



The Effect of Mindfulness Training on Caring Pressure and Compassion Fatigue in Caregivers of Heart Transplant Candidates

Ali Asgari Rizi M¹, Manshaee Gh^{2*}

1- Masters Student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psychology, Isfahan (Korasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psychology, Isfahan (Korasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Manshaee Gh, Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology Department of Psychology, Isfahan (Korasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: smanshayee@yahoo.com

Received: 24 April 2024

Accepted: 21 July 2024

Abstract

Introduction: Home caregivers around the world take care of patients alongside health system specialists, but they don't get paid for this care and in most cases, their needs are ignored. Moreover, the resources available to the person may not be following the existing needs and the caregivers endure fatigue and pressure which indirectly affect the quality of their care for the patient. This research was conducted with the aim of the effectiveness of mindfulness training on caregiving stress and compassion fatigue among caregivers of heart transplant candidates.

Methods: The research method is semi-experimental and its design is pre-test-post-test with a control group and a 45-day follow-up phase. The statistical population included all male and female nurses in the heart transplant department of Shahid Chamran Hospital in Isfahan and Masih Daneshvari Hospital in Tehran in 2020. For this purpose, 30 nurses working in the heart transplant department were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received caregiver-centered mindfulness interventions based on the Rozak package (2015) during eight 45-minute sessions, one session per week for 2 months. Meanwhile, the control group did not receive any intervention during the study. The measurement tools included the Care Pressure Questionnaire (Novak and Guest, 1989) and the Work Quality Questionnaire (Figley, 1990). Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data.

Results: The mean and deviation of care pressure and compassion fatigue in the experimental group were equal to (70.666 ± 14.950) , (53.533 ± 6.895) in the pre-test, and (36.00 ± 3.872) , (39.600 ± 6.587) in the post-test, respectively. In the control group, however, the mean and deviation of care pressure and compassion fatigue were equal to (70.200 ± 14.087) , (55.733 ± 7.156) in the pre-test, and (70.00 ± 13.190) , $(55/46 \pm 6.6/466)$ in the post-test. The results indicate the effect of mindfulness training on caregiving pressure and compassion fatigue in the post-test phase ($p < 0.05$) and the effects of training remained in the follow-up phase ($p < 0.05$).

Conclusions: Based on the findings obtained from the present study, it can be concluded that mindfulness training can be used as an intervention method to reduce caregiving pressure and compassion fatigue in caregivers of heart transplant candidates.

Keywords: Mindfulness training, Caregiving pressure, Compassion fatigue, Caregiver, Heart transplant.



تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب

مهسا علی عسگری ریزی^۱، غلامرضا منشی^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

نویسنده مسئول: غلامرضا منشی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.
ایمیل: smanshayee@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۵

چکیده

مقدمه: مراقبان خانگی در تمام دنیا در کنار متخصصان نظام سلامت از بیماران مراقبت می‌کنند؛ اما برای این مراقبت حقوقی دریافت نمی‌کنند و در بیشتر موارد نیازهای آنها نادیده گرفته می‌شود بعلاوه ممکن است منابع دردسترس فرد با نیازهای ایجادشده هماهنگ نباشند و مراقبان خستگی و فشاری را تحمل کنند که به طور غیرمستقیم بر کیفیت مراقبت آنها از بیمار اثر می‌گذارد. این پژوهش باهدف اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب اجرا گردید.

روش کار: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری ۴۵ روزه می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه پرستاران زن و مرد بخش پیوند قلب بیمارستان شهید چمران اصفهان و بیمارستان مسیح دانشوری تهران در سال ۱۳۹۹ بود. به همین منظور تعداد ۳۰ نفر پرستار مشغول به کار در بخش پیوند قلب به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش مداخلات ذهن آگاهی مراقب محور بر اساس بسته رزک (۲۰۱۵) را در طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه، به مدت ۲ ماه دریافت کردند. این در حالی است که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه فشار مراقبتی (نواک و گست، ۱۹۸۹) و پرسش‌نامه کیفیت کاری (فیگلی، ۱۹۹۰) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در گروه آزمایش به تفکیک در پیش‌آزمون برابر با $(70/950 \pm 14/950)$ ، $(53/533 \pm 6/895)$ و در پس‌آزمون برابر با $(36/00 \pm 3/872)$ ، $(39/600 \pm 6/587)$ بود. همچنین در گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر با $(70/200 \pm 14/087)$ ، $(55/733 \pm 7/156)$ و در پس‌آزمون برابر با $(70/00 \pm 13/190)$ ، $(56/446 \pm 6/446)$ بود. نتایج حاصل حاکی از اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در مرحله پس‌آزمون ($p < 0/05$) و اثرات آموزش‌ها در مرحله پیگیری ($p < 0/05$) نیز باقی مانده است.

نتیجه‌گیری: با استناد به یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای، در کاهش فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش ذهن آگاهی، فشار مراقبتی، خستگی ناشی از شفقت، مراقب، پیوند قلب.

مقدمه

یک مراقب به شخصی که برای مراقبت از خود نیاز به کمک دارد، توجه می‌کند. شخصی که به کمک احتیاج دارد ممکن است کودک، بزرگسال یا پیر باشد. آنها ممکن است به دلیل آسیب یا ناتوانی یا بیماری مزمن نیاز به کمک داشته باشند (۱).

