Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 5, Issue 3, PP 1-20

Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) and Emotion-Focused Therapy Integrated with Mindfulness on the Quality of Life of Family Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease

1. Shamim Kahali: PhD Student, Department of Clinical Psychology, KI.C., Islamic Azad University, Kish, Iran
2. Mohammadreza Seirafi*: Department of Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran
3. Maryam Mazloom: Department of Psychology, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: msf_3@yahoo.com

Received: 2026-07-28 Revised: 2026-10-20 Accepted: 2026-10-27 Initial Publish: 2026-11-09 Final Publish: 2027-08-23



How to Cite: Kahali, S., Seirafi, M., & Mazloom, M. (2027). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) and Emotion-Focused Therapy Integrated with Mindfulness on the Quality of Life of Family Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(3), 1-20.

Abstract

Introduction and Aim: Providing continuous care for patients with Alzheimer's disease, due to the progressive and disabling nature of the condition, imposes considerable psychological, emotional, and social burdens on family caregivers and may substantially impair their quality of life; therefore, this study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) and mindfulness-integrated emotion-focused therapy in improving the quality of life of family caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a three-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of family caregivers of patients with Alzheimer's disease in Rasht, Iran, in 2026. A total of 63 eligible caregivers were selected through convenience sampling and randomly assigned to three equal groups of 21 participants: EFT, mindfulness-integrated EFT, and control. Participants in the two experimental groups received eight weekly 90-minute intervention sessions, whereas the control group remained on a waiting list. Data were collected using the Quality of Life Questionnaire and analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc comparisons in SPSS-26.

Findings: Repeated-measures analysis of variance indicated significant group and group × time interaction effects for general health, physical health, psychological health, and social relationships ($p<0.05$), whereas no significant effects were observed for the environmental health dimension ($p>0.05$). Pairwise comparisons further confirmed significant changes across the pretest, posttest, and follow-up assessments for the responsive quality-of-life dimensions. Both interventions significantly improved caregivers' quality of life; however, mindfulness-integrated EFT demonstrated greater effectiveness than EFT alone. Moreover, the therapeutic improvements were generally maintained during the follow-up period.

Conclusion: Both EFT and mindfulness-integrated EFT can effectively enhance important dimensions of quality of life among family caregivers of patients with Alzheimer's disease. The mindfulness-integrated intervention appears to provide greater therapeutic benefits and may therefore be considered a useful psychological and supportive intervention for this population.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Mindfulness, Quality of Life, Family Caregivers, Alzheimer's Disease.

Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Alzheimer's disease is a progressive neurodegenerative disorder that gradually impairs memory, cognition, communication, executive functioning, and the ability to perform everyday activities. As the disease advances, patients become increasingly dependent on others for personal care, supervision, medication management, behavioral regulation, and coordination of health services. In most societies, a substantial proportion of this responsibility is undertaken by family members who provide long-term informal care without formal compensation. Consequently, the burden of Alzheimer's disease extends beyond the patient and significantly affects the psychological, physical, social, and economic well-being of family caregivers. Evidence indicates that greater disease severity and higher caregiving demands are associated with increased humanistic burden and poorer quality of life among caregivers of people with Alzheimer's disease and other forms of dementia (Engel et al., 2026; Ohno et al., 2021).

Quality of life is a multidimensional construct that encompasses physical health, psychological well-being, social relationships, environmental conditions, daily functioning, and overall life satisfaction. Family caregivers of patients with Alzheimer's disease often experience sleep problems, role overload, restricted social participation, reduced leisure opportunities, financial strain, emotional exhaustion, and persistent concern about the patient's future. These ongoing demands may gradually undermine caregivers' perceived quality of life. Recent evidence has also demonstrated a meaningful association between caregiving-related stress and lower quality of life among informal caregivers of older adults with Alzheimer's disease, emphasizing the importance of psychological interventions that can reduce the adverse effects of chronic caregiving stress (Gangan et al., 2025).

A wide range of supportive and psychological interventions has therefore been developed to help family caregivers cope more effectively with the demands of dementia care. Structured psychoeducational programs can reduce perceived caregiving burden and improve care-related outcomes by enhancing caregivers' knowledge, coping capacity, and sense of competence (Tawfik et al., 2021). However, caregiving in Alzheimer's disease is not solely an educational or behavioral challenge; it is also an emotionally demanding experience. Caregivers may simultaneously experience grief, anger, anxiety, helplessness, guilt, frustration, and uncertainty. If these emotions remain unrecognized or are poorly regulated, they may contribute to emotional exhaustion, maladaptive coping, and reduced quality of life.

Emotion-focused therapy is an experiential and process-oriented therapeutic approach that considers emotions to be central organizing components of psychological experience, meaning-making, behavior, and interpersonal functioning. Rather than conceptualizing difficult emotions merely as symptoms to be eliminated, this approach views them as important sources of information that can guide adaptive change when they are appropriately accessed, processed, and transformed. Emotion-focused therapy helps individuals become more aware of their emotional experiences, differentiate primary from secondary emotions, identify unmet needs, and replace maladaptive emotional responses with more adaptive ones. Case formulation within this approach emphasizes the collaborative identification of emotional processes, maladaptive patterns, and pathways for change (Goldman & Greenberg, 2015).

A key assumption of emotion-focused therapy is that persistent psychological difficulties are often associated with problems in accessing, tolerating, expressing, or transforming emotional experiences. Individuals may respond to painful emotions through avoidance, suppression, excessive rumination, or other maladaptive strategies. Emotion-focused interventions aim to provide a safe context in which clients can approach difficult emotions, understand their meaning, and develop more adaptive emotional responses. From this perspective, therapeutic change is achieved not merely through cognitive understanding but through the transformation of maladaptive emotional experience by activating and strengthening more adaptive emotions (Watson & Greenberg, 2017). This mechanism may be especially relevant for caregivers of patients with Alzheimer's disease, who are repeatedly exposed to emotionally distressing and often uncontrollable situations.

Empirical evidence supports the usefulness of emotion-focused interventions in populations exposed to chronic stress and caregiving demands. Group emotion-focused therapy has been shown to improve quality of life and marital satisfaction among mothers caring for children with cancer (Barghi Irani et al., 2013). Emotion-focused therapy has also been associated with reductions in perceived stress and

difficulties in emotional processing among individuals with chronic physical illness (Kheirkhah & Aghel Masjedi, 2022). More recent work emphasizing emotion-focused models in dementia-related care further supports the clinical relevance of addressing emotional processes within the context of dementia and caregiving (Nadkarni et al., 2026).

Nevertheless, caregivers of people with Alzheimer's disease often face not only intense emotions but also persistent worry, rumination, anticipatory distress, and cognitive preoccupation with future deterioration. Under such conditions, enhancing emotional processing alone may not fully address the caregiver's psychological burden. Mindfulness may provide an important complementary mechanism by helping individuals observe thoughts, emotions, and bodily sensations with greater present-moment awareness and less automatic judgment. Mindfulness-based interventions aim to change the individual's relationship with internal experiences rather than directly suppressing or disputing them.

Research on the mechanisms of mindfulness-based interventions suggests that improvements may occur through greater present-moment awareness, reduced cognitive and emotional reactivity, increased acceptance, decentering from distressing thoughts, and improved emotion regulation (Alsubaie et al., 2017). These mechanisms are particularly relevant to Alzheimer's caregivers because many of the stressors they face cannot be directly controlled or eliminated. Mindfulness may help caregivers remain engaged with current demands while reducing excessive mental involvement in worries about the future or repetitive negative thinking about caregiving difficulties.

Studies conducted among caregivers of people with Alzheimer's disease have supported the beneficial role of mindfulness. Mindfulness training has been shown to reduce perceived stress in family caregivers of older adults with Alzheimer's disease (Hosseini et al., 2016). Mindfulness-based cognitive therapy has also been associated with improvements in psychological well-being and quality of life among caregivers of older adults with Alzheimer's disease (Zehtab & Tabatabaeinejad, 2022). In addition, comparative research among caregivers of patients with dementia has demonstrated that interventions targeting mindfulness and emotional efficacy can both improve important psychological outcomes, suggesting that emotional and mindfulness-related processes may represent complementary pathways of adaptation (Ramezani et al., 2023).

Integrative therapeutic approaches may therefore be particularly useful when multiple psychological mechanisms contribute to caregiver distress. Emotion-focused therapy facilitates access to, understanding of, and transformation of difficult emotions, whereas mindfulness promotes nonjudgmental awareness, acceptance, and reduced reactivity toward internal experience. Combining these approaches may allow caregivers not only to process and transform maladaptive emotions but also to develop a more flexible and less reactive relationship with those emotions. Previous findings concerning integrative emotion-focused interventions have shown that combining emotion-focused principles with complementary therapeutic components can enhance quality-of-life-related outcomes (Mostaajeran et al., 2021).

Despite the growing body of research on emotion-focused therapy, mindfulness, and caregiver interventions, limited evidence is available regarding the direct comparison of emotion-focused therapy with emotion-focused therapy integrated with mindfulness among family caregivers of patients with Alzheimer's disease. It is also important to determine whether treatment-related improvements are maintained beyond the immediate post-intervention period. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and emotion-focused therapy integrated with mindfulness on the quality of life of family caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Methodology

This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a three-month follow-up and a control group. The study population consisted of all family caregivers of patients with Alzheimer's disease in Rasht, Iran, in 2026. A total of 63 eligible caregivers were selected using convenience sampling and were then randomly assigned through a simple lottery procedure to three equal groups of 21 participants: an emotion-focused therapy group, an emotion-focused therapy integrated with mindfulness group, and a control group.

Eligibility criteria included being between 30 and 45 years of age, having at least a high school diploma, having no diagnosed psychiatric disorder based on a structured clinical interview informed by the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, having no uncontrolled acute or chronic physical illness such as cardiovascular disease, and not receiving concurrent psychological,

psychiatric, or complementary treatment during the study or within the preceding two months. Exclusion criteria included absence from more than two intervention sessions, inadequate cooperation with the treatment program, and voluntary withdrawal from the study. All participants received an explanation of the study objectives, procedures, and ethical considerations and provided written informed consent. They were informed that participation was voluntary and that they could discontinue participation at any stage. Ethical approval was obtained under code IR.IAU.TNB.REC.1404.349.

The dependent variable was quality of life, assessed using the 26-item World Health Organization Quality of Life questionnaire. The instrument evaluates physical health, psychological health, social relationships, and environmental health, in addition to overall quality of life. Responses are scored on a five-point Likert scale, with higher scores indicating better perceived quality of life. The Persian version has demonstrated acceptable reliability across its major subscales.

