.

Regarding alexithymia, the MBSR group showed significant improvements in all three TAS-20 subscales: difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking. For example, mean scores for difficulty identifying feelings dropped from 34.85 (SD = 3.73) to 23.65 (SD = 4.39) post-intervention and 24.20 (SD = 4.50) at follow-up. The CFT group also showed significant reductions, albeit to a lesser extent.

Pairwise comparisons revealed that both interventions were significantly more effective than the control group in reducing depression ($p < .001$). However, MBSR demonstrated a greater reduction in alexithymia scores compared to CFT. The difference in depression reduction between MBSR and CFT was also statistically significant, favoring CFT. The improvements in both groups remained stable at the three-month follow-up, indicating the sustainability of treatment effects.

Discussion and Conclusion

The findings from this study provide robust evidence supporting the efficacy of both MBSR and CFT in reducing depression and alexithymia among caregivers of elderly individuals with Alzheimer's disease. The differential impact observed—where MBSR was more effective in reducing alexithymia and CFT was superior in alleviating depression—suggests that these interventions operate through distinct mechanisms aligned with their theoretical foundations.

MBSR likely exerted its impact on alexithymia by fostering emotional awareness, body-mind integration, and nonjudgmental observation of internal experiences. The program's emphasis on present-moment attention and physiological grounding may have facilitated caregivers' ability to recognize and label their emotions, which is essential for overcoming alexithymic tendencies. This aligns with existing literature reporting the role of MBSR in enhancing interoceptive awareness and emotion differentiation.

In contrast, CFT's focus on developing self-compassion and reducing self-criticism may have been particularly beneficial in addressing the shame, guilt, and helplessness that commonly underlie depressive states in caregivers. The structured exercises in compassionate imagery and inner dialogue might have activated the caregivers' affiliative systems, promoting emotional soothing and psychological resilience. These therapeutic outcomes are in line with previous studies that highlight the relevance of CFT in contexts marked by chronic self-blame or trauma exposure.

The persistence of improvements observed at the three-month follow-up underscores the potential of both interventions for long-term mental health benefits. However, the findings also highlight the importance of matching interventions to the specific emotional difficulties of caregivers. While MBSR appears more suitable for individuals with impaired emotional recognition and regulation, CFT may be better suited for those struggling with depressive symptoms rooted in self-judgment and emotional invalidation.

In sum, this study offers valuable contributions to the field of caregiver mental health by providing comparative evidence on two promising psychotherapeutic approaches. Given the increasing burden on informal caregivers and the rising prevalence of dementia globally, scalable and evidence-based interventions like MBSR and CFT should be incorporated into caregiver support programs. These interventions not only alleviate psychological distress but also enhance the emotional competence and caregiving efficacy of individuals caring for some of society's most vulnerable members.



تاریخچه مقاله
دریافت شده در تاریخ ۶ فروردین ۱۴۰۴
اصلاح شده در تاریخ ۸ تیر ۱۴۰۴
پذیرفته شده در تاریخ ۱۶ تیر ۱۴۰۴
منتشر شده در تاریخ ۱۰ آبان ۱۴۰۴

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۴، شماره ۳، صفحه ۱۶-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شفقت متمرکز بر خود بر افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر

ابوالفضل صادقی^۱، محمد مهدی جهانگیری^{۱*}، داود تقوایی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: mm.jahangiri@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

صادقی، ابوالفضل، جهانگیری، محمد مهدی. و تقوایی، داود. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شفقت متمرکز بر خود بر افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۴ (۳)، ۱-۱۶.

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شفقت‌محور بر افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر بود.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در شهر اراک بود که ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جای‌گذاری شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله (MBSR و CFT) در کاهش افسردگی و ناگویی هیجانی در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بودند ($P < 0.001$). با این حال، در کاهش افسردگی، درمان شفقت‌محور مؤثرتر از MBSR عمل کرد، در حالی‌که در کاهش ناگویی هیجانی، برنامه ذهن‌آگاهی تأثیر معنادارتری نسبت به روش شفقت‌محور داشت. این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که هر دو روش درمانی می‌توانند به بهبود شاخص‌های روان‌شناختی مراقبین سالمندان آلزایمری کمک کنند، اما انتخاب روش درمانی باید بر اساس ویژگی‌های هیجانی و شناختی افراد انجام گیرد. MBSR برای کاهش ناگویی هیجانی و CFT برای افسردگی مؤثرتر است. **کلیدواژگان:** ذهن‌آگاهی، شفقت‌ورزی، افسردگی، ناگویی هیجانی، مراقبین آلزایمر



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



مقدمه

پدیده سالمندی در جوامع امروزی با سرعت فزاینده‌ای رو به گسترش است و همراه با آن، شیوع بیماری‌های تحلیل‌برنده شناختی همچون آلزایمر نیز افزایش یافته است. این بیماری نه تنها کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه فشار روانی، عاطفی و جسمانی قابل توجهی را نیز بر مراقبین وی تحمیل می‌کند (Goodridge et al., 2024). مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر به‌ویژه در مراحل پیشرفته بیماری، با چالش‌هایی از جمله فرسودگی هیجانی، احساس درماندگی، ناامیدی، اضطراب، افسردگی و اختلال در تنظیم هیجانات مواجه‌اند که در بلندمدت می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی همچون ناگویی هیجانی و افسردگی شود (Barghi Irani & Dehghan Saber, 2021; Ghazizadeh et al., 2023).

