

بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تاب آوری و مسئولیت پذیری مراقبان بیماران آلزایمر شهرستان کاشمر

چکیده

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. هدف این پژوهش بررسی رفتار درمانی دیالکتیک بر مسئولیت پذیری و تاب آوری مراقبان آلزایمر شهرستان کاشمر می باشد که در بهار ۱۴۰۲ اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه مراقبان بیماران آلزایمر شهرستان کاشمر بود. که به روش نمونه گیری تصادفی و به صورت داوطلبانه در دو گروه آزمایش و کنترل با حجم مساوی (۱۵) نفر منتسب شدند برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مسئولیت پذیری گلن و نلسون (۱۹۹۸) و تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. نمرات آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش تکنیک های رفتار درمانی دیالکتیک (۸) جلسه ۹۰ دقیقه ای را دریافت کردند در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. تحلیل داده ها از طریق آزمون آماری SPSS ۲۲ انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر مسئولیت پذیری و تاب آوری مراقبان آلزایمر تاثیر دارد. نتایج مولفه های مسئولیت پذیری و تاب آوری نیز نشان از تاثیر تکنیک های رفتار درمانی دارد.

واژه های کلیدی: تاب آوری، مسئولیت پذیری، رفتار درمانی دیالکتیکی

مقدمه

بیماری آلزایمر یا دمانس پیری، نوعی اختلال مغزی مزمن پیشرونده و ناتوان کننده است که با اثرات عمیق بر حافظه، هوش و توانایی مراقبت از خود همراه بوده و با نقص در تکلم، انجام فعالیت های حرکتی، شناخت

مناظر و یا افراد آشنا، اختلال عملکرد، برنامه‌ریزی، نوع‌آوری، سازماندهی و استدلال انتزاعی همراه است. تشخیص ابتلا به آلزایمر یا حتی احتمال وجود چنین بیماری در سالمند، برای وی یا نزدیکان و مراقبان هراسناک است. میزان شیوع این بیماری بعد از سن ۶۵ سالگی به ازای هر ۵ سال، دو برابر می‌شود، بطوریکه ۴۰ تا ۵۰ درصد سالمندان بالای ۸۵ سال جامعه، مبتلا به این بیماری هستند و افزایش سن، مهمترین عامل خطر جهت ابتلا به این بیماری است. برآورد شده تا سال ۲۰۳۰، سی میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰، چهل و پنج میلیون نفر در سراسر جهان به آلزایمر مبتلا خواهند شد (خاتونی و زهری، ۱۳۹۰). معمولاً فقدان حافظه، اولین علامتی است که بروز می‌کند، با اینحال حافظه دور، عملکرد بهتری نسبت به حافظه نزدیک دارد. اختلال در تفکر انتزاعی بصورت کاهش ظرفیت تعمیم‌دهی، تمایز قایل شدن و دلیل آوردن منطقی بروز می‌کند. همچنین کاهش در کنترل تکانه‌های پرخاشگری و جنسی، تغییرات شخصیتی، اختلالات خلقی، عدم تعادل هیجانی به صورت غمگینی، ناراحتی، حالت پرخاشگری و تهاجم یا سرخوشی بیدلیل و نامناسب، هذیان و توهم بروز می‌کند. از سوی دیگر مشکلات ارتباطی در این بیماران بسیار شایع است و همین امر باعث می‌شود که آنها نتوانند منظور خود را به درستی به دیگران تفهیم کنند (آگرونین^۱، ۲۰۱۹). ناتوانی در بیان گرسنگی، تشنگی، درد یا نیاز برای استفاده از توالت، بروز بی‌قراری در این بیماران، به علت فقدان توانایی شناختی می‌باشد. تواناییهای ویژه سالمند مبتلا به آلزایمر در برقراری ارتباط با اطرافیان در سیر مراحل بیماری رو به زوال می‌رود، به این ترتیب که در مراحل اولیه، تمرکز برای بیمار سخت می‌شود، در مراحل میانی برقراری مصاحبه به مدت طولانی و نیز خواندن مطالب دشوار شده، در مراحل نهایی توانایی فهم معنی بسیاری از کلمات، مطالب و نیز قدرت بیان جملات به میزان چشمگیری از دست می‌رود (مک و رایبز^۲، ۲۰۲۲).