Participants in the emotion-focused therapy group received eight weekly 90-minute sessions. The intervention progressed from establishing therapeutic engagement and emotional awareness to identifying problematic emotional patterns, accessing primary emotions, reducing barriers to emotional expression, transforming maladaptive emotional schemes, generating adaptive emotional responses, consolidating positive changes, and preparing participants to maintain treatment gains after termination.

Participants in the integrated intervention group also received eight weekly 90-minute sessions. This protocol combined emotion-focused processes with mindfulness practices including body scanning, mindful breathing, seated meditation, present-moment awareness, nonjudgmental observation of thoughts and emotions, mindful awareness of bodily sensations, open monitoring, emotion tracking, relaxation, and mindful movement. Emotion-focused techniques such as exploration of unresolved emotions and experiential processing were integrated with these mindfulness exercises. The control group remained on a waiting list during the intervention period.

Data were analyzed using SPSS version 26. Repeated-measures analysis of variance was used to examine the effects of time, group, and the interaction between time and group across pretest, posttest, and follow-up assessments. Bonferroni post hoc comparisons were used to identify significant differences between measurement occasions. The significance level was set at 0.05.

Findings

No participant attrition occurred, and all analyses were conducted on the full sample of 63 participants, with 21 individuals in each group. Descriptive results showed clear improvements in overall quality of life in both experimental groups. In the emotion-focused therapy group, the mean overall quality-of-life score increased from 45.95 at pretest to 53.09 at posttest and 53.23 at follow-up. In the integrated emotion-focused therapy and mindfulness group, the corresponding scores increased from 47.47 at pretest to 57.95 at posttest and 58.85 at follow-up. In contrast, the control group showed no comparable improvement, with mean scores of 49.19 at pretest, 47.28 at posttest, and 48.23 at follow-up.

Repeated-measures analysis of variance showed a significant effect of time on general health ($F=7.697$, $p=0.001$, $\eta^2=0.114$), physical health ($F=12.579$, $p=0.001$, $\eta^2=0.173$), psychological health ($F=35.278$, $p=0.001$, $\eta^2=0.370$), and social relationships ($F=11.923$, $p=0.001$, $\eta^2=0.166$). The effect of group was also significant for general health ($F=13.517$, $p=0.001$, $\eta^2=0.311$), physical health ($F=4.956$, $p=0.010$, $\eta^2=0.142$), psychological health ($F=7.904$, $p=0.001$, $\eta^2=0.209$), and social relationships ($F=6.950$, $p=0.002$, $\eta^2=0.188$).

The interaction between group and time was significant for general health ($F=5.812$, $p=0.001$, $\eta^2=0.162$), physical health ($F=12.297$, $p=0.001$, $\eta^2=0.291$), psychological health ($F=7.485$, $p=0.001$, $\eta^2=0.200$), and social relationships ($F=4.571$, $p=0.003$, $\eta^2=0.132$), indicating that the pattern of change across the three assessment stages differed significantly among the groups. In contrast, environmental health showed no significant effect of time ($F=2.401$, $p=0.095$), group ($F=2.212$, $p=0.118$), or the group-by-time interaction ($F=2.104$, $p=0.085$).

Bonferroni post hoc comparisons showed significant differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up for all four significant dimensions. For general health, the mean difference was -0.825 between pretest and posttest ($p=0.007$) and -0.845 between pretest and follow-up ($p=0.009$). For physical health, the respective mean differences were -1.063 ($p=0.001$) and -0.635 ($p=0.019$). For psychological health, the differences were -2.508 ($p=0.001$) and -2.889 ($p=0.001$). For social relationships, the differences were -0.746 ($p=0.001$)

and -1.063 (p=0.001). None of the differences between posttest and follow-up were statistically significant, indicating that treatment gains were maintained over the follow-up period.

Overall, both interventions produced meaningful improvements in major dimensions of quality of life, while the integrated emotion-focused therapy and mindfulness intervention demonstrated a greater magnitude of improvement than emotion-focused therapy alone.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that both emotion-focused therapy and emotion-focused therapy integrated with mindfulness can improve important dimensions of quality of life among family caregivers of patients with Alzheimer's disease. The observed improvements in general health, physical health, psychological health, and social relationships suggest that interventions targeting emotional processes can have broad effects beyond narrowly defined psychological symptoms. Caregivers who learn to identify, understand, and transform difficult emotional experiences may become better able to manage the chronic demands associated with caregiving.

The effectiveness of emotion-focused therapy may be explained by its emphasis on helping individuals approach rather than avoid distressing emotional experiences. Family caregivers are frequently exposed to grief, uncertainty, anger, helplessness, and exhaustion. When these emotions are suppressed or remain unresolved, they may intensify psychological strain and undermine daily functioning. Emotion-focused therapy may improve quality of life by increasing emotional awareness, reducing maladaptive emotional avoidance, and facilitating the development of more adaptive emotional responses.

The integrated intervention showed even greater improvement, which may reflect the complementary effects of mindfulness and emotion-focused techniques. Emotion-focused therapy encourages active engagement with emotional experience, whereas mindfulness promotes a nonjudgmental and less reactive stance toward that experience. Together, these mechanisms may allow caregivers to understand and transform difficult emotions while simultaneously reducing automatic reactions to distressing thoughts and sensations.

This combined approach may be especially suitable for Alzheimer's caregivers because many caregiving stressors are persistent and cannot be fully eliminated. Mindfulness may help caregivers distinguish between the stressful event itself and their automatic cognitive and emotional reactions to it. At the same time, emotion-focused work may help them identify unmet needs, process unresolved grief, and construct more adaptive emotional responses. This dual process may strengthen psychological flexibility and reduce the emotional costs of long-term caregiving.

The maintenance of improvements at follow-up is another important finding. The lack of significant differences between posttest and follow-up suggests that the acquired skills continued to influence participants after the formal intervention ended. This may be because both interventions included skills that can be applied independently in everyday life. Emotional awareness, adaptive emotional processing, mindful breathing, body scanning, and nonjudgmental observation can all be practiced outside therapy sessions and may therefore contribute to the durability of treatment gains.

The absence of significant change in environmental health is also understandable. Environmental quality of life includes factors such as financial resources, physical living conditions, transportation, access to services, and environmental safety. These factors are less directly responsive to short-term psychological interventions. Therefore, although therapy may improve how caregivers experience and cope with their circumstances, it may not substantially alter the objective environmental conditions in which caregiving occurs.

In conclusion, the present study demonstrates that both emotion-focused therapy and emotion-focused therapy integrated with mindfulness are effective in improving major dimensions of quality of life among family caregivers of patients with Alzheimer's disease. The integrated approach appears to produce greater improvement and may provide a more comprehensive intervention by simultaneously targeting emotional processing and mindful awareness. The maintenance of gains during follow-up further supports its potential clinical usefulness. These findings suggest that incorporating emotion-focused and mindfulness-based strategies into caregiver support programs may help reduce the psychological burden of caregiving and strengthen caregivers' overall quality of life.

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان (EFT) و درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر

۱. شمیم کحالی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران
۲. محمدرضا صیرفی*: گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲. مریم مظلوم: گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: msf_3@yahoo.com

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۶ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۷/۲۸ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۸/۰۵ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۸/۱۸ انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۶/۰۱



نحوه استناددهی: کحالی، شمیم.، صیرفی، محمدرضا.، و مظلوم، مریم. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان (**EFT**) و درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۳)، ۲۰-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: مراقبت مستمر از بیماران مبتلا به آلزایمر به دلیل ماهیت پیشرونده و ناتوان‌کننده بیماری، با فشارهای روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی قابل‌توجهی برای مراقبین خانوادگی همراه است و می‌تواند کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر شهر رشت در سال ۱۴۰۵ بود که از میان آنان ۶۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۲۱ نفری شامل درمان متمرکز بر هیجان، درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی مداخلات مربوطه را دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشت. داده‌ها با پرسشنامه کیفیت زندگی گردآوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر گروه و تعامل گروه × زمان برای سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی معنادار بود ($p<۰.۰۵$)، درحالی‌که برای بعد سلامت محیطی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>۰.۰۵$). مقایسه‌های زوجی نیز تغییرات معنادار این ابعاد را از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری تأیید کرد. هر دو مداخله موجب بهبود کیفیت زندگی شدند؛ بااین‌حال، درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان به‌تنهایی اثربخشی بیشتری نشان داد و آثار درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: درمان متمرکز بر هیجان و به‌ویژه شکل تلفیقی آن با ذهن‌آگاهی می‌تواند رویکردی مؤثر برای ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر باشد؛ بنابراین، استفاده از این مداخله تلفیقی در برنامه‌های روان‌شناختی و حمایتی ویژه مراقبین پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژگان: درمان متمرکز بر هیجان، ذهن‌آگاهی، کیفیت زندگی، مراقبین خانوادگی، بیماری آلزایمر.

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۶ 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

بیماری آلزایمر یکی از مهم‌ترین اختلالات تحلیل‌برنده عصبی در سالمندی است که با کاهش تدریجی حافظه، اختلال در کارکردهای شناختی، افت توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و افزایش وابستگی فرد مبتلا به دیگران همراه می‌شود. ماهیت پیشرونده بیماری موجب می‌شود که با گذشت زمان، نیاز بیمار به مراقبت‌های مستمر جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی افزایش یابد و بخش قابل‌توجهی از مسئولیت این مراقبت بر عهده اعضای خانواده قرار گیرد. در بسیاری از جوامع، مراقبین خانوادگی بخش اصلی شبکه مراقبتی بیماران مبتلا به زوال عقل را تشکیل می‌دهند و بدون دریافت دستمزد رسمی، ساعت‌های طولانی از زمان خود را صرف نظارت بر وضعیت بیمار، کمک به امور شخصی، مدیریت داروها، هماهنگی خدمات درمانی و پاسخ‌گویی به مشکلات رفتاری و هیجانی بیمار می‌کنند. ازاین‌رو، پیامدهای بیماری آلزایمر صرفاً به فرد مبتلا محدود نمی‌شود و می‌تواند سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و حتی اقتصادی مراقبین خانوادگی را نیز به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌های حاصل از بررسی بار انسانی مراقبت در میان مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر و سایر انواع دمانس نشان داده است که افزایش شدت بیماری و نیازهای مراقبتی با کاهش کیفیت زندگی مراقبین، فشار روانی بیشتر و محدود شدن مشارکت آنان در فعالیت‌های شخصی و اجتماعی همراه است (Engel et al., 2026; Ohno et al., 2021).

کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که می‌تواند دامنه پیامدهای مراقبت طولانی‌مدت از بیماران مبتلا به آلزایمر را منعکس کند. این مفهوم ابعاد مختلفی از جمله سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، شرایط محیطی، احساس رضایت از زندگی و توانایی فرد برای ایفای نقش‌های روزمره را در بر می‌گیرد. مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر ممکن است به دلیل الزام به مراقبت مداوم، اختلال خواب، محدودیت زمانی، کاهش فرصت‌های تفریحی، فشار مالی، تعارض نقش‌ها و مواجهه مستمر با زوال شناختی و رفتاری بیمار، کاهش محسوسی را در کیفیت زندگی خود تجربه کنند. به‌ویژه هنگامی که رفتارهای چالش‌برانگیز، وابستگی شدید، مشکلات خواب یا تغییرات شخصیتی در بیمار افزایش می‌یابد، مراقب ناگزیر است منابع روان‌شناختی و جسمانی بیشتری را برای مدیریت وضعیت اختصاص دهد. پژوهش‌های جدید نیز نشان داده‌اند که استرس ادراک‌شده یکی از متغیرهای کلیدی مرتبط با افت کیفیت زندگی در مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر است و هرچه فشار روانی مرتبط با نقش مراقبتی افزایش یابد، ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خود نامطلوب‌تر می‌شود (Gangan et al., 2025). بنابراین، مراقبت از سلامت و کیفیت زندگی مراقبین نه‌تنها از منظر رفاه شخصی آنان، بلکه از نظر استمرار و کیفیت مراقبت ارائه‌شده به بیمار نیز اهمیت دارد.

نقش مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران مبتلا به زوال عقل به اندازه‌ای اساسی است که مداخلات روان‌شناختی و آموزشی متعددی برای کاهش بار مراقبتی، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقای پیامدهای روانی آنان طراحی شده است. شواهد نشان می‌دهد که حتی برنامه‌های روانی ـ آموزشی ساختاریافته می‌توانند با افزایش آگاهی مراقبین، بهبود شیوه مواجهه با مشکلات رفتاری و شناختی بیمار و تقویت احساس شایستگی آنان، بار ادراک‌شده مراقبت را کاهش دهند و کیفیت مراقبت و پیامدهای مرتبط با بیمار را بهبود بخشند (Tawfik et al., 2021). با این حال، مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر صرفاً یک مسئله آموزشی یا رفتاری نیست، بلکه تجربه‌ای عمیقاً هیجانی است. مراقب ممکن است به‌طور هم‌زمان احساساتی مانند غم، خشم، اضطراب، درماندگی، گناه، ناامیدی و حتی تعارض میان محبت به بیمار و خستگی از مسئولیت مراقبت را تجربه کند. تداوم چنین هیجان‌هایی بدون پردازش و تنظیم مناسب می‌تواند موجب فرسودگی روانی، کاهش توان مقابله و در نهایت افت کیفیت زندگی شود. ازاین‌رو، استفاده از رویکردهایی که به‌طور مستقیم با تجربه هیجانی افراد کار می‌کنند می‌تواند برای این گروه اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.

درمان متمرکز بر هیجان یکی از رویکردهای تجربی و فرایندمحور روان‌درمانی است که هیجان را عنصر بنیادی در سازمان‌دهی تجربه، معنا، رفتار و ارتباط فرد با خود و دیگران می‌داند. در این رویکرد، هیجان‌ها صرفاً علائمی نیستند که باید کاهش یابند، بلکه منابع مهم اطلاعاتی و سازگاری محسوب می‌شوند که در صورت شناسایی، پردازش و بازسازی صحیح می‌توانند به تغییر روان‌شناختی منجر شوند. درمان متمرکز بر هیجان به مراجع کمک می‌کند تا از

تجربه‌های هیجانی خود آگاهی بیشتری پیدا کند، احساسات اولیه و ثانویه را از یکدیگر تمایز دهد، هیجان‌های ناسازگار را شناسایی کند و از طریق فعال‌سازی پاسخ‌های هیجانی سازگارتر، الگوهای تثبیت‌شده و آسیب‌زا را تغییر دهد. فرمول‌بندی مورد در این رویکرد نیز بر ایجاد نقشه‌ای مشترک از فرایندهای هیجانی، نیازهای برآورده‌نشده، تجارب آسیب‌زا و پاسخ‌های ناسازگار استوار است و درمانگر با ایجاد رابطه‌ای همدلانه و امن، زمینه دسترسی و بازپردازش هیجان‌ها را فراهم می‌کند (Goldman & Greenberg, 2015).

یکی از فرض‌های اساسی درمان متمرکز بر هیجان آن است که مشکلات روان‌شناختی اغلب با دشواری در دسترسی، تجربه، بیان یا تنظیم هیجان‌ها پیوند دارند. فرد ممکن است در برابر هیجان‌های دردناک از راهبردهایی مانند اجتناب، سرکوب یا نشخوار ذهنی استفاده کند که در کوتاه‌مدت از شدت تجربه هیجانی می‌کاهند، اما در بلندمدت می‌توانند موجب تداوم ناراحتی شوند. در فرایند درمان، فرد تشویق می‌شود هیجان‌های خود را به شیوه‌ای امن تجربه کند، معنای آن‌ها را بشناسد و از پاسخ‌های هیجانی جدید برای اصلاح ساختارهای ناسازگار استفاده کند. از دیدگاه درمان متمرکز بر هیجان، تغییر پایدار زمانی رخ می‌دهد که یک تجربه هیجانی ناسازگار نه فقط در سطح شناختی، بلکه از طریق تجربه هیجانی سازگار و جدید بازسازی شود (Watson & Greenberg, 2017). این سازوکار می‌تواند برای مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر که به‌طور مداوم در معرض غم، ترس، خستگی و احساس ناتوانی قرار دارند، اهمیت زیادی داشته باشد؛ زیرا فرصت می‌دهد هیجان‌های پیچیده مرتبط با مراقبت به جای سرکوب یا تشدید، شناسایی، پذیرفته و بازپردازش شوند.

پژوهش‌های تجربی نیز از کاربرد درمان متمرکز بر هیجان در حوزه‌های مرتبط با فشار روانی و کیفیت زندگی حمایت کرده‌اند. در مطالعه‌ای بر مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان توانست به بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی منجر شود؛ یافته‌ای که نشان می‌دهد این رویکرد در افرادی که با مسئولیت مراقبت از عضو بیمار خانواده مواجه‌اند، قابلیت ارتقای سازگاری و کیفیت زندگی را دارد (Barghi Irani et al., 2013). همچنین، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب نشان داده است که این مداخله می‌تواند در کاهش استرس ادراک‌شده و مشکلات مرتبط با شناسایی و بیان هیجان‌ها مؤثر باشد (Kheirkhah & Aghel Masjedi, 2022). یافته‌های جدیدتر در زمینه مراقبت از دمانس نیز نشان می‌دهند که توجه نظام‌مند به نیازهای هیجانی در مدل‌های مراقبتی می‌تواند پیامدهای مطلوبی ایجاد کند و مؤید اهمیت بعد هیجانی در مراقبت از افراد مبتلا به دمانس است (Nadkarni et al., 2026). این شواهد بر این موضوع تأکید دارند که کار بر هیجان‌ها می‌تواند یکی از مسیرهای مهم برای کاهش پیامدهای منفی ناشی از بیماری مزمن و نقش مراقبتی باشد.

با وجود این، مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر علاوه بر تجربه هیجان‌های شدید، اغلب با الگوهایی از نگرانی درباره آینده، نشخوار فکری درباره وضعیت بیمار، تمرکز بر مشکلات غیرقابل‌کنترل و دشواری در جدا شدن از افکار و احساسات منفی مواجه‌اند. در چنین شرایطی، صرف پردازش هیجان ممکن است برای برخی از افراد کافی نباشد و افزودن مهارت‌هایی که توانایی مشاهده غیرقضاوتی تجربه‌های ذهنی و حضور در لحظه حال را تقویت می‌کنند، بتواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. ذهن‌آگاهی به معنای توجه هدفمند به تجربه جاری، با رویکردی پذیرا و بدون قضاوت، یکی از مؤلفه‌هایی است که طی سال‌های اخیر به‌طور گسترده در مداخلات روان‌شناختی مورد استفاده قرار گرفته است. فرد در تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌آموزد افکار، هیجان‌ها و احساسات جسمانی را به‌عنوان رویدادهای گذرای ذهنی مشاهده کند، بدون آنکه الزاماً با آن‌ها همانندسازی کند یا بلافاصله به آن‌ها واکنش نشان دهد.

مطالعات مربوط به سازوکارهای مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان داده‌اند که افزایش آگاهی از تجربه لحظه حاضر، کاهش واکنش‌پذیری شناختی و هیجانی، پذیرش تجربه، تغییر رابطه فرد با افکار و تقویت تنظیم هیجان از جمله مسیرهایی هستند که می‌توانند تغییرات درمانی را توضیح دهند (Alsubaie et al., 2017). این سازوکارها برای مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر اهمیت ویژه‌ای دارند؛ زیرا مراقب دائماً با شرایطی مواجه است که بسیاری از آن‌ها خارج از کنترل مستقیم او هستند. توانایی مشاهده هیجان‌های منفی بدون درگیری بیش از حد با آن‌ها و پذیرش واقعیت بیماری، بدون

آنکه پذیرش به معنای انفعال تلقی شود، می‌تواند موجب کاهش فرسودگی روانی و افزایش انعطاف‌پذیری فرد در برخورد با چالش‌های روزمره شود. ذهن‌آگاهی همچنین می‌تواند فاصله‌ای روان‌شناختی میان تجربه هیجانی و پاسخ رفتاری ایجاد کند و از واکنش‌های تکانشی یا ناسازگار در شرایط فشارزا بکاهد.

شواهد داخلی نیز اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر تأیید کرده‌اند. بررسی اثر برنامه ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر نشان داد که آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش فشار روانی تجربه‌شده در این گروه کمک کند (Hosseini et al., 2016). همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی شده است (Zehtab & Tabatabaeinejad, 2022). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهد که توانایی حضور آگاهانه در لحظه، مشاهده تجربه بدون قضاوت و کاهش درگیری با افکار منفی می‌تواند از منابع مهم روان‌شناختی برای سازگاری با الزامات مراقبت طولانی‌مدت باشد.