برخی از مراقبان، مراقبان غیر رسمی هستند. آنها معمولاً اعضای خانواده یا دوستان هستند. و سایر مراقبان، حرفه‌ای هستند که معمولاً در بیمارستان‌ها به انجام این کار می‌پردازند که آنان را در اصطلاح پرستار می‌نامند. مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب مانند سایر مراقبان، مراقبت را در قالب اقدامات کمک کننده، حمایتی و تسهیل کننده در جهت رفع نیازهای بالقوه و بالفعل فرد بیمار در راستای بهبود شرایط زندگی فرد انجام می‌دهند. در پژوهش غفاری و ومحمدی در خصوص معنای مراقب و مراقبت ۵ درون‌مایه اصلی برای مراقبت پدیدار شدند که عبارتند از «برآوردن نیاز بیمار»، «حس نوع دوستی»، «خدمت توأم با تعهد»، «فعالیت مقدس» و «فعالیت معمول». همچنین درون‌مایه‌های مرتبط به ویژگی‌های کامل یک پرستار ارائه دهنده مراقبت شامل خلاق، متعهد، قاطع، توانا در برقراری ارتباط صحیح، داشتن نگرش صحیح و متبحرشناسایی شدند (۲) که تمام مولفه‌های یاد شده مستلزم روانی سالم و آرامش خاطر در مراقب بیمار است.

مراقبین خانوادگی، بخش فراوانی از مراقبت را به خود اختصاص داده اند (۳). به همین علت، مراقبان غیر رسمی 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 (۴، ۵).

مراقبین نیازمندند تا کارهای روزانه‌ی خود را انجام دهند و به تعهدات شغلی و دیگر مسئولیت‌های خود نیز رسیدگی کنند. در چنین شرایطی اگر مراقبت کننده نتواند زمان مراقبت از بیمار و زمانهای مختص خود را مدیریت نماید، به سمت فشار مراقبتی پیش خواهد رفت (۶).

نتایج مطالعه شریفی و همکاران نشان داده است که مراقبین خانوادگی نسبت به افراد فاقد نقش مراقبتی، استرس، اضطراب و فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌کنند (۷). این افراد در اثر مراقبت از بیمار ناتوان، استرس و پریشانی عاطفی را تجربه می‌کنند که خود باعث می‌شود آنها با خطر

بیمار شدن مواجه شوند که این موضوع تداوم مراقبت را تحت تاثیر قرار می‌دهد و مراقبین در صورت عدم دریافت حمایت کافی ممکن است به عنوان فرد بیمار وارد سیستم بهداشتی شوند (۸). لذا حمایت از این افراد و انجام اقداماتی که منجر به کاهش فشار مراقبتی در آنها شود، حائز اهمیت است (۹). لذا متغیر مهمی که مراقبین بیماران باید مورد توجه قرار گیرد، فشار مراقبتی است (۱۰). فشار مراقبتی به صورت واکنش جسمی، روانی و اجتماعی مراقبت کننده تعریف شده است که از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی بادیگروظایف مراقب ناشی می‌شود. این عدم تعادل، مربوط به نقش‌های اجتماعی، شخصی، وضعیت جسمی، عاطفی و منابع مالی مراقبت کننده است (۱۱). فشار مراقبتی یک اصطلاح کلی است که توصیف کننده بار روحی روانی، جسمی و مالی ناشی از مراقبت است که بر مراقبت کننده تحمیل می‌شود (۱۲). فشار مراقبتی، اشاره به سطح بالایی از استرس است که ممکن است توسط مراقبت کنندگان تجربه شود. به عنوان مثال، فرد برای مراقبت از یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن ممکن است عوامل استرس‌زایی مانند فشار مالی، کنترل و درمان علائم و نشانه‌های فرد، رؤیایی با بحران‌ها، از دست دادن دوستان و یا از دست دادن صمیمیت را تجربه کند (۱۰).

به طور کلی نگهداری و مراقبت از کودکان، خانواده‌ها و افرادی که ترس، رنج، درد و بیماری را در زندگی خود تجربه می‌کنند می‌تواند تاثیرات قابل توجهی بر مراقبین و افرادی که از آنها مراقبت می‌کنند داشته باشد، به همین دلیل مراقبت و نگهداری از این افراد می‌تواند شرایط مراقبتی را برای این افراد با مشکلاتی همراه کند که از آن به عنوان خستگی ناشی از شفقت یاد می‌شود (۱۳). خستگی ناشی از شفقت از دو مفهوم خستگی و شفقت تشکیل شده است، شفقت عبارت است از آگاهی محبت آمیز و مهربانانه نسبت به رنج و ناراحتی دیگران همراه با تمایل برای تخفیف یا کاهش آن از طرفی خستگی نیز به عنوان پاسخ ناسازگار به تحریک بیش از حد اشاره دارد که دربرگیرنده‌ی خستگی جسمانی یا فیزیکی است، بر این اساس مفهوم خستگی ناشی از شفقت به عنوان خستگی جسمانی یا روانشناختی و کناره‌گیری عاطفی افرادی که مراقبت از بیماران یا افراد آسیب دیده تعریف می‌شود (۱۴).