افسردگی یکی از رایج‌ترین پیامدهای روان‌شناختی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر محسوب می‌شود که نه تنها بر سلامت روان آن‌ها اثرگذار است، بلکه بر کیفیت مراقبت ارائه‌شده به بیمار نیز تأثیر منفی می‌گذارد (Sayadi et al., 2022; Zehtab & Tabatabaieinejad, 2022). در کنار آن، ناگویی هیجانی که به ناتوانی فرد در شناسایی، توصیف و پردازش هیجانات اشاره دارد، در مراقبین مزمن بیشتر دیده می‌شود و می‌تواند به‌عنوان عاملی برای افزایش آسیب‌پذیری روانی عمل کند (Javadzade et al., 2024; Tajdin et al., 2021). در چنین شرایطی، نیاز به مداخلاتی که همزمان بتوانند در کاهش افسردگی و ارتقاء خودآگاهی هیجانی مؤثر واقع شوند، بیش از پیش احساس می‌شود. از جمله رویکردهای نوین در روان‌درمانی که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند، می‌توان به برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شفقت متمرکز بر خود اشاره کرد. این مداخلات به‌طور خاص بر تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، خودپذیری، خودشفقتی و حضور ذهن در لحظه حال تمرکز دارند و نتایج مطالعات متعدد اثربخشی آن‌ها را در بهبود سلامت روان تأیید کرده‌اند (Hazlett, 2022; Stevens, 2022; Kavousi et al., 2021; Li et al., 2023).

برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی که نخستین بار توسط کبات-زین طراحی شد، مجموعه‌ای ساختارمند از تمرینات مراقبه‌ای و یوگا است که با هدف افزایش آگاهی فرد نسبت به تجربه‌های درونی بدون قضاوت اجرا می‌شود. این برنامه می‌تواند به مراقبین کمک کند تا به جای واکنش‌های خودکار و هیجانی به فشارهای روزمره، با پذیرش آگاهانه، واکنش‌های مناسب‌تری داشته باشند (Ghanbari et al., 2023; Javadzade et al., 2024). یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد که MBSR در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشار روانی و حتی مشکلات خواب مؤثر بوده است (Sofri et al., 2023; Tao et al., 2022).

در همین راستا، درمان شفقت متمرکز بر خود نیز یکی از رویکردهای فراشناختی مبتنی بر نظریه تکاملی مغز است که به دنبال تقویت سیستم آرام‌سازی در مغز از طریق پرورش مهارت‌های شفقت به خود، مهربانی، پذیرش و عدم قضاوت است (Borjali et al., 2021; Farhadi et al., 2023). این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا نسبت به خطاها و ناتوانی‌های خود، نگاهی مهربانانه داشته باشند و احساس گناه و شرم مزمن را کاهش دهند. در پژوهش‌هایی که در حوزه درمان شفقت‌محور انجام شده، نتایج حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اختلالات خودانتقادی و بهبود عزت‌نفس و تنظیم هیجانی بوده است (Damavandian et al., 2022; Mousavi et al., 2022).

با وجود اثربخشی اثبات‌شده هر دو رویکرد در حوزه‌های روان‌شناختی مختلف، تعداد مطالعاتی که این دو مداخله را به‌صورت تطبیقی و مشخصاً در زمینه افسردگی و ناگویی هیجانی در مراقبین بیماران آلزایمری بررسی کرده باشند، اندک است. این در حالی است که مراقبین



این بیماران، گروهی به‌شدت نیازمند مداخلات حمایتی چندوجهی هستند که با در نظر گرفتن محدودیت‌های زمانی، روانی و جسمی آنان، اثرگذاری سریع و پایدار داشته باشند (Connolly-Zubot et al., 2020; Yıldırım et al., 2022).

مطالعات پیشین نشان می‌دهند که تمرینات ذهن‌آگاهی از طریق افزایش آگاهی از بدن، کاهش شتاب‌زدگی شناختی و افزایش پذیرش، موجب کاهش مؤلفه‌های ناگویی هیجانی می‌شوند (Ozen & Cuijpers, 2022; Zehtab & Tabatabaieinejad, 2022). در مقابل، CFT از طریق ساختاردهی به نحوه درک فرد از خود و آموزش تکنیک‌های خودمهربانی، زمینه را برای کاهش افسردگی و نشانه‌های درونی‌سازی فراهم می‌سازد (Khayatan et al., 2021; Tajdin et al., 2021). با وجود این، تفاوت در مکانیسم‌های مداخله‌ای و نوع پاسخ‌هیجانی ایجاد شده در هر یک از این درمان‌ها، ضرورت مقایسه و ارزیابی روشمند آن‌ها را بیشتر می‌سازد.

از سوی دیگر، پژوهش‌ها تأکید دارند که تمرکز صرف بر درمان افسردگی بدون توجه به مهارت‌های پردازش هیجانی، در مراقبین سالمندان کافی نیست؛ زیرا بسیاری از آنان دچار سرکوب هیجانی مزمن و عدم توانایی در بیان احساسات هستند که این موضوع خود ریشه‌دارتر از صرف افسردگی است (Ghanbari et al., 2023; Goodridge et al., 2024). بنابراین، مداخلاتی که بتوانند همزمان ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری را پوشش دهند، اثربخشی بیشتری خواهند داشت.