در کنار بررسی مستقل درمان‌های هیجان‌محور و ذهن‌آگاهی، رویکردهای تلفیقی نیز بر این فرض استوارند که ترکیب مؤلفه‌های مؤثر چند شیوه درمانی می‌تواند دامنه گسترده‌تری از فرایندهای روان‌شناختی را هدف قرار دهد. درمان متمرکز بر هیجان از طریق افزایش دسترسی به هیجان، شناسایی نیازهای هیجانی، تغییر هیجان‌های ناسازگار و ایجاد پاسخ‌های هیجانی جدید عمل می‌کند، در حالی که ذهن‌آگاهی می‌تواند شیوه مواجهه فرد با هیجان‌ها و افکار را تغییر دهد و ظرفیت مشاهده، پذیرش و تنظیم تجربه‌های درونی را افزایش دهد. بر این اساس، تلفیق این دو رویکرد می‌تواند از یک سو عمق پردازش هیجانی را حفظ کند و از سوی دیگر، با ایجاد فاصله از افکار و هیجان‌های مخرب و کاهش واکنش‌پذیری، شرایط مناسب‌تری برای بازسازی تجربه هیجانی فراهم آورد. پژوهش درباره درمان‌های تلفیقی هیجان‌محور نیز نشان داده است که ترکیب اصول درمان متمرکز بر هیجان با مؤلفه‌های مکمل می‌تواند پیامدهایی مانند کیفیت زندگی رابطه‌ای را بهبود بخشد (Mostaajeran et al., 2021).

در حوزه مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس نیز مقایسه مداخلات مختلف روان‌شناختی اهمیت زیادی دارد، زیرا مراقبین ممکن است از مسیرهای متفاوتی بهبود پیدا کنند. برای مثال، مقایسه ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی با درمان کارآمدی هیجانی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس نشان داده است که مداخلات متمرکز بر فرایندهای ذهن‌آگاهی و هیجانی هر دو می‌توانند بر برخی پیامدهای روان‌شناختی مراقبین اثرگذار باشند (Ramezani et al., 2023). چنین نتایجی نشان می‌دهد که هم تنظیم تجربه هیجانی و هم تغییر نحوه مواجهه با افکار و احساسات، مؤلفه‌های مهمی در سازگاری مراقبین هستند. با این حال، اثربخشی یک مداخله ترکیبی که به‌طور هم‌زمان پردازش هیجانی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی را هدف قرار دهد، به‌ویژه در مقایسه مستقیم با درمان متمرکز بر هیجان به‌تنهایی و با تمرکز بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران آلزایمر، همچنان نیازمند بررسی بیشتری است.

اهمیت این مسئله زمانی روشن‌تر می‌شود که کیفیت زندگی مراقب نه‌تنها پیامدی فردی، بلکه بخشی از کیفیت کلی نظام مراقبت از بیمار تلقی شود. هنگامی که مراقب از سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی مناسب‌تری برخوردار باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که بتواند نقش مراقبتی خود را با ثبات، تحمل و انعطاف بیشتری ادامه دهد. در مقابل، افت کیفیت زندگی می‌تواند با خستگی، کاهش انگیزه، مشکلات بین‌فردی، افزایش تعارضات خانوادگی و کاهش ظرفیت پاسخ‌گویی به نیازهای بیمار همراه شود. توسعه ابزارهای اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی مراقبین افراد مبتلا به دمانس نیز نشان‌دهنده اهمیت روزافزون این سازه در ارزیابی بار انسانی، نتایج مداخلات و حتی ارزیابی‌های اقتصادی خدمات دمانس است (Engel et al., 2026). بنابراین، طراحی و ارزیابی مداخلاتی که بتوانند هم‌زمان چند بعد از کیفیت زندگی مراقبین را تحت تأثیر قرار دهند، از نظر بالینی و اجتماعی ضرورت دارد.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که مراقبین خانوادگی به حمایت‌هایی نیاز دارند که فراتر از انتقال اطلاعات درباره بیماری باشد و بتواند ظرفیت درونی آنان را برای مواجهه با فشارهای مستمر مراقبت افزایش دهد. برنامه‌های روانی ـ آموزشی می‌توانند بار مراقبت را کاهش دهند (Tawfik et al., 2021)،

ذهن‌آگاهی می‌تواند استرس و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (Hosseini et al., 2016; Zehtab & Tabatabaeinejad, 2022) و رویکردهای مبتنی بر هیجان نیز در کاهش پریشانی، بهبود تنظیم هیجان و ارتقای کیفیت زندگی در گروه‌های در معرض فشار مزمن مؤثر گزارش شده‌اند (Barghi Irani et al., 2013; Kheirkhah & Aghel Masjedi, 2022). با این حال، مراقبت از بیمار آلزایمری وضعیت پیچیده‌ای است که در آن استرس مزمن، تجربه هیجان‌های متعارض، محدودیت‌های نقش، فقدان تدریجی توانایی‌های بیمار و نگرانی نسبت به آینده به‌صورت هم‌زمان حضور دارند. چنین ماهیتی می‌تواند ضرورت استفاده از رویکردی چندوجهی را افزایش دهد.

از منظر نظری، تلفیق درمان متمرکز بر هیجان و ذهن‌آگاهی می‌تواند دو فرایند مکمل را فعال کند. درمان متمرکز بر هیجان به فرد کمک می‌کند تا به هیجان‌های دردناک نزدیک شود، آن‌ها را رمزگشایی کند، نیازهای زیربنایی را بشناسد و پاسخ‌های هیجانی سازگار جدیدی ایجاد کند (Goldman & Greenberg, 2015; Watson & Greenberg, 2017). در مقابل، ذهن‌آگاهی شرایطی فراهم می‌کند که فرد بتواند همین تجربه‌های درونی را با واکنش‌پذیری کمتر، پذیرش بیشتر و قضاوت محدودتر مشاهده کند (Alsubaie et al., 2017). بنابراین، انتظار می‌رود ترکیب این دو فرایند، هم توانایی فرد برای تجربه و تحول هیجان را افزایش دهد و هم از گرفتار شدن او در چرخه‌های نشخوار فکری، نگرانی و واکنش‌های هیجانی خودکار جلوگیری کند. این ترکیب به‌طور بالقوه می‌تواند برای مراقبین خانوادگی بیماران آلزایمر که با شرایطی مزمن، پیش‌رونده و غالباً غیرقابل‌کنترل مواجه‌اند، سودمند باشد.

با وجود شواهد موجود، هنوز خلأ پژوهشی مهمی در مقایسه مستقیم درمان متمرکز بر هیجان با شکل تلفیقی آن همراه با ذهن‌آگاهی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر وجود دارد. پژوهش‌های پیشین عمدتاً اثربخشی ذهن‌آگاهی، برنامه‌های روانی ـ آموزشی، درمان‌های هیجان‌محور یا برخی مداخلات تلفیقی را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند و کمتر به این پرسش پرداخته‌اند که آیا افزودن مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی به درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند موجب ایجاد تغییرات بیشتری در کیفیت زندگی مراقبین شود. همچنین، وجود مرحله پیگیری برای بررسی پایداری تغییرات اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا یک مداخله بالینی زمانی ارزش کاربردی بیشتری دارد که اثرات آن صرفاً به پایان جلسات محدود نباشد و در گذر زمان نیز حفظ شود. با توجه به بار انسانی قابل‌توجه مراقبت از بیماران آلزایمر (Gangan et al., 2025; Ohno et al., 2021)، ضرورت توجه اختصاصی به کیفیت زندگی مراقبین (Engel et al., 2026) و شواهد امیدوارکننده درباره رویکردهای هیجان‌محور، ذهن‌آگاهی و مداخلات تلفیقی (Mostaajeran et al., 2021; Nadkarni et al., 2026; Ramezani et al., 2023)، انجام پژوهشی مقایسه‌ای در این زمینه می‌تواند به انتخاب مداخلات روان‌شناختی مؤثرتر برای این جمعیت کمک کند.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر شهر رشت در سال ۱۴۰۵ تشکیل دادند. از میان افراد واجد شرایط، ۶۳ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس با استفاده از روش تصادفی ساده و قرعه‌کشی در سه گروه مساوی ۲۱ نفری شامل گروه آزمایش درمان متمرکز بر هیجان، گروه آزمایش درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال، برخورداری از حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نداشتن بیماری‌های مزمن جسمانی یا بیماری‌های حاد کنترل‌نشده مانند بیماری‌های قلبی‌عروقی و عدم دریافت هم‌زمان هرگونه مداخله روان‌شناختی، روان‌پزشکی یا درمان مکمل در زمان انجام پژوهش یا طی دو ماه پیش از ورود به مطالعه بود. همچنین، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله، همکاری ناکافی در اجرای برنامه درمانی و انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. پس از اخذ مجوزهای لازم، افراد بر اساس

معیارهای ورود ارزیابی شدند و نمونه‌های واجد شرایط پس از تخصیص تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. پیش از آغاز مداخلات، هدف، اهمیت، ضرورت و مراحل اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان دریافت گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش داوطلبانه است و در هر مرحله می‌توانند بدون پیامد خاصی از ادامه همکاری منصرف شوند. اعضای هر یک از دو گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی و با تواتر یک جلسه در هفته شرکت کردند، در حالی که اعضای گروه کنترل طی دوره اجرای پژوهش در فهرست انتظار برای دریافت مداخله باقی ماندند. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون در هر سه گروه اجرا شد و سه ماه بعد نیز ارزیابی پیگیری انجام گرفت. پژوهش حاضر با رعایت ملاحظات اخلاقی انجام شد و کد اخلاق آن IR.IAU.TNB.REC.1404.349 بود.

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، فرم کوتاه ۲۶ سؤالی، استفاده شد. این ابزار در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت از طریق تعدیل و کوتاه‌سازی نسخه ۱۰۰ سؤالی پرسشنامه کیفیت زندگی تدوین شد و به منظور ارزیابی ادراک افراد از کیفیت زندگی در ابعاد مختلف به کار می‌رود. پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی است و علاوه بر آن امکان محاسبه نمره کلی کیفیت زندگی را فراهم می‌کند. حیطه سلامت جسمانی شامل گویه‌های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸، حیطه سلامت روان‌شناختی شامل گویه‌های ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶، حیطه روابط اجتماعی شامل گویه‌های ۲۰، ۲۱ و ۲۲ و حیطه سلامت محیطی شامل گویه‌های ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ است. دو سؤال نخست به ارزیابی کلی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت اختصاص دارند و در زیرمقیاس‌های چهارگانه قرار نمی‌گیرند. گویه‌های ۳، ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کلی مقیاس از ۲۴ تا ۱۲۰ است و نمرات بالاتر بیانگر ادراک مطلوب‌تر فرد از کیفیت زندگی است. این پرسشنامه نخستین بار در ایران توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شد. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی که بر روی ۱۱۶۷ نفر از ساکنان تهران انجام گرفت، ضرایب پایایی بازآزمایی برای زیرمقیاس سلامت جسمانی ۰.۷۷، سلامت روان‌شناختی ۰.۷۷، روابط اجتماعی ۰.۷۵ و سلامت محیطی ۰.۸۴ گزارش شد که بیانگر پایایی قابل‌قبول ابزار برای سنجش ابعاد مختلف کیفیت زندگی است.