روش‌های مختلفی برای کاهش فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در مراقبان معرفی شده است. که یکی از

دادند. با استفاده از یک غربالگری اولیه، ۵۰ مراقب (پرستار) بیماران کاندید پیوند قلب مشغول به کار از طریق پرسشنامه فشار مراقبتی ارزیابی شدند. از این تعداد، ۳۰ مراقب (پرستار) که بر اساس اکتساب نمرات بالا دارای فشار مراقبتی بالا در نظر گرفته شدند، به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. روش نمونه‌گیری براساس نمونه‌گیری هدفمند بود. حجم نمونه براساس پژوهش‌های پیشین (۱۹) و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۳۰ نفر و برای هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد. در نهایت براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند که در دو گروه مداخله و کنترل تخصیص تصادفی یافتند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه پرسشنامه فشار مراقبتی CBI نواک و گست (۱۹۸۹) و پرسشنامه خستگی ناشی از شفقت فیگلی (۱۹۰۰) قبل و بعد از مداخله پاسخ دادند. معیار ورود به مطالعه شامل علاقه مندی به شرکت در طرح، پرستار بیماران کاندید پیوند قلب، مراقبت در هفته ۴۸ ساعت به مدت حداقل سه ماه و کسب حداقل نمره ۳۶ در مقیاس فشار مراقبتی بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. ج) در پایان آموزش از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. د) شرکت‌کنندگان در صورت خواست هر زمانی که از ادامه مشارکت منصرف شدند، می‌توانند آزادانه گروه را ترک نمایند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارتند از:

پرسشنامه فشار مراقبتی

ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه فشار مراقبتی CBI توسط نواک و گست (۱۹۸۹) مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل عاملی انجام شده در پژوهش آنها نشان داد ۵ خرده‌مقیاس فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی حدود ۶۶٪ از واریانس فشار مراقبتی را در قالب ۲۴ سوال پیش‌بینی می‌کنند. عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند و که هر یک از این گزینه‌ها از ۰ تا ۴ امتیاز دارند: هرگز: ۱، به ندرت: ۲، گه‌گاهی: ۳، اغلب: ۴، تقریباً همیشه: ۵. حداقل نمره در این پرسشنامه برابر ۰ و حداکثر نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند کسب کند ۹۶ و نقطه‌ی برش ۳۶ است.

آن‌ها ذهن آگاهیست. ذهن آگاهی در تعریف «جان‌کایات زین» به معنی توجه کردن به طریق خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری است. جان‌کایات زین برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را برای افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با استرس و درد مزمن به کار برد. او معتقد بود ذهن آگاهی می‌تواند به افراد، در مقابله با فشار روانی، اضطراب، درد و بیماری کمک کند (۱۵). ذهن آگاهی از درمان‌های شناختی رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روانشناسی به‌شمار می‌رود. تمام تمرین‌های موجود در ذهن آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. نقش مهم بدن در حوزه‌های بین‌رشته‌ای جدید، مثل پزشکی ذهن بدن به اثبات رسیده است. در پژوهش‌هایی که از ذهن آگاهی استفاده می‌کنند، بر تعامل بین فرایندهای بدنی، شناختی و هیجانی تأکید شده است (۱۶). تحقیقات نشان داده که مراقبه‌های ذهن آگاهی در درمان اضطراب، افسردگی، مشکلات سوء‌مصرف مواد، اختلالات خوردن، خشم و سایر مشکلات رابطه‌ای، دردهای مزمن اسکلتی و طیف گسترده‌ای از مشکلات جسمی ناشی از فشار روانی مفید است. در عین حال این تمرینات باعث می‌شوند که فرد با خود و دیگران با مهربانی و شفقت رفتار کند (۱۷). ذهن آگاهی مجموعه‌ای است از تکنیک‌های طراحی شده جهت ترغیب تماس عمدی و بدون ارزیابی با حوادثی که در اینجا و اکنون رخ می‌دهند. در واقع آگاهی لحظه به لحظه، خالی از قضاوت است (۱۸). با توجه به اهمیت مشکلات روانشناختی مراقبین بیماران کاندید قلبی و لزوم رفع و کاهش آنها و با توجه به لزوم افزایش ادبیات پژوهشی در این زمینه پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا آموزش ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در پرستاران بیماران کاندید پیوند قلب تأثیر دارد؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر به‌صورت نیمه‌آزمایشی بود که با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی مراقبان (پرستاران) بیماران کاندید پیوند قلب مشغول به کار در بیمارستان شهید چمران اصفهان و بیمارستان مسیح دانشوری تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل

مقیاس لیکرت ۵ تایی از یک (هرگز) تا پنج (اغلب اوقات) است. هر زیر مقیاس مستقل است و نمی‌توان امتیازات زیر مقیاس‌ها را با یکدیگر جمع کرد. هر زیر مقیاس شامل ۱۰ سوال است و نمرات هر مورد از جمع تمام سوالات آن به دست می‌آید. آستانه جمع کل بر اساس صدک ۲۵ و ۷۵ به شرح زیر می‌باشد: محدوده ۲۲ یا کمتر در هر زیر مقیاس نشان دهنده رضایت شفقت پایین یا فرسودگی شغلی پایین‌تر و یا استرس ترومای ثانویه کم‌تر می‌باشد. محدوده ۲۳ تا ۴۱ در حد متوسط قرار می‌گیرد و بیش‌تر از ۱۵۰ نشان دهنده رضایت از شفقت بالاتر یا فرسودگی شغلی بیشتر و یا استرس ترومای ثانویه بیش‌تر می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران (۱۳۹۳) ترجمه و در مطالعه آنها مورد استفاده قرار گرفت است، به این ترتیب که روایی آن توسط ۱۰ نفر از استادان ارزیابی شده است و شاخص روایی محتوای آن ۰/۸۷ گزارش شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ محاسبه شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ بدست آمد. پروتکل آموزشی ذهن آگاهی رزک (۲۰۱۵) در تحقیقاتی همچون وایت برد، کریترز، کرین، لویس، هانسون انستد (۲۰۱۲) و بسیاری دیگر مورد استفاده قرار گرفت.