این اختلال باعث می‌شود راهکارهای سازگاری کاهش یافته، آستانه تنش پایین بیاید. علاوه بر پیامدهای ذکر شده برای بیماران مبتلا به آلزایمر اطرافیان و مراقبان این بیماران نیز در برقراری ارتباط و نگهداری از این بیماران با معضلاتی روبرو می‌گردند. بروداتی و دونکین^۳ (۲۰۲۲) نشان دادند که رفتارهای مشکل‌زای بیماران مبتلا به آلزایمر با میزان افسردگی و خستگی مراقبین آنها ارتباط معناداری دارد. مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر وظیفه‌ای طاقت فرسا است و نیازمند تاب‌آوری و مسئولیت‌پذیری بالایی است. با افزایش درصد افراد مسن در بسیاری از کشورها، افزایش متناسبی در تعداد افراد مبتلا به زوال عقل وجود داشته است. در سال ۲۰۱۵، ۴۶٫۸ میلیون نفر در جهان مبتلا به زوال عقل بودند، که پیش بینی می‌شود تعداد افراد مسن مبتلا به زوال عقل هر ۲۰ سال، دو برابر شود. اسکارمی و همکاران (۲۰۱۵) زوال عقل را یک سندرم که منجر به پیشرفت

^۱- Agronin

^۲- Mace & Rabins

^۳- Brodaty & Donkin

شناختی، تغییرات عملکردی و رفتاری می‌دانند که همگی مراقبت در منزل را دشوار می‌کند، زیرا نیازهای معلولان معمولاً در طول زمان افزایش می‌یابد، و اکثر آنها در نهایت کاملاً به مراقبین متکی می‌شوند، بنابراین، مراقبت می‌تواند یک شغل همه‌جانبه باشد (کوچوگوجللو و همکاران، ۲۰۱۷).

نوگریا و همکاران (۲۰۱۳) مراقب را فردی می‌دانند (اغلب یکی از اعضای خانواده) که مسئولیت اصلی مراقبت از فرد بیمار را برعهده دارد و عموماً در زمینه علوم پزشکی و پرستاری و انجام مراقبت از فرد آسیب‌دیده آموزشی دریافت نموده است. گراکا (۲۰۱۳)، آمندولا (۲۰۰۸) و یونالان (۲۰۰۱) معتقدند گرچه خدماتی که مراقبان ارائه می‌دهند منجر به افزایش استقلال بیمار می‌گردد، اما ممکن است کیفیت زندگی آنان را به دلیل تحمل بار زیاد جسمانی، عاطفی و اجتماعی تحت تاثیر قرار دهد (فرج‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴). نیکزاد (۲۰۱۰) در تحقیقی دریافت که بیماران مبتلا به آلزایمر نیازهای مراقبتی ثابتی دارند و مراقبان در تمام جنبه‌های زندگی روزمره از جمله آماده‌کردن غذا، کارهای خانه، رفت و آمد، دارودرمانی، استحمام، لباس پوشیدن و تغذیه به آنها یاری می‌رسانند. ویمو (۲۰۱۳) معتقد است مراقبان بیماران مبتلا به زوال عقل در مقایسه با دیگر مراقبان، مدت زمان بیشتری را صرف مراقبت می‌کنند. از آنجا که دوره این بیماری بین ۱ تا ۲۰ سال و به طور میانگین ۸ سال به طول می‌انجامد؛ بنابراین وظایف مراقبتی ممکن است به مدت طولانی ادامه داشته باشند.

تحقیقات آمندولا (۲۰۰۸)، ویتزنکامپ و همکاران (۱۹۹۷) پیرامون وضعیت مراقبان بیماران نورولوژیک از جمله آلزایمر، بیانگر وجود بار مسئولیت، افسردگی و استرس بالا و همچنین کاهش کیفیت زندگی در این افراد می‌باشد. گاجراج (۲۰۱۱) معتقد است از آنجایی که مراقبان بیماران آلزایمری یکی از اعضای اصلی تیم درمان می‌باشند، آموزش و ارائه خدمات مناسب به آنها نه تنها موجب بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شود بلکه باعث تسهیل و تسریع فرآیند توان بخشی بیمار نیز خواهد شد (فرج‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴). سکستون و همکاران (۲۰۱۵) و کردی چال (۲۰۰۵)، تاب‌آوری را، قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود می‌دانند که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. افراد تاب آور دارای توانایی برگشت و کسب بهبودی، دارای خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری فکری، ماهر در تبدیل مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، دارای پشتکار، عزت‌نفس، دارای شبکه حمایتی سالم، توانا در رشد قابلیت‌های عاطفی و فراطبیعی، دارای استقلال رأی، حس شوخ‌طبعی و دارای توانایی حل مشکلات و حل تعارض می‌باشند (بهرامی و زاهدی، ۱۳۹۷).

تاب‌آوری به عنوان توانایی چیره‌شدن بر استرس و گرفتاری (کوردیچ، ۲۰۰۵)؛ و یک فرایند پویاست که با آن افراد در مواجهه آسیب‌ها و فلاکت، عملکرد سازشی نشان می‌دهند (کانور، ۲۰۰۳)؛ تاب‌آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدودی نیز نتیجه تجربه محیطی افراد است ولی انسان‌ها قربانی محیط و وراثت خود

نیستند و می‌توان واکنش افراد در مقابل استرس رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها را تغییر داد به طوری که بتوانند بر مشکلات و تاثیرات منفی محیط غلبه کنند (نان، ۲۰۰۹)؛ یافته‌های فریبورگ (۲۰۰۶) ارتباط بین تاب‌آوری و استرس را تأیید کرده‌اند؛ برای مثال در آزمایشی که جنینگ انجام داد، یافته‌ها نشان داد تاب‌آوری به عنوان واسط و میانجی درد و استرس محسوب می‌شود و به این صورت افرادی که نمره بالاتری در تاب‌آوری گرفته بودند، در تحقیق استرس و درد کمتری گزارش کردند (قرلسفلو و همکاران، ۱۳۹۸).