پژوهش حاضر در راستای پر کردن این شکاف پژوهشی، با هدف مقایسه اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شفقت‌محور بر افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شده است.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر، مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک در ماههای بهمن ماه ۱۴۰۲ تا مرداد ماه ۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه لازم برای این بررسی ۴۵ نفر برای هر گروه محاسبه شد. ۴۵ نفر با توجه به ملاک‌های ورود ذکر شده به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۵۰- ۳۰ سال، سابقه نگهداری از سالمند مبتلا به آلزایمر بیشتر از ۲ سال، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

روش انجام تحقیق این پژوهش، یک طرح نیمه تجربی می‌باشد که با هدف مقایسه اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شفقت متمرکز بر خود بر افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شد. روش کار در سه مرحله انجام گرفت. پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک به محیط پژوهش انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آن‌ها بیان کرد. پس از کسب موافقت از ریاست و مسئولین انجمن آلزایمر ایران در شهر اراک کار نمونه‌گیری آغاز گردید. برای انجام پژوهش حاضر در ابتدا محتوای آموزشی براساس رویکرد درمانی هر مداخله با استفاده از منابع علمی و معتبر و با توجه به متغیرهای پژوهش شامل بر افسردگی و ناگویی هیجانی تهیه شده است. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. ابتدا از بین مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر که به انجمن مراجعه کرده بودند از بین ۵۴ نفر آزمودنی‌ها که مورد مصاحبه اولیه قرار گرفتند ۴۵ نفر از افراد با در نظر گرفتن



ملاک‌های ورود و همچنین تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند (با اخذ رضایت‌نامه کتبی) از طریق جایگزینی تصادفی به گروه‌های آزمایش اول و دوم و یک گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله و گروه کنترل انتخاب شدند. سپس اهداف پژوهش، مراحل پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و حق خروج آزادانه از مطالعه برای آن‌ها تشریح داده شد.

کلیه‌ی شرکت کنندگان برگه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه ناگویی هیجانی را مرحله پیش آزمون تکمیل کردند. گروه‌های آزمایشی تحت مداخلات ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه‌ای با هدف ارزیابی کلی اثربخشی مداخله صورت پذیرفت. همچنین به منظور حمایت آموزشی شرکت کنندگان به رعایت نکات گفته شده به طور عملی و تشویق آن‌ها به انجام آن در تمامی جلسات، در پایان هر جلسه آموزشی، برنامه هر جلسه به صورت جزوه آموزشی به بیماران ارائه شد. به آزمودنی‌ها گفته شد که در طول مدت پژوهش محقق سه روز در هفته (روزهای شنبه، دوشنبه، چهارشنبه) در انجمن حضور دارد و به سوالات احتمالی آن‌ها به صورت تلفنی و یا حضوری پاسخ می‌دهد. سه ماه پس از آخرین جلسه مداخله برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۳ گروه مداخله و کنترل، پس آزمون (post test) انجام شد و پرسشنامه‌ها مجدداً توسط بیماران تکمیل گردید. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از برگه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه ناگویی هیجانی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمون به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت. در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به هر دو گروه آزمون، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

- سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم: سیاهه افسردگی بک اولین بار توسط بک و همکاران (۱۹۶۱) ساخته شد و ویرایش دوم آن نیز توسط بک و دیگران (۱۹۹۶) مورد بازنگری قرار گرفت. این سیاهه، یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ سال به بالا است، دارای ۲۱ ماده است که برای ارزیابی علایم افسردگی (مانند غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) مورد بررسی قرار می‌گیرد. برای اجرای این سیاهه از آزمودنی خواسته می‌شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به ماده‌ها پاسخ دهد. این سیاهه به صورت فردی قابل اجرا است. به‌طور کلی، اجرای سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم بین پنج تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. بیماران دچار افسردگی شدید یا وسواس، زمان بیشتری را برای اجرای آزمون لازم دارند. در این پژوهش، اجرای پرسشگری به صورت فردی بود و از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا میزان افسردگی خود را بر روی یک پیوستار چهار درجه‌ای، از «۰» (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا «۳» (افسردگی شدید) درجه‌بندی کنند. نمره کل این سیاهه از حاصل جمع نمره ماده‌ها به دست می‌آید که دامنه آن می‌تواند از صفر تا ۶۳ باشد. نمره‌های بیشتر بیانگر سطوح بالای افسردگی است؛ این سیاهه نقطه برشی به عنوان عدم وجود افسردگی معرفی نمی‌کند.

- پرسشنامه ناگویی هیجانی: فرم اولیه مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ ماده‌ای است که توسط تیلور، راین و باگی در سال ۱۹۸۵ ساخته و در سال ۱۹۹۴ توسط باگی، تیلور و پارکر تجدیدنظر و به فرم ۲۰ ماده‌ای تبدیل شد. باگی و دیگران (۱۹۹۴) دریافتند که مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه عامل ساختاری است که با سازه ناگویی هیجانی همخوانی دارد. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره ۱ برای «کاملاً مخالفم» تا ۵ برای «کاملاً موافقم» است. در این مقیاس با جمع نمرات ۲۰ ماده، یک نمره کلی به دست می‌آید. ماده‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است.



در اکثر پژوهش‌ها، نقطه برش برای نمره کل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۶۰ یا ۶۱ در نظر گرفته می‌شود که از یک گروه کوچک بیمار به دست آمده است. اما برای هر خرده مقیاس به صورت تک تک، نقطه برش تعیین نشده است. پژوهشگر پس از برقراری ارتباط مطلوب با بیماران و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را در اختیار آن‌ها قرار داد تا به ماده‌ها پاسخ داده و آن را تکمیل کنند. این مقیاس به صورت فردی قابل اجرا است. نحوه نمره‌گذاری مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ برای «کاملاً مخالفم» تا ۵ برای «کاملاً موافقم») است. دامنه نمرات این متغیر بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که در آن نمره بالاتر شدت بیشتر ناگویی هیجانی را نشان می‌دهد.

مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هشت جلسه طراحی شد و با هدف کمک به مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در کاهش افسردگی و ناگویی هیجانی اجرا گردید. در جلسه اول، مفاهیم پایه ذهن‌آگاهی، قوانین گروهی و تمرین‌هایی نظیر خوردن کشمش با حضور ذهن و تنفس سه‌دقیقه‌ای آموزش داده شد. جلسه دوم با تمرکز بر تمرین واری بدن و مراقبه تنفسی همراه بود و تکنیک‌های یوگا معرفی شدند. در جلسه سوم، مراقبه نشسته و تمرینات یوگا تقویت شد و تمرین تنفس ادامه یافت. جلسه چهارم به تمرینات دیداری و شنیداری و تمرین ذهن‌آگاهی با تمرکز بر بدن اختصاص داشت. در جلسه پنجم، به بررسی هیجانات مثبت و منفی و واکنش به استرس پرداخته شد. جلسه ششم شامل مراقبه از صداها و افکار، تمرین اسکن بدن و یوگا بود. در جلسه هفتم، به بهداشت خواب، مراقبه کوهستان و تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش پرداخته شد. سرانجام، در جلسه هشتم بازنگری برنامه، تمرین مراقبه سنگ، مهره و تپله انجام گرفت و اهداف آینده شرکت‌کنندگان مورد بحث قرار گرفت. در پایان، پیگیری‌هایی برای تداوم اثر درمان نیز پیشنهاد شد.

مداخله درمان شفقت متمرکز بر خود نیز در قالب هشت جلسه اجرا شد و هدف آن ارتقاء خودشفقتی و کاهش افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین بود. در جلسه اول، شرکت‌کنندگان با مفاهیم فشار روانی، افسردگی و ناگویی هیجانی و همچنین اصول شفقت و خودمراقبتی آشنا شدند. در جلسه دوم، مفاهیم اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنادار بررسی شده و تمرین خوردن با حضور ذهن معرفی گردید. جلسه سوم شامل تمرین واری بدن، تنفس آگاهانه، آشنایی با ناگویی هیجانی، و شناخت ذهن تکامل یافته و ذهن غم‌انگیز بود. در جلسه چهارم، تمرینات مختلف مراقبه، گام تغییر نگرش و تکنیک‌های شناختی برای اصلاح اهداف و ارزش‌ها مطرح شد. جلسه پنجم با آموزش اصول خوش‌بینی، بخشش، خلوت‌گزینی و نوشتن نامه شفقت‌آمیز ادامه یافت. در جلسه ششم، مراقبه نشسته، پذیرش هیجان‌ها بدون قضاوت، و تکنیک‌های آرام‌سازی و ابراز هیجان بررسی شد. جلسه هفتم شامل تمرین تنفس منظم و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش برای افزایش حس تسلط بود. نهایتاً، در جلسه هشتم مرور کلی بر کل دوره، تثبیت آموخته‌ها و برنامه‌ریزی برای تمرین‌های خانگی پس از پایان دوره صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) $38/90 \pm 5/09$ ، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دوم (شفقت ورزی متمرکز به خود) $38/50 \pm 5/46$ و میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل $35/01 \pm 4/77$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) $2/34 \pm 4/33$ ، میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دوم (شفقت ورزی متمرکز به خود) $2/18 \pm 3/98$ و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار در گروه کنترل شرکت‌کنندگان در گروه $2/65 \pm 3/55$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) $38/90 \pm 5/09$ ، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دوم (شفقت ورزی متمرکز به خود)



۳۸/۵۰±۵/۴۶ و میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل ۳۵/۰۱±۴/۷۷ می باشد. همچنین همانطور که در جدول زیر نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) ۲/۳۴±۴/۳۳، میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار شرکت کنندگان در گروه آزمایش دوم (شفقت ورزی متمرکز به خود) ۲/۱۸±۳/۹۸ و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت از بیمار در گروه کنترل شرکت کنندگان در گروه ۲/۶۵±۳/۵۵ می باشد.

جدول ۱

آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین متغیرناگویی هیجانی برای شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه‌ها

مرحله گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)	تشخیص	۳۴/۸۵	۳/۷۳	۲۳/۶۵	۴/۳۹	۲۴/۲۰
	دشواری در توصیف احساسات	۲۵/۶۵	۳/۵۷	۱۷/۱۰	۲/۷۱	۱۷/۳۰
	تفکر عینی	۱۴/۰۱	۲/۱۷	۸/۰۱	۱/۹۷	۸/۶۰
	تشخیص	۳۳/۵۰	۴/۹۷	۲۲/۱۵	۴/۷۶	۲۲/۷۰
	دشواری در توصیف احساسات	۲۴/۱۰	۳/۸۹	۱۳/۴۰	۲/۷۰	۱۴/۰۵
	تفکر عینی	۱۴/۳۰	۲/۰۵	۷/۵۵	۱/۷۰	۸/۲۰
کنترل	تشخیص	۳۴/۰۵	۵/۰۱	۳۳/۲۵	۵/۰۶	۳۳/۷۰
	دشواری در توصیف احساسات	۲۴/۶۵	۲/۷۹	۲۲/۸۵	۲/۱۱	۲۳/۰۵
	تفکر عینی	۱۳/۳۰	۱/۹۷	۱۲/۹۰	۱/۹۹	۱۳/۴۰