همچنین پایایی هریک از خرده مقیاس‌های فشار مراقبتی بدین قرار بدست آمد: فشار مراقبتی وابسته به زمان و فشار مراقبتی تکاملی برابر ۰/۸۵ دست آمد و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های فشارمراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۷۳/۰/۸۶/۰/۸۶ به دست آمدند. در ایران در پژوهش عباسی، آسایش، رحمانی، رضایی، شریعی، ملایی، بطحائی، شعوری بیدقلی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ و خرده مقیاس‌های آن را از ۰/۷۲ تا ۰/۸۲ به دست آوردند. در پژوهش سلمانی، اشکتراب، حسنونند (۱۳۹۲) نیز، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه خستگی ناشی از شفقت

این پرسشنامه در نیمه سال ۱۹۰۰ میلادی جهت تعیین میزان خستگی از شفقت و استرس بعد از تروما توسط فیگلی تدوین شده است. (اسنام، ۲۰۰۵) فرم اولیه این پرسشنامه شامل ۶۶ عبارت بوده که به ۳۰ سؤال تقلیل یافته است. این پرسشنامه از سه زیر مقیاس رضایت از شفقت (۱۰ سوال)، فرسودگی (۱۰ سوال) برخی پرسش‌ها امتیاز معکوس داشتند) و استرس ترومای ثانویه (۱۰ سوال) تشکیل شده است. مقیاس پاسخ دهی به سوالات این پرسشنامه،

جدول ۱: مداخلات ذهن آگاهی ویژه مراقبین رزک (۲۰۱۵)

جلسه	محتوای جلسه
اول	<p>۱- معرفی آموزش ذهن آگاهی ویژه مراقبین و تعریف آن و توضیح درباره علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت کنندگان و نحوه تعامل ذهن و بدن در برابر استرس</p> <p>۲- توضیح درباره چگونگی برنامه ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه و آموزش وضعیت‌های بدن در تمرینات ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو و وضعیت دست‌ها)</p> <p>۳- انجام تمرین توجه به تنفس ویژه مراقبین؛ این تمرین شامل توجه به تنفس است و نباید شرکت کنندگان سعی در کنترل شیوه تنفس خود داشته باشند و از آنجاییکه مراقبین فرصت کمی دارند مدت زمان کمتری در نظر گرفته می‌شود</p> <p>تکلیف خانگی: تمرین تنفس</p>
دوم	<p>۱- تکرار تمرین توجه به تنفس</p> <p>۲- تمرین تنظیم حالت بدن</p> <p>۳- تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار؛ آشنایی با ذهن واکنشی و تمرین فن «توقف-تنفس-عمل»</p> <p>تکلیف خانگی: تمرین تنفس و دوش گرفتن ذهن آگاهانه و ذهن آگاهی نسبت به افکار</p>
سوم	<p>۱- تمرین تنفس (لحظه ای آرامش در کمتر از ۲ دقیقه)</p> <p>۲- تمرین تمرکز بر بدن</p> <p>۳- گفتگو در مورد تجربیات شرکت کنندگان هنگام تمرین</p> <p>تکلیف خانگی: تکرار تمرینات آموزش داده شده با کمک فایل صوتی</p>
چهارم	<p>۱- شروع جلسه با تمرین تنفس</p> <p>۲- انجام مراقبه کوهستان به منظور رهایی از چرخه افکار، احساسات و هیجانات و تمرین زندگی در لحظه حال</p> <p>۳- گفتگو درباره تجربیات شرکت کنندگان هنگام تمرین</p> <p>تکلیف خانگی: تکرار تمرینات آموزش داده شده با کمک فایل صوتی</p>

پنجم	۱- شروع جلسه با تمرین تنفس ۲ دقیقه ای ۲- تمرین "انتخاب تغییر جهت تمرکز" به عنوان راهکاری جهت مقابله با افکار و هیجانات ناخوشایند ۳- گفتگو درباره تجربیات شرکت کنندگان هنگام تمرین تکلیف خانگی: تکرار تمرینات آموزش داده شده از جمله مراقبه کوهستان و خوردن ذهن آگاهانه با کمک فایل صوتی
ششم	۱- تمرین توجه به تنفس ۵ دقیقه ای همراه با صدای زنگ ذهن آگاهی ۲- توضیح درباره ضرورت آگاهی مراقبین نسبت به خود ۳- انجام مراقبه راه رفتن ذهن آگاهانه (آگاه بودن از هر لحظه در حال راه رفتن) تکلیف خانگی: تکرار تمرینات از جمله تنفس آگاهانه و مراقبه راه رفتن و دوش گرفتن ذهن آگاهانه
هفتم	۱- مرور و تکرار تمرینات جلسات قبل و گفتگو در مورد آگاهی از لحظه حال ۲- تمرین ذهن آگاهی "رها شدن" ۳- توضیح درباره فواید ذهن آگاهی و گفتگو در مورد تجربه شرکت کنندگان تکلیف خانگی: تکرار تمرینات از جمله تنفس، دوش گرفتن، تنظیم حالت بدن
هشتم	۱- تمرین تنفس ذهن آگاهانه ۲- تمرین "مراقبت از خود": در این تمرین شرکت کنندگان یاد می‌گیرند برای مراقبت از خود وقت بگذارند و نسبت به خود شفقت داشته باشند. ۳- در پایان مرور تمرینات ذهن آگاهی ویژه مراقبین و آموزش "تعیین حد و مرز در کنار حجم کارها" و برنامه ریزی برای انجام تمرینات و مقابله با مقاومت در برابر انجام تمرینات

به کار گرفته شده است. به منظور رعایت مفروضه های تحلیل کوواریاس، مفروضه های این آزمون با استفاده از زمون شاپیرو ویلک، لون مورد بررسی و تایید قرار گرفت و می توان از این آزمون برای تحلیل داده ها استفاده کرد. در جدول (۲) میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش و به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته است.