مداخله درمان متمرکز بر هیجان بر اساس الگوی Goldman و Greenberg (۲۰۱۵) طراحی و در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد. در جلسه نخست، اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر آشنا شدند، اصول اولیه ارتباط گروهی و تعهد به فرایند درمان تشریح شد و مفهوم، اهداف و ماهیت درمان متمرکز بر هیجان و نقش هیجان‌ها در تجربه و رفتار فرد مورد آموزش قرار گرفت. جلسه دوم به مرحله نخست درمان، یعنی ایجاد آگاهی، پیوند و اتحاد درمانی اختصاص یافت؛ در این جلسه بر توجه به احساسات، همدلی با تجارب هیجانی، اعتباربخشی به هیجان‌ها، تبیین منطق کار با هیجان‌ها، افزایش آگاهی از تجارب درونی و ایجاد تمرکز مشترک میان درمانگر و مراجع تأکید شد. جلسات سوم و چهارم به مرحله فراخوانی و اکتشاف هیجان‌ها اختصاص داشت و طی آن حمایت از تجربه‌های عاطفی، فراخوانی و برانگیختن هیجان‌های مشکل‌زا، شناسایی و رفع موانع ابراز هیجان و کمک به شرکت‌کنندگان برای دسترسی به هیجان‌های اولیه و طرح‌های ناسازگار مرکزی دنبال شد. در جلسات پنجم و ششم، مرحله ایجاد هیجان‌های جدید و تغییرات موردنیاز اجرا شد و به شرکت‌کنندگان کمک گردید تا پاسخ‌های هیجانی تازه و سازگارانه‌ای را جایگزین الگوهای هیجانی ناسازگار کنند، تجارب خود را به شیوه‌ای معنادار بازپردازش نمایند و هیجان‌های جدید خود را شناسایی، اعتباربخشی و تجربه کنند. جلسه هفتم بر تحکیم تغییرات درمانی متمرکز بود و در آن احساسات و تجربه‌های جدید ایجادشده در فرایند درمان بازتاب داده شد و تغییرات مثبت شرکت‌کنندگان مورد تأکید و تثبیت قرار گرفت. در جلسه هشتم، پیشرفت‌های ایجادشده مرور شد، راهکارهای حفظ و به‌کارگیری دستاوردهای درمان پس از خاتمه جلسات بررسی گردید، محتوای جلسات پیشین جمع‌بندی شد و شرکت‌کنندگان برای حفظ مهارت‌های کسب‌شده و حضور در مرحله پیگیری آماده شدند. پس از پایان این جلسه، پس‌آزمون اجرا شد.

مداخله درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل مستاجران و همکاران (۱۴۰۰) تنظیم و در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد. در جلسه نخست، شرکت‌کنندگان با یکدیگر آشنا شدند و قوانین گروه شامل رازداری، حضور منظم و انجام تکالیف تشریح شد. سپس ماهیت درمان تلفیقی، ارتباط میان هیجان‌ها و فرایندهای ذهن‌آگاهانه، چرخه تعاملی احساسات و هیجان‌ها و تمرین‌های مقدماتی مانند آرمیدگی و مراقبه وارسی بدن آموزش داده شد و تکالیف خانگی ارائه گردید. در جلسه دوم، هیجان‌های شرکت‌کنندگان با هدف شناسایی موانع ابراز سالم هیجان بررسی شد و تمرین‌های رسمی ذهن‌آگاهی در فعالیت‌های روزمره، آگاهی از ناراحتی، غم و رنج، تن‌آرامی عضلانی و مراقبه وارسی بدن آموزش داده شد؛ همچنین درباره افکار مزاحم و دشواری تمرکز هنگام تمرین بحث شد و راهکارهای مناسب ارائه گردید. جلسه سوم با مرور تکالیف آغاز شد و شامل آموزش مراقبه نشسته، تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی، تمرین تنفس متمرکز یک‌دقیقه‌ای و مشاهده بدون قضاوت صداها و محرک‌های محیطی بود. در ادامه از تکنیک صندلی خالی برای بیان تجربه‌های هیجانی ناخوشایند مرتبط با افراد مهم زندگی استفاده شد و تمرین‌های ذهن‌آگاهی مرتبط با رویدادهای ناخوشایند به‌عنوان تکلیف خانگی ارائه گردید. در جلسه چهارم، مراقبه با توجه هم‌زمان به تنفس، بدن، صداها و افکار انجام گرفت و واکنش‌ها و هیجان‌های معمول افراد در موقعیت‌های استرس‌زا بررسی شد؛ سپس آموزش شناسایی نیازها و احساسات، جایگزینی نگرش‌ها و رفتارهای جدید، آرام‌سازی و گفت‌وگوی درونی با خود ارائه شد. جلسه پنجم بر توسعه آگاهی از احساسات جسمانی و هیجان‌های همراه با آن متمرکز بود و شرکت‌کنندگان طی مراقبه نشسته به احساساتی مانند درد، سوزش، خارش، سنگینی، گرما و سرما توجه می‌کردند و چگونگی مشاهده و تنظیم هیجان‌های همراه با این احساسات را تمرین می‌کردند. در جلسه ششم، آگاهی از تماس‌های بدنی و محرک‌های محیطی، مانند تماس بدن با صندلی، پاها با زمین و اشیای لمس‌شده، تقویت شد و شرکت‌کنندگان درباره میزان ناراحتی، خشم و درد خود گفت‌وگو کردند و پذیرش هیجان‌های مرتبط با این تجارب مورد تمرین قرار گرفت. همچنین مراقبه تنفس یک‌دقیقه‌ای، مراقبه مبتنی بر چهار مؤلفه تنفس، بدن، صداها و افکار و تمرین یوگای ذهن‌آگاهانه اجرا شد و ثبت هیجان‌های خوشایند و ناخوشایند روزانه به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین گردید. جلسه هفتم به مراقبه نشسته، آگاهی باز، ردیابی هیجان‌های حل‌نشده و بازسازی هیجانی اختصاص داشت. شرکت‌کنندگان یک رویداد خوشایند و یک رویداد ناخوشایند زندگی خود را مطرح کردند، هیجان‌های مرتبط با رویدادهای منفی بازخوانی و پردازش شد و از آنان خواسته شد برنامه روزانه خود را به‌گونه‌ای تنظیم کنند که تجربه رویدادهای خوشایند نیز در آن جای داشته باشد. در جلسه هشتم، مطالب و مهارت‌های آموزش‌داده‌شده در جلسات پیشین مرور شد، موانع احتمالی ادامه تمرین‌ها پس از پایان درمان بررسی گردید، اعضا تجارب و دستاوردهای خود را با یکدیگر در میان گذاشتند و میزان مفید بودن جلسات از نظر کنترل افکار و احساسات، شناخت هیجان‌ها و سایر تغییرات تجربه‌شده ارزیابی شد. در پایان، منابع آموزشی تکمیلی درباره درمان متمرکز بر هیجان و ذهن‌آگاهی معرفی و پس‌آزمون اجرا شد.

پس از گردآوری داده‌های مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شد. به‌منظور بررسی تغییرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در طول زمان و مقایسه الگوی تغییرات در سه گروه درمان متمرکز بر هیجان، درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی و گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. این تحلیل امکان بررسی هم‌زمان اثر مراحل اندازه‌گیری، اثر عضویت گروهی و اثر تعاملی گروه و زمان را فراهم کرد. پس از مشاهده تفاوت‌های معنادار، برای مشخص کردن محل دقیق تفاوت میان مراحل اندازه‌گیری و انجام مقایسه‌های زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰.۰۵ انجام شدند.

یافته‌ها

در فرایند اجرای پژوهش هیچ‌گونه ریزش نمونه رخ نداد و تحلیل‌های آماری بر روی اطلاعات هر ۶۳ شرکت‌کننده، شامل ۲۱ نفر در گروه درمان متمرکز بر هیجان، ۲۱ نفر در گروه درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی و ۲۱ نفر در گروه کنترل انجام شد. به‌منظور بررسی اولیه روند تغییرات متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی و نمره کلی آن در سه مرحله

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای سه گروه محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک سه گروه در سه مرحله پژوهش

متغیر	شاخص	هیجان‌محور پیش‌آزمون	هیجان‌محور پس‌آزمون	هیجان‌محور پیگیری	تلفیقی ذهن‌آگاهی پیش‌آزمون	تلفیقی ذهن‌آگاهی پس‌آزمون	تلفیقی ذهن‌آگاهی پیگیری	کنترل پیش‌آزمون	کنترل پس‌آزمون	کنترل پیگیری
سلامت عمومی	میانگین	۳.۵۷	۴.۹۵	۵.۳۸	۴.۰۰	۵.۴۲	۵.۴۷	۳.۸۵	۳.۵۲	۳.۰۹
	انحراف استاندارد	۱.۲۱	۱.۶۸	۲.۰۶	۱.۱۲	۱.۶۳	۱.۸۳	۱.۰۶	۱.۲۴	۱.۰۹
سلامت جسمانی	میانگین	۱۲.۰۴	۱۴.۰۴	۱۳.۳۳	۱۳.۶۱	۱۵.۷۱	۱۵.۲۳	۱۳.۶۶	۱۲.۷۶	۱۲.۶۶
	انحراف استاندارد	۱.۹۶	۲.۹۰	۲.۶۱	۲.۰۳	۲.۵۷	۲.۱۸	۱.۹۰	۲.۳۴	۲.۱۷
سلامت روانی	میانگین	۱۰.۸۰	۱۳.۵۲	۱۳.۸۵	۹.۹۵	۱۴.۶۱	۱۴.۸۰	۱۰.۵۷	۱۰.۷۱	۱۱.۳۳
	انحراف استاندارد	۱.۳۲	۱.۹۹	۳.۲۹	۱.۶۸	۳.۹۱	۳.۴۴	۱.۶۳	۲.۱۲	۲.۶۸
روابط اجتماعی	میانگین	۵.۷۱	۶.۴۷	۶.۷۱	۶.۴۷	۸.۲۳	۸.۵۷	۶.۱۹	۵.۹۰	۶.۲۸
	انحراف استاندارد	۱.۳۸	۱.۷۴	۱.۶۱	۱.۷۲	۱.۸۹	۲.۲۰	۱.۶۰	۱.۹۲	۲.۴۷
سلامت محیطی	میانگین	۱۳.۸۰	۱۴.۰۹	۱۳.۹۵	۱۳.۴۲	۱۴.۰۰	۱۴.۷۶	۱۴.۸۵	۱۴.۴۲	۱۴.۸۵
	انحراف استاندارد	۱.۳۲	۱.۱۳	۱.۳۲	۱.۰۲	۱.۴۴	۲.۱۶	۲.۱۲	۱.۸۸	۱.۹۵
کیفیت زندگی	میانگین	۴۵.۹۵	۵۳.۰۹	۵۳.۲۳	۴۷.۴۷	۵۷.۹۵	۵۸.۸۵	۴۹.۱۹	۴۷.۲۸	۴۸.۲۳
	انحراف استاندارد	۳.۲۱	۴.۶۶	۵.۲۳	۴.۳۸	۶.۵۰	۶.۶۶	۲.۸۳	۴.۰۷	۴.۵۵