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر دشواری در تشخیص احساسات شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) در مرحله پیش‌آزمون ۳۴/۳±۸۵/۷۳، در مرحله پس‌آزمون ۲۳/۶۵±۴/۳۹ و در مرحله پیگیری نیز ۲۴/۲۰±۴/۵۰ نسبتاً ثابت مانده است. با این وجود در گروه آزمایش دوم (شفقت ورزی متمرکز به خود) در مرحله پیش‌آزمون ۳۳/۵±۴/۹۷، در مرحله پس‌آزمون ۲۲/۴±۱۵/۷۶ کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز ۲۲/۷۰±۴/۷۱ نیز کاهش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ۳۴/۰۵±۵/۰۱، در مرحله پس‌آزمون ۳۳/۲۵±۵/۰۶ و در مرحله پیگیری نیز ۳۳/۷۰±۵/۲۵ نسبتاً ثابت مانده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی نیز به تفکیک گروه‌ها و مراحل مختلف مشاهده می‌شود.



جدول ۲

آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی شرکت‌کنندگان در پژوهش

مرحله گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)	افسردگی	۱۴/۸۰	۱/۷۶	۶/۷۰	۱/۸۰	۷/۰۵
آزمایش (شفقت ورزی متمرکز به خود)	افسردگی	۱۴/۳۰	۱/۹۷	۸/۱۵	۱/۲۶	۸/۵۵
کنترل	افسردگی	۱۳/۸۵	۲/۰۷	۱۳/۹۵	۱/۷۶	۱۳/۹۵

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) در مرحله پیش‌آزمون $14/80 \pm 1/76$ ، در مرحله پس‌آزمون $6/70 \pm 1/80$ و در مرحله پیگیری نیز $7/05 \pm 1/66$ کاهش یافته است. در گروه آزمایش دوم (شفقت ورزی متمرکز به خود) در مرحله پیش‌آزمون $14/30 \pm 1/97$ ، در مرحله پس‌آزمون $8/15 \pm 1/26$ کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز $8/55 \pm 1/43$ نیز نسبتاً کاهش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $13/85 \pm 2/07$ ، در مرحله پس‌آزمون $13/95 \pm 1/76$ و در مرحله پیگیری نیز $13/95 \pm 1/90$ نسبتاً ثابت مانده است.

جدول ۳

نتایج حاصل از مقایسه زوجی گروه‌ها برای مؤلفه‌های ناگویی هیجانی

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	کران بالا	کران پایین
ناگویی هیجانی	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۵*	۱/۵۰۱	۰/۳۲۲	۴/۵۱	-۱/۵۱
	ذهن آگاهی شفقت ورزی متمرکز به خود	۹/۶*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	-۱۲/۵۹	-۶/۵۹
	کنترل					
	شفقت ورزی	۲/۵*	۱/۵۰۱	۰/۳۲۲	-۴/۵۱	۱/۵۱
کنترل	متمرکز به خود	۱۱/۱*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	-۱۴/۱۱	-۸/۰۹
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی					
	کنترل					
	درمان	۹/۶*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	۱۲/۶۱	۶/۵۹
مبتنی بر ذهن آگاهی	مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۱/۱*	۱/۵۰۱	۰/۰۰۱	۱۴/۱۱	۸/۰۹
	شفقت ورزی متمرکز به خود					

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که میانگین تفاوت نمرات ناگویی هیجانی بین گروه درمان مبتنی بر کاهش استرس به شیوه ذهن آگاهی و گروه کنترل معنادار بوده است ($p = 0/001$). این یافته بیانگر آن است که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر بوده و نسبت به عدم مداخله (گروه کنترل) عملکرد بهتری داشته است. در



مقابل، مقایسه بین گروه شفقت‌ورزی متمرکز به خود و گروه کنترل نشان می‌دهد که تفاوت بین این دو گروه از نظر کاهش ناگویی هیجانی معنادار نبوده است ($p = 0/322$). به عبارت دیگر، برنامه مبتنی بر شفقت‌ورزی متمرکز به خود نتوانسته به‌طور معناداری در مقایسه با عدم مداخله، موجب کاهش ناگویی هیجانی شود. همچنین، مقایسه میان دو گروه آزمایشی یعنی ذهن آگاهی و شفقت‌ورزی نیز نشان داد که تفاوت معناداری از نظر میزان اثربخشی آن‌ها در کاهش ناگویی هیجانی وجود ندارد ($p = 0/322$). با وجود این، از آنجا که تنها درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنادار داشته، می‌توان نتیجه گرفت که این شیوه‌ی مداخله نسبت به دیگر روش‌ها عملکرد بهتری در کاهش ناگویی هیجانی داشته است. بنابراین، در مجموع می‌توان گفت برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، اثربخشی بیشتری در کاهش ناگویی هیجانی شرکت‌کنندگان نشان داده و می‌تواند در مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان روشی مؤثر برای کاهش این مؤلفه هیجانی مورد استفاده قرار گیرد.