پژوهش حاضر، در دو بخش توصیفی و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون) و به منظور بررسی تأثیر روش های آموزشی از روش تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته ها

در بخش یافته ها به توصیف متغیرهای پژوهش توسط آماره های توصیفی میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، از روش آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS-22

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	آزمایش			کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
فشار مراقبتی	۷۰/۶۶۶	۳۶/۰۰	۳۴/۶۶۶	۷۰/۲۰۰	۷۰/۰۰	۷۰/۶۶۶
	۱۴/۹۵۰	۳/۸۷۲	۴/۳۸۶	۱۴/۰۸۷	۱۳/۱۹۰	۱۳/۴۵۷
خستگی ناشی از شفقت	۵۳/۵۳۳	۳۹/۶۰۰	۳۹/۴۶۶	۵۵/۷۳۳	۵۵/۴۶۶	۵۵/۹۳۳
	۶/۸۹۵	۶/۵۸۷	۶/۳۸۹	۷/۱۵۶	۶/۴۴۶	۷/۰۲۵

حاکمی از همگنی واریانس ها در متغیرهای مورد مطالعه بوده است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس برای اطمینان از برابری واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج در جدول (۳)

جدول ۳: آزمون برابری واریانس‌های نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه در سه مرحله پژوهش

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	F	معنی داری	F	معنی داری	
فشار مراقبتی	۰/۰۰۳	۰/۹۵۴	۲/۹۴	۰/۰۷۸	۲/۱۷
خستگی ناشی از شفقت	۰/۰۰۱	۰/۹۷۶	۰/۰۰۶	۰/۹۳۹	۰/۱۸۹

یکی از پیش فرض‌های لازم در انجام تحلیل‌های چند متغیره، تساوی کواریانس‌های متغیرهای وابسته می‌باشد که برای آزمون آن از آزمون باکس استفاده می‌شود. نتایج آزمون باکس در مورد تساوی کواریانس نمرات متغیرهای (۴) آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد فرض یکسانی کواریانس‌ها مربوط به نمرات متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود (سطوح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ است).

یکی از پیش فرض‌های لازم در انجام تحلیل‌های چند متغیره، تساوی کواریانس‌های متغیرهای وابسته می‌باشد که برای آزمون آن از آزمون باکس استفاده می‌شود. نتایج آزمون باکس در مورد تساوی کواریانس نمرات متغیرهای (۴) آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد فرض یکسانی کواریانس‌ها مربوط به نمرات متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود (سطوح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۴: نتایج آزمون باکس تساوی کواریانس‌های نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	ضریب M باکس	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
فشار مراقبتی	۸/۱۷	۱/۹۲	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۰۵۹
خستگی ناشی از شفقت	۱۰/۵۳	۲/۰۲	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۰۵۲

جدول (۵) به طور جزئی تر نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی

جدول (۵) به طور جزئی تر نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی فشار مراقبتی با استفاده از آزمون‌های اندازه مکرر برای اثر

جدول ۵: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی فشار مراقبتی در مراحل پژوهش و تعامل مراحل و گروه

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۰/۵۲۵	۱	۰/۵۲۵	۰/۱۵۶	۰/۶۹۶	۰/۰۰۶	۰/۰۶۷
	گرین هاوس گیزر	۰/۵۲۵	۱	۰/۵۲۵	۰/۱۵۶	۰/۶۹۶	۰/۰۰۶	۰/۰۶۷
	هاین فلت	۰/۵۲۵	۱	۰/۵۲۵	۰/۱۵۶	۰/۶۹۶	۰/۰۰۶	۰/۰۶۷
	حد پایین	۰/۵۲۵	۱	۰/۵۲۵	۰/۱۵۶	۰/۶۹۶	۰/۰۰۶	۰/۰۶۷
اثر زمان × پیش آزمون	فرض کرویت	۰/۲۳۲	۱	۰/۲۳۲	۰/۰۶۹	۰/۷۹۵	۰/۰۰۳	۰/۰۵۷
	گرین هاوس گیزر	۰/۲۳۲	۱	۰/۲۳۲	۰/۰۶۹	۰/۷۹۵	۰/۰۰۳	۰/۰۵۷
	هاین فلت	۰/۲۳۲	۱	۰/۲۳۲	۰/۰۶۹	۰/۷۹۵	۰/۰۰۳	۰/۰۵۷
	حد پایین	۰/۲۳۲	۱	۰/۲۳۲	۰/۰۶۹	۰/۷۹۵	۰/۰۰۳	۰/۰۵۷
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۱۵/۰۵۸	۱	۱۵/۰۵۸	۴/۴۶۳	۰/۰۴۴	۰/۱۴۲	۰/۵۳۱
	گرین هاوس گیزر	۱۵/۰۵۸	۱	۱۵/۰۵۸	۴/۴۶۳	۰/۰۴۴	۰/۱۴۲	۰/۵۳۱
	هاین فلت	۱۵/۰۵۸	۱	۱۵/۰۵۸	۴/۴۶۳	۰/۰۴۴	۰/۱۴۲	۰/۵۳۱
	حد پایین	۱۵/۰۵۸	۱	۱۵/۰۵۸	۴/۴۶۳	۰/۰۴۴	۰/۱۴۲	۰/۵۳۱

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که در تحلیل واریانس با اندازه مکرر در متغیر فشار مراقبتی، اثر زمان و همچنین اثر پیش آزمون بر مراحل پس آزمون و پیگیری معنی دار به دست نیامده است ($p > 0.05$). اما تعامل زمان و گروه معنی دار به دست آمده است ($p < 0.05$). به عبارت دیگر مراحل پژوهش به صورت کلی با هم تفاوت ندارند و اما تغییرات در مراحل در گروه‌ها دارای تفاوت معنی دار است.