بررسی یافته‌های توصیفی جدول ۱ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایش، نمره کلی کیفیت زندگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافت و این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. میانگین کیفیت زندگی در گروه درمان متمرکز بر هیجان از **۴۵.۹۵** در پیش‌آزمون به **۵۳.۰۹** در پس‌آزمون و **۵۳.۲۳** در پیگیری افزایش یافت. در گروه درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی نیز میانگین این متغیر از **۴۷.۴۷** در پیش‌آزمون به **۵۷.۹۵** در پس‌آزمون و **۵۸.۸۵** در مرحله پیگیری رسید. در مقابل، در گروه کنترل میانگین کیفیت زندگی از **۴۹.۱۹** در پیش‌آزمون به **۴۷.۲۸** در پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری برابر با **۴۸.۲۳** بود. الگوی مشابهی در ابعاد سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی مشاهده شد و میزان تغییرات در گروه درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی عموماً بیشتر از گروه درمان متمرکز بر هیجان بود. برای بررسی آماری معناداری این تغییرات و تعیین اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد که نتایج آن در جدول **۲** گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای ابعاد کیفیت زندگی

سازه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
سلامت عمومی	مراحل پژوهش	۲۹.۱۷۵	۱.۷۶۱	۱۶.۵۶۴	۷.۶۹۷	۰.۰۰۱	۰.۱۱۴	۰.۹۲۲
	گروه‌ها	۷۵.۵۲۴	۲	۳۷.۷۶۲	۱۳.۵۱۷	۰.۰۰۱	۰.۳۱۱	۰.۹۹۷
	تعامل گروه × مرحله	۴۴.۰۶۳	۳.۵۲۳	۱۲.۵۰۸	۵.۸۱۲	۰.۰۰۱	۰.۱۶۲	۰.۹۶۷
سلامت جسمانی	مراحل پژوهش	۳۶.۰۷۴	۲	۱۸.۰۳۷	۱۲.۵۷۹	۰.۰۰۱	۰.۱۷۳	۰.۹۹۶
	گروه‌ها	۱۳۱.۹۴۷	۲	۶۵.۹۷۴	۴.۹۵۶	۰.۰۱۰	۰.۱۴۲	۰.۷۹۱
	تعامل گروه × مرحله	۷۰.۵۲۹	۴	۱۷.۶۳۲	۱۲.۲۹۷	۰.۰۰۱	۰.۲۹۱	۱.۰۰۰
سلامت روانی	مراحل پژوهش	۳۱۰.۳۹۲	۲	۱۵۵.۱۹۶	۳۵.۲۷۸	۰.۰۰۱	۰.۳۷۰	۱.۰۰۰
	گروه‌ها	۱۸۲.۴۲۳	۲	۹۱.۲۱۲	۷.۹۰۴	۰.۰۰۱	۰.۲۰۹	۰.۹۹۴
	تعامل گروه × مرحله	۱۳۱.۷۰۴	۴	۳۲.۹۲۶	۷.۴۸۵	۰.۰۰۱	۰.۲۰۰	۰.۹۹۶
روابط اجتماعی	مراحل پژوهش	۳۷.۵۵۶	۱.۷۹۶	۲۰.۹۰۹	۱۱.۹۲۳	۰.۰۰۱	۰.۱۶۶	۰.۹۹۰
	گروه‌ها	۱۰۱.۵۵۶	۲	۵۰.۷۷۸	۶.۹۵۰	۰.۰۰۲	۰.۱۸۸	۰.۹۱۳
	تعامل گروه × مرحله	۲۸.۷۹۴	۳.۵۹۲	۸.۰۱۵	۴.۵۷۱	۰.۰۰۳	۰.۱۳۲	۰.۹۱۷
سلامت محیطی	مراحل پژوهش	۸.۰۷۴	۲	۴.۰۳۷	۲.۴۰۱	۰.۰۹۵	۰.۰۳۸	۰.۴۷۶
	گروه‌ها	۲۱.۳۴۴	۲	۱۰.۶۷۲	۲.۲۱۲	۰.۱۱۸	۰.۰۶۹	۰.۴۳۴
	تعامل گروه × مرحله	۱۴.۱۴۸	۴	۳.۵۳۷	۲.۱۰۴	۰.۰۸۵	۰.۰۶۶	۰.۶۱۰

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر مراحل پژوهش بر سلامت عمومی (F=۷.۶۹۷, p=۰.۰۰۱)، سلامت جسمانی (F=۱۲.۵۷۹, p=۰.۰۰۱)، سلامت روانی (F=۳۵.۲۷۸, p=۰.۰۰۱) و روابط اجتماعی (F=۱۱.۹۲۳, p=۰.۰۰۱) معنادار بود. همچنین اثر گروه برای سلامت عمومی (F=۱۳.۵۱۷, p=۰.۰۰۱)، سلامت جسمانی (F=۴.۹۵۶, p=۰.۰۱۰)، سلامت روانی (F=۷.۹۰۴, p=۰.۰۰۱) و روابط اجتماعی (F=۶.۹۵۰, p=۰.۰۰۲) معنادار به دست آمد. اندازه اثر مربوط به تفاوت بین گروه‌ها برای سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی به‌ترتیب ۰.۳۱۱، ۰.۱۴۲، ۰.۲۰۹ و ۰.۱۸۸ بود؛ بنابراین، به‌ترتیب حدود ۳۱.۱، ۱۴.۲، ۲۰.۹ و ۱۸.۸ درصد از واریانس این متغیرها با عضویت گروهی مرتبط بود. اثر تعاملی گروه و مرحله نیز برای سلامت عمومی (F=۵.۸۱۲, p=۰.۰۰۱)، سلامت جسمانی (F=۱۲.۲۹۷, p=۰.۰۰۱)، سلامت روانی (F=۷.۴۸۵, p=۰.۰۰۱) و روابط اجتماعی (F=۴.۵۷۱, p=۰.۰۰۳) معنادار بود که نشان می‌دهد الگوی تغییرات این ابعاد در طول زمان در سه گروه یکسان نبوده است. در مقابل، برای سلامت محیطی، اثر مرحله (F=۲.۴۰۱, p=۰.۰۹۵)، اثر گروه (F=۲.۲۱۲, p=۰.۱۱۸) و تعامل گروه و مرحله (F=۲.۱۰۴, p=۰.۰۸۵) معنادار نبود. با توجه به معناداری اثر زمان در چهار بعد سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، برای تعیین دقیق مراحل دارای تفاوت معنادار از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در سه مرحله پژوهش با آزمون بونفرونی

متغیر	مقایسه مراحل	تفاوت میانگین‌ها	p
سلامت عمومی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	-۰.۸۲۵*	۰.۰۰۷
	پیش‌آزمون – پیگیری	-۰.۸۴۵*	۰.۰۰۹
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰.۰۱۶	۰.۱۰۰

سلامت جسمانی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	-۱.۰۶۳*	۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	-۰.۶۳۵*	۰.۰۱۹
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۴۲۹	۰.۱۳۸
سلامت روانی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	-۲.۵۰۸*	۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	-۲.۸۸۹*	۰.۰۰۱
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰.۳۸۱	۰.۱۰۰
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	-۰.۷۴۶*	۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	-۱.۰۶۳*	۰.۰۰۱
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰.۳۱۷	۰.۶۵۹

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که در بعد سلامت عمومی، تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (MD=-۰.۸۲۵, p=۰.۰۰۷) و پیش‌آزمون با پیگیری (MD=-۰.۸۴۵, p=۰.۰۰۹) معنادار بود، اما تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود (p=۰.۱۰۰). در سلامت جسمانی نیز تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون (MD=-۱.۰۶۳, p=۰.۰۰۱) و پیش‌آزمون با پیگیری (MD=-۰.۶۳۵, p=۰.۰۱۹) معنادار بود، در حالی که تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود (p=۰.۱۳۸). برای سلامت روانی، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون (MD=-۲.۵۰۸, p=۰.۰۰۱) و پیش‌آزمون با پیگیری (MD=-۲.۸۸۹, p=۰.۰۰۱) معنادار به دست آمد، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (p=۰.۱۰۰). همچنین در بعد روابط اجتماعی، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون (MD=-۰.۷۴۶, p=۰.۰۰۱) و پیش‌آزمون با پیگیری (MD=-۱.۰۶۳, p=۰.۰۰۱) معنادار بود، اما تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود (p=۰.۶۵۹). در مجموع، معناداری تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در کنار عدم معناداری تفاوت پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که تغییرات ایجادشده پس از مداخله در دوره پیگیری نیز حفظ شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر انجام شد. نتایج نشان داد که در ابعاد سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه معنادار بود. به بیان دیگر، تغییرات ایجادشده در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های پژوهش یکسان نبود و دو مداخله مورد بررسی توانستند در مقایسه با وضعیت اولیه، بهبود معناداری در بخش‌های اصلی کیفیت زندگی ایجاد کنند. در مقابل، در بعد سلامت محیطی، اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه معنادار نبود. همچنین، مقایسه‌های زوجی نشان داد که در ابعاد سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود، در حالی که تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود. این یافته حاکی از آن است که تغییرات ایجادشده پس از مداخلات در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده‌اند. در مجموع، الگوی نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان به‌تنهایی، بهبود بیشتری در مؤلفه‌های کیفیت زندگی ایجاد کرده است.