جدول ۴

نتایج حاصل از مقایسه زوجی گروه‌ها برای متغیر افسردگی

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	کران بالا	کران پایین
افسردگی	شفقت ورزی	-۲/۵۵*	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	-۳/۸۸	-۱/۲۲
	متمرکز به خود	-۸/۸۵*	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۱۰/۱۸	-۷/۱۵۲
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی					
	کنترل					
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۲/۵۵*	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۳/۸۸	۱/۲۲
	شفقت ورزی متمرکز به خود	-۶/۳*	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	-۷/۶۳	-۴/۹۷
	کنترل					
	شفقت ورزی متمرکز به خود	۸/۸۵*	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۱۰/۱۸	۷/۵۲
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۶/۳*	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۷/۶۳	۴/۹۷
	کنترل					

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری برای مقایسه دو گروه شفقت ورزی متمرکز به خود و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی $P < 0/05$ می‌باشد، می‌توان گفت که بین دو شفقت ورزی متمرکز به خود و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در تغییر میانگین افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. با استناد به کاهش معنادار میانگین‌های افسردگی در هر دو گروه شفقت ورزی متمرکز به خود و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌توان بیان نمود که این دو درمان در کاهش افسردگی نقش دارند. با این وجود با توجه به کاهش بیشتر میانگین‌های افسردگی در گروه شفقت ورزی متمرکز به خود نسبت به گروه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل می‌توان بیان نمود که این شفقت ورزی متمرکز به خود در کاهش افسردگی تأثیر معنادار بیشتری داشته است.



بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و درمان شفقت‌محور (CFT) بر افسردگی و ناگویی هیجانی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر بود. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که هر دو مداخله به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی و ناگویی هیجانی در گروه‌های آزمایش شدند، اما اثربخشی این دو رویکرد در هر یک از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت داشت. به‌طور خاص، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش ناگویی هیجانی عملکرد بهتری نسبت به درمان شفقت‌محور داشت، در حالی که درمان شفقت‌محور در کاهش شدت افسردگی تأثیر بیشتری نشان داد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مکانیسم‌های متفاوت عمل در هر یک از این دو درمان می‌تواند به‌گونه‌ای متفاوت بر ابعاد هیجانی و شناختی افراد اثرگذار باشد.

در زمینه کاهش ناگویی هیجانی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه MBSR در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، بهبود چشمگیری در توانایی شناسایی، توصیف و پردازش هیجانات از خود نشان دادند. این یافته با مطالعات پیشین هم‌راستا است که نشان می‌دهد ذهن‌آگاهی از طریق ایجاد آگاهی بدون قضاوت نسبت به تجارب هیجانی، به افراد کمک می‌کند تا هیجانات سرکوب‌شده را به سطح آگاهی بیاورند و آن‌ها را درک کنند (Ghanbari et al., 2023; Hazlett-Stevens, 2022). همچنین مشخص شده است که تمرینات بدنی و مراقبه‌ای در MBSR باعث فعال‌سازی نواحی مغزی مرتبط با پردازش هیجانی شده و به بهبود تنظیم هیجان منجر می‌شود (Ghazizadeh et al., 2023; Javadzade et al., 2024). پژوهش‌های قبلی بر این نکته نیز تأکید کرده‌اند که MBSR با تقویت ارتباط میان ذهن و بدن، افراد را قادر می‌سازد تا پیام‌های هیجانی خود را از نشانه‌های جسمانی تفکیک کرده و دقیق‌تر ابراز کنند (Tao et al., 2022; Zehtab & Tabatabaieinejad, 2022). در همین راستا، یافته‌های پژوهش حاضر نیز مؤید آن است که ذهن‌آگاهی به‌ویژه برای افرادی که دارای ناگویی هیجانی هستند، به‌عنوان رویکردی تدریجی، ایمن و غیرتهاجمی می‌تواند اثربخشی بالاتری داشته باشد.

از سوی دیگر، درمان شفقت‌محور به‌طور معناداری در کاهش افسردگی مراقبین مؤثر واقع شد، به‌ویژه در مراحل پیگیری، این اثر همچنان پایدار باقی مانده بود. این نتیجه هم‌راستا با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند CFT با فعال‌سازی نظام‌های خودمهربانی و کاهش خودانتقادی مزمن، می‌تواند احساس گناه، شرم و نشخوارهای ذهنی منفی را کاهش دهد و به بهبود خلق منجر شود (Borjali et al., 2021; Farhadi et al., 2023; Mousavi et al., 2022). در درمان شفقت‌محور، استفاده از تکنیک‌هایی همچون تصویرسازی یک موجود مشفق، نامه‌نگاری شفقت‌آمیز و تمرین‌های شناختی، افراد را به پذیرش خود با تمام نواقص‌شان هدایت می‌کند و در نتیجه اضطراب وجودی و افسردگی ناشی از احساس ناتوانی در نقش مراقب را کاهش می‌دهد (Damavandian et al., 2022; Khayatan et al., 2021). در پژوهش حاضر، این رویکرد برای مراقبینی که درگیر افسردگی شدید بودند، توانست اثرات معناداری در کاهش نشانه‌ها ایجاد کند، که با نتایج پژوهش‌هایی نظیر مطالعات (Goodridge et al., 2024) و (Connolly-Zubot et al., 2020) نیز همسو است.