میزان تغییرات در میانگین نمرات فشار مراقبتی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه‌ها برابر با ۱۴/۲ درصد به دست آمده است. جدول (۶)، به طور جزئی تر نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی خستگی ناشی از شفقت با استفاده از آزمون‌های اندازه مکرر برای اثر زمان و تعامل مراحل و گروه نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی خستگی ناشی از شفقت در مراحل پژوهش و تعامل مراحل و گروه

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۰/۰۱۰	۱	۰/۰۱۰	۰/۰۰۳	۰/۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	گرین هاوس گیزر	۰/۰۱۰	۱	۰/۰۱۰	۰/۰۰۳	۰/۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	هاین فلت	۰/۰۱۰	۱	۰/۰۱۰	۰/۰۰۳	۰/۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	حد پایین	۰/۰۱۰	۱	۰/۰۱۰	۰/۰۰۳	۰/۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
اثر زمان × پیش آزمون	فرض کرویت	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	گرین هاوس گیزر	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	هاین فلت	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	حد پایین	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۱/۳۲۳	۱	۱/۳۲۳	۰/۳۷۷	۰/۵۴۴	۰/۰۱۴	۰/۰۹۱
	گرین هاوس گیزر	۱/۳۲۳	۱	۱/۳۲۳	۰/۳۷۷	۰/۵۴۴	۰/۰۱۴	۰/۰۹۱
	هاین فلت	۱/۳۲۳	۱	۱/۳۲۳	۰/۳۷۷	۰/۵۴۴	۰/۰۱۴	۰/۰۹۱
	حد پایین	۱/۳۲۳	۱	۱/۳۲۳	۰/۳۷۷	۰/۵۴۴	۰/۰۱۴	۰/۰۹۱

نگهداری سالمندان کار می‌کردند پرداختند. نتایج نشان داد مداخله ذهن آگاهی فشار مراقبتی، استرس ادراک شده، اضطراب و تنهایی را کاهش و سلامت روانی آنها را افزایش داد (۲۲). هویس و همکاران در مطالعه ای تاثیر آموزش ذهن آگاهی را بر افرادی که از اعضای مبتلا به دمانس در خانواده مراقبت می‌کردند مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد آموزش ذهن آگاهی د کاهش فشار مراقبتی و افزایش پذیرش امیدواری مراقبتی موثر است (۲۳). نتایج مطالعه ویسمن و همکاران نشان داد، سطوح پایینتر فشار مراقبتی و سطوح بالاتر ذهن آگاهی با سلامت روان مراقبتی خانوادگی افراد مبتلا به دمانس مرتبط است (۲۴). نتایج مطالعه وایتبرد و همکاران نشان داد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود سلامت روان، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و فشار مراقبتی در مراقبتی خانگی افراد مبتلا به دمانس موثر است (۲۵).

ذهن آگاهی و پذیرش لحظه اکنون ممکن است استرس افسردگی و اضطراب را از طریق ارزیابی فشار و استرس تحت تاثیر قرار دهد. در ذهن آگاهی چگونگی ارزیابی مراقبان از فشار مراقبتی بیشتر مورد توجه است زیرا این مداخله نه تنها بر تغییر عوامل استرسزا در محیط مربوط می شود، بلکه به این نکته نیز مربوط می شود که چگونه مراقبان به طور ذهنی آن مشکلات را ارزیابی میکنند و این امر بر سلامت روان آنان تاثیر می گذارد (۲۴). به علاوه، تمرین روزمره ذهن آگاهی می تواند به مراقبان کمک کند تا از افکار منفی خود دور شوند

نتایج جدول (۶) نشان می دهد که در تحلیل واریانس با اندازه مکرر در متغیر خستگی ناشی از شفقت، اثر زمان و همچنین اثر پیش آزمون بر مراحل پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان و گروه معنی دار به دست نیامده است ($p > 0.05$). به عبارت دیگر مراحل پژوهش به صورت کلی با هم تفاوت ندارند و تغییرات در مراحل در گروه ها نیز دارای تفاوت معنی دار نیست.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت در مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب انجام گرفت. بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش، آموزش ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی مراقبان، در مرحله پس آزمون اثربخش بوده است

که با یافته های پژوهش های پیشین از جمله حسینی و همکاران (۱۳۹۵) (۲۰) و پژوهش خزعلی و همکاران (۱۳۹۷) تحت عنوان اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، افسردگی و بار مسئولین مراقبت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس از طریق کنفرانس وب (۲۱) همسویی دارد.

از جمله مطالعات خارجی در این حیطه میتوان به مطالعه تانچ و همکاران اشاره نمود که به بررسی تاثیر مداخله آنلاین ذهن آگاهی بر کاهش فشار مراقبتی و افزایش بهزیستی روانی مراقبین افراد سالخورده که در مراکز

استام (۲۰۰۵)، خستگی از شفقت در میان کارکنان مراقبت های بهداشتی شایع تر از خستگی شفقت در میان کسانی است که در تحصیل یا کار با مسائل مربوط به کودک و خانواده هستند.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی و خستگی ناشی از شفقت مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب موثر است. از این رو می توان گفت در مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه های تجربی بلاواسطه شامل فعالیت های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می شود. به علاوه، ذهن آگاهی می تواند به کاهش رفتارهای ناکارآمد و مشکلات خود شناختی و احساسی کمک کند. با تمرین ذهن آگاهی، افراد می توانند به دست آوردن تجربه ذهنی عمیق تری از خود و درک بهتری از رفتارهای خود دست یابند که می تواند به پیشگیری از فشار مراقبتی در آینده کمک کند.