نخستین یافته مهم پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان توانست کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر را در ابعاد مختلف بهبود دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین در زمینه اثربخشی مداخلات هیجان‌محور بر پیامدهای روان‌شناختی و کیفیت زندگی همسو است. برای نمونه، در پژوهش برقی ایرانی و همکاران، آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان موجب بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان شد (Barghi Irani et al., 2013). همچنین، خیرخواه و عاقل مسجدی نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند استرس ادراک‌شده و دشواری‌های مربوط به پردازش هیجان

را در افراد دارای بیماری جسمانی مزمن کاهش دهد (Kheirkhah & Aghel Masjedi, 2022). این همسویی نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند نه‌تنها در اختلالات هیجانی، بلکه در موقعیت‌هایی که فرد با یک منبع مزمن فشار روانی و مراقبتی مواجه است نیز مؤثر باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که مراقبت طولانی‌مدت از بیمار مبتلا به آلزایمر تجربه‌ای همراه با هیجان‌های پیچیده و گاه متناقض است. مراقب ممکن است در طول روز با احساساتی همچون غم، خشم، اضطراب، درماندگی، احساس گناه، خستگی و نگرانی درباره آینده مواجه شود. در صورتی که این هیجان‌ها به‌طور مناسب شناسایی و پردازش نشوند، احتمال شکل‌گیری الگوهای ناسازگار مانند اجتناب هیجانی، سرکوب هیجان، نشخوار فکری و کاهش توان مقابله افزایش می‌یابد. درمان متمرکز بر هیجان با فراهم کردن فضایی امن برای شناسایی و تجربه هیجان‌ها، به فرد کمک می‌کند احساسات اولیه و ثانویه را از یکدیگر تفکیک کرده و معنای نیازهای زیربنایی خود را بهتر درک کند. در این رویکرد، تغییر پایدار زمانی شکل می‌گیرد که هیجان‌های ناسازگار از طریق تجربه‌های هیجانی جدید و سازگارانه بازسازی شوند (Goldman & Greenberg, 2015; Watson & Greenberg, 2017). بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که بهبود کیفیت زندگی مراقبین در گروه درمان متمرکز بر هیجان از طریق کاهش فشار ناشی از هیجان‌های پردازش‌نشده، افزایش آگاهی هیجانی و تقویت پاسخ‌های سازگارانه رخ داده است.

این تبیین با یافته‌های Nadkarni و همکاران نیز همسو است که اهمیت توجه به مؤلفه‌های هیجانی در مدل‌های مراقبت از افراد مبتلا به دمانس را برجسته کرده‌اند (Nadkarni et al., 2026). اگرچه مطالعه آنان مستقیماً بر مراقبین خانوادگی متمرکز نبود، اما نتایج آن نشان می‌دهد که رویکردهای هیجان‌محور می‌توانند در محیط‌های مرتبط با دمانس اهمیت بالینی داشته باشند. از آنجا که مراقبین خانوادگی بخش مهمی از نظام مراقبتی بیماران مبتلا به آلزایمر هستند، هر مداخله‌ای که توانایی آنان را برای شناسایی، تنظیم و بازسازی هیجان‌های دشوار افزایش دهد می‌تواند به بهبود عملکرد روان‌شناختی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی منجر شود.

دومین یافته مهم پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی نیز موجب بهبود معنادار ابعاد کیفیت زندگی مراقبین شد و الگوی تغییرات در این گروه نسبت به شرایط اولیه چشمگیر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر گزارش کرده‌اند همسو است. حسینی و همکاران نشان دادند که برنامه ذهن‌آگاهی می‌تواند استرس ادراک‌شده مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر را کاهش دهد (Hosseini et al., 2016). همچنین، زهتاب و طباطبایی‌نژاد گزارش کردند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌شود (Zehtab & Tabatabaeinejad, 2022). این یافته‌ها از این دیدگاه حمایت می‌کنند که ذهن‌آگاهی می‌تواند یکی از مؤلفه‌های مؤثر برای کاهش آثار منفی بار مراقبتی و ارتقای کیفیت زندگی باشد.

از منظر سازوکارهای روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند که افکار، هیجان‌ها و احساسات جسمانی را بدون قضاوت و واکنش فوری مشاهده کند. مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر غالباً با افکار تکرارشونده درباره آینده، پیشرفت بیماری، مسئولیت‌های مراقبتی و احتمال کاهش بیشتر استقلال بیمار مواجه‌اند. تداوم چنین افکاری می‌تواند به نشخوار ذهنی، اضطراب و فرسودگی منجر شود. با تمرین ذهن‌آگاهی، فرد می‌آموزد افکار و هیجان‌ها را به‌عنوان رویدادهایی گذرا مشاهده کند و فاصله روان‌شناختی بیشتری با آن‌ها ایجاد نماید. مرور نظام‌مند Alsubaie و همکاران نشان داد که افزایش آگاهی از لحظه حاضر، کاهش واکنش‌پذیری شناختی و هیجانی، پذیرش تجربه و بهبود تنظیم هیجان از جمله سازوکارهای اصلی اثرگذاری مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی هستند (Alsubaie et al., 2017). بنابراین، می‌توان گفت بخشی از بهبود مشاهده‌شده در گروه درمان تلفیقی ناشی از کاهش درگیری شناختی با افکار منفی و افزایش توان پذیرش تجربه‌های دشوار مراقبتی بوده است.

همچنین، نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های Ramezani و همکاران همسو است که نشان دادند مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌های مرتبط با کارآمدی هیجانی می‌توانند برخی از شاخص‌های روان‌شناختی مراقبین بیماران مبتلا به دمانس را بهبود بخشند

(Ramezani et al., 2023). این همسویی نشان می‌دهد که دو مسیر تنظیم هیجان و آگاهی ذهن‌آگاهانه هر دو برای سازگاری مراقبین اهمیت دارند. در شرایطی که مراقب با بیماری مزمن و پیشرونده‌ای مانند آلزایمر مواجه است، بخش زیادی از رویدادهای روزانه قابل تغییر مستقیم نیستند؛ در نتیجه، توانایی فرد برای تنظیم واکنش خود نسبت به این رویدادها اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. ذهن‌آگاهی می‌تواند به مراقب کمک کند که به جای مقابله مداوم با شرایط غیرقابل‌کنترل، منابع روانی خود را بر آن بخش‌هایی متمرکز کند که امکان مدیریت آن‌ها وجود دارد.

یکی دیگر از یافته‌های قابل‌توجه پژوهش حاضر، اثربخشی بیشتر الگوی تلفیقی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان به‌تنهایی بود. این یافته را می‌توان بر اساس ماهیت مکمل دو رویکرد تبیین کرد. درمان متمرکز بر هیجان بر دسترسی به هیجان‌ها، شناسایی نیازهای زیربنایی، بازسازی هیجان‌های ناسازگار و ایجاد پاسخ‌های هیجانی جدید تمرکز دارد (Goldman & Greenberg, 2015). در مقابل، ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند نحوه ارتباط خود با افکار و هیجان‌ها را تغییر دهد و آن‌ها را بدون قضاوت و واکنش خودکار مشاهده کند (Alsubaie et al., 2017). ترکیب این دو فرایند می‌تواند به این معنا باشد که فرد نه‌تنها توانایی بیشتری برای شناسایی و پردازش هیجان‌های خود به دست می‌آورد، بلکه هم‌زمان می‌آموزد که نسبت به تجربه‌های هیجانی واکنش‌پذیری کمتری داشته باشد. این ترکیب می‌تواند دامنه گسترده‌تری از مشکلات مراقبین را هدف قرار دهد و به همین دلیل اثر بیشتری بر کیفیت زندگی برجای بگذارد.

نتایج پژوهش Mostaajeran و همکاران نیز از اثربخشی رویکردهای تلفیقی مبتنی بر درمان متمرکز بر هیجان حمایت می‌کند. آنان نشان دادند که ترکیب درمان هیجان‌محور با یک رویکرد مکمل می‌تواند کیفیت زندگی رابطه‌ای را در زنان متأهل بهبود بخشد (Mostaajeran et al., 2021). هرچند جمعیت مورد مطالعه و نوع مداخله مکمل در پژوهش مذکور با پژوهش حاضر متفاوت بود، این یافته از این دیدگاه حمایت می‌کند که افزودن مؤلفه‌های مکمل به درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند دامنه اثرگذاری آن را توسعه دهد. در پژوهش حاضر نیز ذهن‌آگاهی احتمالاً از طریق تقویت مشاهده بدون قضاوت، کاهش همانندسازی با افکار و افزایش پذیرش، بستری مناسب‌تر برای پردازش هیجانی ایجاد کرده است.

اهمیت این یافته با توجه به سطح بالای فشار روانی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر بیشتر مشخص می‌شود. Gangan و همکاران نشان دادند که استرس مراقبتی ارتباط قابل‌توجهی با کیفیت زندگی مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به آلزایمر دارد (Gangan et al., 2025). همچنین، Ohno و همکاران در مطالعه‌ای گسترده نشان دادند که بار انسانی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر و دمانس می‌تواند ابعاد مختلف زندگی مراقبین را تحت تأثیر قرار دهد (Ohno et al., 2021). در چنین شرایطی، مداخله‌ای که هم بر تجربه هیجانی و هم بر نحوه مواجهه شناختی و توجهی با فشارهای مراقبتی تأثیر بگذارد، احتمالاً توان بیشتری برای ارتقای کیفیت زندگی خواهد داشت.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بهبود مشاهده‌شده در ابعاد سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی از پس‌آزمون تا مرحله پیگیری به‌طور معناداری کاهش نیافت. این موضوع نشان‌دهنده پایداری نسبی آثار مداخلات است. یکی از توضیحات احتمالی برای این پایداری آن است که هر دو رویکرد درمانی بر آموزش مهارت‌هایی تأکید دارند که می‌توانند پس از پایان جلسات نیز توسط فرد مورد استفاده قرار گیرند. در درمان متمرکز بر هیجان، فرد مهارت‌هایی مانند شناسایی هیجان، تفکیک هیجان‌های اولیه و ثانویه و بازسازی پاسخ‌های ناسازگار را فرا می‌گیرد و در مداخله تلفیقی، علاوه بر این موارد، تمرین‌هایی مانند مراقبه، وارسی بدن، تنفس آگاهانه و مشاهده بدون قضاوت را نیز یاد می‌گیرد. این مهارت‌ها قابلیت تمرین در زندگی روزمره را دارند و می‌توانند حتی پس از پایان رسمی درمان نیز ادامه یابند.