با این حال، مقایسه مستقیم میان دو گروه مداخله نشان داد که در کاهش ناگویی هیجانی، MBSR اثربخشی بیشتری داشته است. این تفاوت می‌تواند ناشی از شیوه تدریجی و غیرمستقیم MBSR در مواجهه با هیجان‌ها باشد که برای افراد با سطح پایین آگاهی هیجانی ایمن‌تر و پذیراتر است. برخلاف آن، درمان شفقت‌محور از همان ابتدا با مفاهیم انتزاعی همچون همدلی، شفقت و بخشش کار می‌کند که ممکن است برای افرادی با ناتوانی در درک و نام‌گذاری احساسات، چالش‌برانگیز باشد (Kavousi et al., 2021; Tajdin et al., 2021). این موضوع در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد، به‌گونه‌ای که برخی شرکت‌کنندگان در گروه CFT، در مراحل ابتدایی درمان مقاومت بیشتری نسبت به



تمرین‌های شفقت‌آمیز نشان دادند. در نقطه مقابل، MBSR با تمرکز بر تمرین‌های تنفسی، اسکن بدن و مراقبه‌های روزمره، به‌صورت تدریجی ظرفیت درونی افراد را برای شناخت هیجان‌ها افزایش می‌دهد (Sofri et al., 2023; Yıldırım et al., 2022).

علاوه بر این، شواهد نوروساینس نیز نشان داده‌اند که MBSR موجب افزایش فعالیت در نواحی قشری پیش‌پیشانی و کاهش فعالیت در آمیگدال می‌شود که مرتبط با کاهش واکنش‌های استرس‌زا و افزایش کنترل شناختی است، در حالی که CFT بیشتر بر سیستم‌های همدلی و مهربانی همچون قشر کمربندی قدامی و سیستم آینه‌ای مغز تأثیر دارد (Li et al., 2023; Ozen & Cuijpers, 2022). بنابراین، نتایج این پژوهش را می‌توان با یافته‌های نوروبیولوژیک نیز تبیین کرد که نشان می‌دهند MBSR بر مسیرهای تشخیص و تمایز هیجانی تأکید بیشتری دارد، در حالی که CFT برای افرادی با عزت‌نفس پایین و خودانتقادی شدید، مفیدتر است.

در نهایت، تحلیل نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله در بهبود وضعیت روانی مراقبین مؤثر بودند، اما بسته به نوع اختلال هیجانی غالب، یک رویکرد می‌تواند اولویت بیشتری نسبت به دیگری داشته باشد. به عبارتی، MBSR به‌ویژه برای مراقبینی که دچار نارسایی در شناسایی و بیان هیجانات هستند، مناسب‌تر است، در حالی که CFT در مواردی که احساس گناه، درماندگی و افسردگی‌های مرتبط با نقش مراقب بودن شدت بیشتری دارد، اثربخشی بالاتری خواهد داشت.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، حجم نمونه نسبتاً کوچک آن بود که تعمیم نتایج به جامعه بزرگ‌تر را با احتیاط همراه می‌سازد. همچنین، انتخاب نمونه‌ها از طریق روش هدفمند و از یک مرکز خاص در شهر اراک می‌تواند موجب کاهش تنوع جمعیتی شود. عدم کنترل دقیق بر فعالیت‌های روان‌شناختی یا سبک زندگی شرکت‌کنندگان خارج از جلسات مداخله، ممکن است در نتایج اثرگذار بوده باشد. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارشی مانند پرسش‌نامه‌ها می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ یا برداشت ذهنی افراد قرار گیرد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تری استفاده شود تا امکان تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثرات ترکیبی این دو رویکرد (MBSR + CFT) بر افسردگی و ناگویی هیجانی می‌تواند رویکردی تلفیقی و احتمالاً مؤثرتر ارائه دهد. پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از شاخص‌های زیستی (مانند اندازه‌گیری سطح کورتیزول یا فعالیت مغزی) به‌صورت مکمل با ابزارهای روان‌سنجی، ارزیابی دقیق‌تری از اثربخشی مداخلات داشته باشند. بررسی اثرات بلندمدت این درمان‌ها در دوره‌های پیگیری شش‌ماهه یا یک‌ساله نیز می‌تواند از اهمیت بالایی برخوردار باشد.

روان‌شناسان، درمانگران و مشاوران خانواده می‌توانند با توجه به نوع مشکل هیجانی غالب در مراقبین، یکی از این دو درمان را انتخاب و به‌کارگیرند. در مراکز مراقبتی یا انجمن‌های آلزایمر، می‌توان کارگاه‌های گروهی کوتاه‌مدت بر پایه MBSR یا CFT برگزار کرد تا حمایت روانی مستمری برای مراقبین فراهم شود. همچنین، تدوین بسته‌های آموزشی و چندرسانه‌ای قابل‌دسترس برای مراقبین که امکان شرکت حضوری ندارند، می‌تواند در دسترس‌پذیری این درمان‌ها مؤثر باشد. استفاده از درمان‌های تلفیقی و انعطاف‌پذیر نیز می‌تواند نیازهای متنوع مراقبین در سطوح مختلف هیجانی و شناختی را پاسخ دهد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.



مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Barghi Irani, Z., & Dehghan Saber, L. (2021). The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Therapy and Spiritual Therapy on Irrational Beliefs and Anxiety in the Older Women. *Aging Psychology*, 6(4), 339-321. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.5945.1492>
- Borjali, M., Rahmani, S., Karimi, A., & Zeinali, M. (2021). Comparison of the Impact of Self-Compassion-Focused Therapy and Metacognitive Therapy on Depression Symptoms and Difficulties in Emotion Regulation in Depressed Armed Forces Personnel. *Military Psychology*, 11(44), 5-16. https://jmp.iuh.ac.ir/article_206027.html
- Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-Focused Therapy for Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 113-122. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09439-2>
- Damavandian, A., Golshani, F., Saffarinia, M., & Baghdasarians, A. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on aggression, self-harm behaviors, and emotional self-regulation in delinquent adolescents. *Journal-of-Psychological-Science*, 21(112), 797-818. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.112.797>
- Farhadi, M., Rahimi, H., Paidar, M. R. Z., & Vassel, M. Y. (2023). The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Cognitive Vulnerability to Depression. *Iranian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12364>
- Ghanbari, Z., Mohseni Nasab, Z., Taati, M., Mohbi Aria, M., & Torabi, A. (2023). Comparing the effectiveness of schema therapy and mindfulness-based stress reduction on alexithymia, self-control, and psychological well-being in women victims of domestic violence. *Research in Psychological Health*, 17(4), 50-65. <https://www.magiran.com/paper/2715846/comparing-the-effectiveness-of-schema-therapy-and-stress-reduction-based-on-mindfulness-on-emotional-ataxia-self-control-and-psychological-well-being-in-women-victims-of-domestic-violence?lang=en>
- Ghazizadeh, H., Turkaman Dareh Miyaneh, P., & Jafari, S. (2023). Investigation of the effectiveness of mindfulness based on stress reduction on subjective well-being and depression of elderly people of Tehran. *The First International Conference of Psychology, Social Sciences, Educational Sciences and Philosophy, Babol*, 1-7.
- Goodridge, D., Kor, P., & Birtwell, K. (2024). Effect of an 8-Week Mindfulness Meditation Training Program on Psychological Distress in Caregivers and on Behavioral and Psychological Symptoms in People with Alzheimer's Disease. *Mindfulness*.
- Hazlett-Stevens, H. (2022). Clinical Significance of Stress, Depression, Anxiety, and Worry Symptom Improvement Following Mindfulness-based Stress Reduction. *Obm Integrative and Complementary Medicine*, 7(2), 5-14. <https://doi.org/10.75219/jrums.2022.08.09>
- Javadzade, N., Esmaeili, S. V., Omranifard, V., & Zargar, F. (2024). Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: A randomized controlled trial study on depressed elderly. *BMC public health*, 24(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17759-9>
- Kavousi, L., Abbasi, G., & Mirzaian, B. (2021). The effectiveness of Compassion- Focused Therapy on Psychological Distress, Self-Concept, and Social Support for People with Binge Eating Disorder [Research]. *Journal of nursing education*, 9(3), 50-62. <http://ijpn.ir/article-1-1758-en.html>



- Khayatan, S., Aghaei, A., Abedi, M., & Golparvar, M. (2021). Comparison of "Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy" with "Cognitive Behavioral Therapy" (CBT) on Depression and Glycosylated Hemoglobin in Female with Type II Diabetes. *jhpm.ir*, 10(6), 127-140. <http://jhpm.ir/article-1-1166-en.html>
- Li, J., Li, C., Puts, M., Wu, Y.-c., Lyu, M.-m., Yuan, B., & Zhang, J.-p. (2023). Effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, and fatigue in people with lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 140, 104447. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104447>
- Mousavi, M. S., Bakhshipour, A., & Mahdian, H. (2022). Comparative Effectiveness of 'Acceptance and Commitment Therapy,' 'Compassion-Focused Therapy,' and 'Compassion-Enhanced Acceptance and Commitment Therapy' on Communication Patterns of Married Women Experiencing Depression and Marital Conflicts. *Journal of Health Promotion Management*, 12(1), 95-112. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=1555&sid=1&slc_lang=en
- Ozen, L. J., & Cuijpers, P. (2022). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy to improve depression symptoms and quality of life in individuals with memory difficulties and caregivers. *Alzheimer's & Dementia: TRCI*. <https://doi.org/10.1002/trc2.12252>
- Sayadi, A. R., Bagheri, S. H. S., Khodadadi, A., & Torababadi, R. J. (2022). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Training on Serum Cortisol Levels, Depression, Stress, and Anxiety in Type 2 Diabetic Older Adults During the COVID-19 Outbreak. *Journal of Medicine and Life*, 15(12), 1493-1501. <https://doi.org/10.25122/jml-2021-0437>
- Sofri, A., Mohammadzadeh, J., Ahmadi, V., & Mami, S. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on self-efficacy, perceived stress, and depression symptoms in female heads of households in Ilam City. *Alborz University Medical Journal*, 12(2), 157-168. <https://doi.org/10.61186/aums.12.2.157>
- Tajdin, A., AleYasin, S., Heydari, H., & Davodi, H. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and reality therapy on alexithymia among male prisoner clients. *Journal of Psychological Science*, 19(95), 1519-1532. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.95.10.6>
- Tao, S., Geng, Y., Li, M., Ye, J., & Liu, Z. (2022). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy on depression in poststroke patients-A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 163, 111071. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111071>
- Yıldırım, D., Yıldız, C., Ozdemir, F. A., Özdoğan, M. H., & Can, G. (2022). Effects of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Stress, Depression, and Psychological Well-Being in Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 47(2), E84-E92. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001173>
- Zehtab, S., & Tabatabaieinejad, F. T. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being and Quality of Life in Caregivers of the Elderly with Alzheimer's disease in Isfahan City: A Quasi-Experimental Study. *RUMS_JOURNAL*, 21(2), 187-206. <https://doi.org/10.52547/jrums.21.2.187>
- Zhang, Z., Leong Bin Abdullah, M. F. I., Shari, N. I., & Lu, P. (2022). Acceptance and commitment therapy versus mindfulness-based stress reduction for newly diagnosed head and neck cancer patients: A randomized controlled trial assessing efficacy for positive psychology, depression, anxiety, and quality of life. *PLoS One*, 17(5), e0267887. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267887>