با عنایت به نتایج بدست آمده که به تاثیر ذهن آگاهی بر متغیرهای مورد پژوهش اشاره دارد، پیشنهاد می شود در کنار درمانهای دارویی و روانی استاندارد برای بیماران قلبی، مراقبان آنها نیز با تکنیک های ذهن آگاهی آشنا شوند و آموزشهای گروهی برای آنان در دسترس باشد تا بتوانند با بهره گیری از آنها علاوه بر کاهش علائم متداول روانشناختی مانند خستگی و بار مراقبتی خود نیز بکاهند. هر مطالعه ای به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت می گردد که تفسیر یافته ها را در بستر محدودیت ها ضروری می سازد از محدودیت های پژوهش حاضر می توان گفت که محدود بودن انتخاب پرستاران بیماران کاندید پیوند قلب مشغول در بخش مراقبت های ویژه که تعمیم نتایج تحقیق را به پرستاران سایر بخش ها را با محدودیت روبرو می کند. محدود بودن از بین ابزارهای اندازه گیری از پرسشنامه استفاده شد که استفاده از این ابزار همواره با مقداری سوگیری همراه است. در این پژوهش، آموزش دهنده و پژوهشگر یک نفر بود که امکان سوگیری به روش آموزشی خاص وجود دارد که باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم به عمل آید. به پژوهشگران آینده توصیه می شود که آموزش ذهن آگاهی را در سایر جامعه ها نیز به کارگیرند تا دامنه تعمیم یافته ها افزایش یابد. همچنین

و در نتیجه از فشار روانی مراقبتی کاسته شود (۲۶). در کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، شخص می آموزد با تکنیکهایی که مربوط به تجربه کردن لحظه حال است، به طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس ها و نگرانی های آینده است رها شود (۲۷). بدین ترتیب کاهش نگرانی در مورد مراقبت از بیماران می تواند از فشار مراقبتی مادر بکاهد. فشار مراقبتی باعث فعال شدن سیستم عصبی همراه با افزایش هورمون های استرسی و تغییرات در عملکرد مغزی و شیمیایی می شود که می تواند به بروز علائم و عوارضی مانند افسردگی، اضطراب، کاهش تمرکز، بی خوابی و مشکلات خواب، خشم و افزایش ریسک برای بیماری های قلبی و عروقی منجر شود. در مورد بیماران کاندید دریافت پیوند قلب، ذهن آگاهی به عنوان روشی که طی آن مراقب در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می شود و مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را فرا می گیرد، به مراقب کمک می کند تا فشار مراقبتی کمتری را تجربه نماید. در ذهن آگاهی از تکنیک های پرت کردن حواس برای اجتناب کردن از افکار منفی استفاده می شود.

یافته آخر پژوهش نیز نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر خستگی ناشی از شفقت مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب موثر است. این یافته ها با بخشی از یافته های پژوهش های پیشین از جمله استام (۱۹۹۷-۲۰۰۵) و آبرناتی و مارتین (۲۰۱۹) همسویی دارد. می توان گفت مراقبان بیماران کاندید پیوند قلب با خستگی از شفقت بالاتری مواجه هستند که با تمرین های ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی دست پیدا می کنند.

خستگی ناشی از شفقت به عنوان یک نوع فرسودگی شغلی است که در مراقبینی ایجاد می شود که به بیماران آسیب دیده کمک می کنند. خستگی ناشی از شفقت، معلول حوادث آسیبزا غیرمستقیمی است که به واسطه کمک به افرادی که به طور مستقیم حوادث آسیبزا را تجربه کرده اند، به وجود می آید. نویل بیان میکند خستگی ناشی از شفقت به علت روابط و تعامل زیاد پرستار با بیماران خود رخ می دهد؛ به طوریکه دیدن رنج های بیماران منجر به تغییرات روانی، جسمی و احساسی در پرستاران می شود (۲۸). طبق پژوهش

سیاسگزاری

این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد IR.IAU.KHUISF.1400.066 رسیده. بدین وسیله از کلیه ی مشارکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تقدیر و تشکر می شود.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

در پژوهش های آینده علاقه مندان تاثیر عوامل مداخله گری همچون وضعیت اقتصادی، جنسیت و میزان تحصیلات را در کاهش فشار مراقبتی و دیگر متغیر این پژوهش مورد توجه قرار گیرد. و نیز با توجه به اینکه ذهن آگاهی به توجه هدفمند در زمان حال (اینجا و اکنون) همراه با پذیرش بدون واکنش و قضاوت (شرطی زدایی) اشاره دارد، توصیه می شود در پژوهش های آتی اثربخشی ذهن آگاهی بطور مقایسه ای با گشتالت درمانی و رفتاردرمانی مورد مطالعه قرار گیرد.