پایداری اثرات به‌ویژه برای مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر اهمیت زیادی دارد، زیرا موقعیت مراقبتی آنان کوتاه‌مدت نیست و ممکن است برای سال‌ها ادامه یابد. در چنین شرایطی، مداخلاتی که تنها در کوتاه‌مدت بهبود ایجاد کنند، ارزش کاربردی محدودتری خواهند داشت. نتایج مطالعه Tawfik و همکاران نیز نشان داد که برنامه‌های ساختاریافته برای مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به دمانس می‌توانند با کاهش بار ادراک‌شده و بهبود پیامدهای مرتبط با بیمار همراه باشند

(Tawfik et al., 2021). بنابراین، آموزش مهارت‌های قابل‌تداوم در زندگی روزمره می‌تواند یکی از مؤلفه‌های مهم در طراحی مداخلات مؤثر برای مراقبین باشد.

در مقابل، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در بعد سلامت محیطی تفاوت معناداری از نظر زمان، گروه یا تعامل زمان و گروه وجود نداشت. این یافته را می‌توان با ماهیت این بعد از کیفیت زندگی توضیح داد. سلامت محیطی بیشتر شامل جنبه‌هایی مانند منابع مالی، امنیت، شرایط محیط زندگی، دسترسی به خدمات، امکانات حمل‌ونقل، فرصت‌های تفریحی و ویژگی‌های فیزیکی محیط است. بسیاری از این عوامل مستقیماً تحت تأثیر مداخلات روان‌شناختی قرار نمی‌گیرند و تغییر آن‌ها نیازمند اصلاح شرایط اجتماعی، اقتصادی یا محیطی است. بنابراین، قابل انتظار است که یک مداخله هشت‌جلسه‌ای روان‌شناختی، هرچند بتواند سلامت روانی، تجربه جسمانی و روابط اجتماعی را بهبود دهد، اثر محدودی بر شرایط عینی محیط زندگی داشته باشد. اهمیت توجه به ابعاد چندگانه کیفیت زندگی مراقبین در پژوهش Engel و همکاران نیز مورد تأکید قرار گرفته است؛ به‌گونه‌ای که کیفیت زندگی مراقبین افراد مبتلا به دمانس سازه‌ای چندبعدی تلقی می‌شود که برخی ابعاد آن بیش از سایر ابعاد تحت تأثیر فشار مراقبتی یا مداخلات روان‌شناختی قرار می‌گیرند (Engel et al., 2026).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمان متمرکز بر هیجان و درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی می‌توانند در بهبود ابعاد مهم کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر مؤثر باشند. این یافته با مجموعه‌ای از مطالعات پیشین درباره اثربخشی مداخلات هیجان‌محور (Barghi Irani et al., 2013; Kheirkhah & Aghel Masjedi, 2022; Nadkarni et al., 2026)، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Hosseini et al., 2016; Zehtab & Tabatabaeinejad, 2022) و مداخلات تلفیقی یا مقایسه‌ای (Mostaajeran et al., 2021; Ramezani et al., 2023) همسو است. با توجه به اینکه استرس و بار مراقبتی می‌توانند کیفیت زندگی این گروه را به‌طور قابل‌توجهی کاهش دهند (Gangan et al., 2025; Ohno et al., 2021)، توجه هم‌زمان به پردازش هیجانی، پذیرش تجربه، کاهش واکنش‌پذیری و افزایش آگاهی از لحظه حال می‌تواند چارچوب مناسبی برای مداخلات روان‌شناختی ویژه مراقبین باشد. همچنین، حفظ بهبودها در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که مهارت‌های کسب‌شده در این مداخلات قابلیت انتقال به زندگی روزمره را دارند و می‌توانند فراتر از جلسات رسمی درمان مورد استفاده قرار گیرند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، جامعه پژوهش به مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر شهر رشت محدود بود و نمونه‌گیری اولیه نیز به روش در دسترس انجام شد؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به مراقبین سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی با استفاده از ابزار خودگزارشی گردآوری شد و پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ، تمایل به ارائه تصویر مطلوب اجتماعی یا وضعیت روانی شرکت‌کنندگان هنگام تکمیل پرسشنامه قرار گرفته باشند. سوم، دوره پیگیری سه‌ماهه بود و ازاین‌رو درباره ماندگاری آثار مداخلات در دوره‌های طولانی‌تر نمی‌توان با قطعیت اظهارنظر کرد. همچنین، برخی متغیرهای مرتبط با بار مراقبتی، از جمله شدت بیماری بیمار، مدت زمان مراقبت، میزان حمایت خانوادگی، وضعیت اقتصادی و تعداد ساعات مراقبت روزانه به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده وارد تحلیل نشدند. محدودیت دیگر آن بود که شرایط واقعی زندگی و عوامل محیطی مراقبین امکان کنترل کامل نداشت و این عوامل می‌توانستند به‌ویژه بر بعد سلامت محیطی کیفیت زندگی اثرگذار باشند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این مداخلات را در نمونه‌های بزرگ‌تر و در شهرها و گروه‌های فرهنگی مختلف بررسی کنند تا امکان تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج فراهم شود. استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده می‌تواند اعتبار درونی و بیرونی یافته‌ها را افزایش دهد. همچنین، پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری شش‌ماهه، یک‌ساله یا طولانی‌تر در نظر گرفته شوند تا ماندگاری اثرات درمانی با دقت بیشتری ارزیابی شود. بررسی نقش متغیرهایی مانند شدت بیماری آلزایمر، مدت مراقبت، رابطه خویشاوندی مراقب با بیمار، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان و استرس ادراک‌شده نیز می‌تواند به شناسایی سازوکارهای اثرگذاری درمان کمک کند. در پژوهش‌های آتی

می‌توان علاوه بر ابزارهای خودگزارشی از مصاحبه‌های بالینی، ارزیابی‌های رفتاری و شاخص‌های فیزیولوژیک مرتبط با استرس استفاده کرد. همچنین، مقایسه درمان تلفیقی حاضر با سایر رویکردهای مؤثر مانند درمان شناختی ـ رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه‌های روانی ـ آموزشی می‌تواند به تعیین جایگاه نسبی این مداخله در خدمات حمایتی مراقبین کمک کند.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی، انجمن‌های آلزایمر و مراکز خدمات سالمندی، برنامه‌های حمایتی منظم برای مراقبین خانوادگی طراحی کنند و در این برنامه‌ها علاوه بر آموزش‌های مربوط به بیماری، به نیازهای هیجانی و روان‌شناختی مراقبین نیز توجه شود. استفاده از درمان متمرکز بر هیجان تلفیق‌شده با ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان یکی از گزینه‌های مداخله‌ای برای مراقبینی که با فشار روانی، هیجان‌های منفی مکرر و کاهش کیفیت زندگی مواجه‌اند در نظر گرفته شود. همچنین، آموزش مهارت‌های ساده و قابل‌استفاده در زندگی روزمره مانند شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، تنفس آگاهانه، وارسی بدن، پذیرش بدون قضاوت تجربه‌های هیجانی و بازسازی پاسخ‌های ناسازگار می‌تواند در قالب جلسات گروهی برای مراقبین ارائه شود. توصیه می‌شود متخصصان هنگام طراحی برنامه درمانی، شرایط اقتصادی، خانوادگی و محیطی مراقب را نیز در نظر بگیرند، زیرا برخی جنبه‌های کیفیت زندگی تنها با مداخلات روان‌شناختی قابل تغییر نیستند و ممکن است به حمایت‌های اجتماعی، رفاهی و خانوادگی مکمل نیاز داشته باشند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical psychology review*, *55*, 74-91. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008

Barghi Irani, Z., Begian Kulemarz, M. J., & Fouladvand, S. (2013). The effectiveness of group emotion-focused therapy training in improving quality of life and marital satisfaction among mothers of children with cancer. *Health Psychology*, *2*(2), 79-94.

Engel, L., Dow, B., Muldowney, A., Mihalopoulos, C., Ratcliffe, J., Yates, M., & McCaffrey, N. (2026). Developing a quality-of-life measure for carers of people with dementia for use in economic evaluations: Results from the COCOON project. *Pharmacoeconomics*, 1-16. https://doi.org/10.1007/s40273-026-01657-6

Gangan, N., Rosenthal, M., Arabshomali, A., Holmes, E., Banahan, B. F., Shah, R., & Bentley, J. P. (2025). Does the relationship between stress and quality of life differ among informal caregivers of older adults with Alzheimer's disease and children with autism spectrum disorder? Results from a cross-sectional survey. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *9*(1), 121. https://doi.org/10.1186/s41687-025-00953-7

Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14523-000

Hosseini, M. A., Fallahi Khoshknab, M., Mohammadi Shahboulaghi, F., Mohammad Taheri, S., Reza Soltani, P., & Khanjani, M. S. (2016). The effect of a mindfulness program on perceived stress in family caregivers of older adults with Alzheimer's disease. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, *4*(3), 1-7.

Kheirkhah, J., & Aghel Masjedi, M. (2022). The effectiveness of emotion-focused therapy on perceived stress and alexithymia in patients with coronary heart disease in Rasht. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, *31*(2), 206-217.

Mostaajeran, M., Jazayeri, R. S., & Fatehizadeh, M. (2021). The effect of integrated emotion-focused therapy (Greenberg) and compassion-focused therapy on marital quality of life among married women. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, *11*(1), 85-106. https://doi.org/10.22108/cbs.2022.130801.1576

Nadkarni, S., Barakati, S., Dattani, N. D., & Saha, S. (2026). Evaluating the Impact of an Emotion-Focused Model of Dementia Care on Patient Outcomes in Acute Care Settings. *Canadian Geriatrics Journal*, *29*(1), 23. https://doi.org/10.5770/cgj.29.858

Ohno, S., Chen, Y., Sakamaki, H., Matsumaru, N., Yoshino, M., & Tsukamoto, K. (2021). Humanistic burden among

caregivers of patients with Alzheimer's disease or dementia in Japan: a large-scale cross-sectional survey. *Journal of Medical Economics*, *24*(1), 181-192. https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1877149

Ramezani, N., Sajjadian, E., Maneshai, G., & Bergatin, M. (2023). Comparing the effectiveness of mindfulness and schema therapy with emotional efficacy therapy on compassion satisfaction and sense of competence in caregivers of patients with dementia. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, *11*(2), 99-111.

Tawfik, N. M., Sabry, N. A., Darwish, H., Mowafy, M., & Soliman, S. S. (2021). Psychoeducational program for the family member caregivers of people with dementia to reduce perceived burden and increase patient's quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of Primary Care & Community Health*, *12*, 21501327211014088. https://doi.org/10.1177/21501327211014088

Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy formulation of generalized anxiety disorder*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000018-002

Zehtab, S., & Tabatabaeinejad, 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. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, *21*(2), 187-206. https://doi.org/10.52547/jrums.21.2.187