References

1. U.S. National Library of Medicine, Dept. of Health and Human Services Office on Women's Health, (2020), Caregivers.
2. Ghafari S, Mohammadi F. Concept Analysis of Nursing Care: a Hybrid Model. J-Mazand-Univ-Med-Sci. 2011;20(1):153-64.
3. 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. Social Policy & Administration. 2018;52(1):91-110. <https://doi.org/10.1111/spol.12295>
4. Whitworth HB, Whitworth J. A caregiver's guide to Lewy body dementia: Springer Publishing Company; 2020. <https://doi.org/10.1891/9780826148759>
5. Ramezani N, Sajjadian I, Manshaee G, Barekataan M. The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Burden and Compassion Fatigue of Caregivers Patients with Dementia. Journal of Isfahan Medical School. 2023;41(720):373-81.
6. Rajabi M., Bastami M., Shahvaroughi Farahani N., Tavaniae Ah., Ghanbari B., Alasti H. Religious Coping as a Predictor of the Burden of Care in the Caregivers of End-Stage Cancer Patients. Iran Journal of Nursing. 2018; 31(114):6-16. <https://doi.org/10.29252/ijn.31.114.6>
7. Azimifar S, Jazayeri RS, Fatehizade M, Abedi A. Comparing the effects of Parent Management Training and Parenting Based on Acceptance and Commitment Therapy on externalizing behavior problems among preschool children. Journal of Applied Psychological Research. 2019;10(2):1-18.
8. Hoshino J, Hori Y, Kondo T, Tamakoshi K, Toyoshima H, Sakakibara H. Characteristics of hypertension-related factors in female home caregivers in Japan-comparison with general community non-caregivers. Journal of clinical nursing. 2013;22(3-4):466-78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04039.x>
9. Pourshaban Z, Moghimian M, Jouzi M. The Effect of Continuous Care Model on the Burden Care of Family Caregivers of Stroke Patients. J-Nurs-Edu. 2023;12(1):27-35.
10. Khodashenas M, Vieskarami H. Prediction Of Life Expectancy Of Women With Children With Cerebral Palsy Based On Care Burden, Loneliness, And Social Adjustment. Nursing And Midwifery Journal. 2023;21(3):218-25. <https://doi.org/10.61186/unmf.21.3.218>
11. Ashford JW. Treatment of Alzheimer's disease: the legacy of the cholinergic hypothesis, neuroplasticity, and future directions. Journal of Alzheimer's Disease. 2015;47(1):149-56. <https://doi.org/10.3233/JAD-150381>
12. McGreevy J. Dementia and the person-centred care approach. Nursing older people. 2015;27(8). <https://doi.org/10.7748/nop.27.8.27.e713>
13. Farhadi AH, Manshai G, Yousefi Z. Comparing the Effectiveness of Family Resilience Training, with Cognitive-Spiritual Hope Training, on Compassion Fatigue and Distress Tolerance in Caregivers of Renal Patients Undergoing Hemodialysis. Islamic Life Journal. 2022;6:156-65.
14. Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CT, Tang P, Zeng L, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. International journal of nursing studies. 2021;120:103973.

- <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>
15. Azadi Mohammad Mahdi, MANSHAE GHOLAMREZA, GOLPARVAR MOHSEN. Comparison of the Effectiveness of Mobile Social Network-Based Mindfulness Interventions, Acceptance and Commitment Therapy, and Mindfulness Group Therapy on Depression, Anxiety, and Stress among Type II Diabetic Patients. *JOURNAL OF DIABETES NURSING*[Internet]. 2019;7(2):775-792. Available from: <https://sid.ir/paper/414118/en>.
 16. Rostami H, Fathi A, Kheyri A. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Aggression and Increasing the Mental Health of Soldiers. *Iran-J-Health-Educ-Health-Promot*. 2019;7(1):109-17. <https://doi.org/10.30699/ijhehp.7.1.109>
 17. Manshai Gholamreza, Asli Azad Muslim, Hosseini Laleh, Tayibi Naini Parinaz. Guide for teaching mindfulness skills to children and teenagers; Publication of Islamic Azad University, Khorasgan branch, first edition, 2016: p. 14.
 18. Ehsani A, Sohrabi Esmrood F, Ghorban Jahromi R. The effect of mindfulness-based stress management intervention on students' self-efficacy and optimism. *RJMS*. 2021;28(8):90-8.
 19. akhondi m, kamiabi m, sayadi a, zeinadini z. The Effectiveness of Mindfulness Training on Perceived Stress and Psychological Hardship in Nursing Students. *ijpn*. 2021;8(6):11-9.
 20. Hosseini MA, Mohammadzaheri S, Fallahi Khoshkenab M, Mohammadi Shahbolaghi F, Reza Soltani P, Sharif Mohseni M. Effect of Mindfulness Program on Caregivers' Strain on Alzheimer's Disease Caregivers. *Yektaweb_Journals*. 2016;11(3):448-55. <https://doi.org/10.21859/sija-1103448>
 21. Namvar M, Khorrami M, Noorollahi A, pournemat M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Therapy on Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis (MS), Bojnurd, Iran. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2020;10(39):179-200.
 22. Tkatch R, Bazarko D, Musich S, Wu L, MacLeod S, Keown K, et al. A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2017;22(4):736-43. <https://doi.org/10.1177/2156587217737204>
 23. Hoppes S, Bryce H, Hellman C, Finlay E. The effects of brief mindfulness training on caregivers' well-being. *Activities, Adaptation & Aging*. 2012;36(2):147-66. <https://doi.org/10.1080/01924788.2012.673154>
 24. Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*. 2013;53(4):676-86. <https://doi.org/10.1093/geront/gns126>
 25. Sollie K, Næss ET, Solhaug I, Thimm JC. Mindfulness training for chronic fatigue syndrome: a pilot study. *Health Psychology Report*. 2017;5(3):240-50. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.65469>
 26. Kor PPK, Liu JYW, Chien WT. Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: A pilot randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2019;98:107-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.020>
 27. Shabani M, Jarareh J. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Caregiver Burden and Mental Fatigue of Autistic Children's Mothers. *socialwm*. 2020;9(1):5-12.
 28. Hosseinjanizadeh M, Rezapour Mirsaleh Y, Behjati F, Bagheriayn M. The Mediating Role of Self-Differentiation in the Relationship Between Moral Distress, Compassions Fatigue and Work-family Conflict in Nurses. *IJN*. 2022;35(137):290-303. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.137.3063>