به عقیده دمورتی و ایویجک (۲۰۱۱) و ترنی (۲۰۱۵) مداخلات روانشناسی و جلسات آموزش گروهی باعث افزایش خوش‌بینی و سطح بالینی امید می‌شوند، همچنین شرکت در این جلسات و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی تأثیر بالینی در تاب‌آوری دارد. بنابراین روش‌های مداخله‌ای شناختی از روش‌های رایج و مؤثر برای حل مشکلات روانشناختی هستند که رفتاردرمانی دیالکتیکی از جمله درمان‌های نوین در این حوزه است که در دامنه نسبتاً متنوعی در درمان سایر اختلالات مورد استفاده قرار گرفته است و مطالعات گسترده‌ای از سوی محققان در مورد آن صورت گرفته است (بهرامی و زاهدی، ۱۳۹۷). رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که با عنوان رفتاردرمانی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی نامیده می‌شود و طیفی از رویکردها را شامل می‌شود. این رویکرد بر این نکته تأکید دارد که رفتار غیرانطباقی مراجعان در خدمت تجربه‌های هیجانی آزاردهنده آموزشی است. رفتاردرمانی دیالکتیک، رویکردی عمدتاً روانی و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد (مدیرزاع و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین با توجه به نقش تاب‌آوری به عنوان عاملی محافظتی و تأثیر آن در کاهش عوامل خطر ساز روانی و جسمی و باتوجه به تناسب محتوای رفتاردرمانی دیالکتیکی در ارتقای تاب‌آوری، همچنین با در نظر داشتن اینکه تاکنون پژوهشی به طور مستقیم رفتاردرمانی دیالکتیکی را در رابطه با تاب‌آوری و مسئولیت‌پذیری مراقبین بیماران آلزایمر بررسی نکرده است، لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و مسئولیت‌پذیری مراقبین بیماران آلزایمر تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه بیماران آلزایمر شهر کاشمر تشکیل دادند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مراقبان این بیماران بود که به صورت داوطلبانه از این جامعه آماری انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)

پرسشنامه تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده پنج گزینه‌ای است که گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا ۱، نمره گذاری شده است. بدین صورت که به گزینه کاملاً نادرست، نمره صفر، گزینه بندرت درست، نمره ۱، گزینه گاهی درست، نمره ۲، گزینه اغلب درست، نمره ۳ و گزینه همیشه درست، نمره ۴ تعلق می‌گیرد. و جمع نمرات مواد ۲۵ گانه، نمره کل مقیاس راتشیکل می‌دهد. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمد. محمدی (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگویه با نمره ی کل مقوله‌ی ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آورد.

پرسشنامه مسئولیت پذیری (گلن و نلسون، ۱۹۹۸)

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری توسط گلن و نلسون (۱۹۸۸) ساخته شده است که شامل ۲۵ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت می باشد، پرسشنامه پنج بعد خودمدیریتی، امانت‌داری، وظیفه‌شناسی، سازمان‌یافتگی و پیشرفت‌گرایی را مورد سنجش قرار می‌دهد، این پرسشنامه توسط محمدیان (۱۳۹۴) اعتباریابی شده است و آلفای کرونباخ به دست آمده بالای ۷۰ درصد می باشد.

پروتکل آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک لینچ و همکاران (۲۰۰۳)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیک، آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا)
جلسه دوم	مهارت‌های هوشیاری فراگیر دسته اول: مهارت‌های چه چیز (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن) دسته دوم: مهارت‌های چگونه شامل مهارت اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن.
جلسه سوم	بخش اول مؤلفه‌های تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران ۱- مهارت‌های پرت کردن حواس
جلسه چهارم	۲- مهارت‌های خود آرام سازی با حواس پنجگانه
جلسه پنجم	۳- مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان
جلسه ششم	بخش دوم مؤلفه‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت ۱- پذیرش محض ۲- برگرداندن ذهن ۳- رضایت مندی
جلسه هفتم	بخش اول مؤلفه‌های تنظیم هیجان: هیجان چیست و دارای چه مؤلفه‌هایی می باشد، آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب زدن به آن‌ها، پذیرش هیجان‌ها حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت‌های لطفاً بر خود مسلط شوید
جلسه هشتم	بخش دوم مؤلفه‌های تنظیم هیجان: آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه

مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلند مدت (از طریق کارکردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانات و تغییر دادن هیجانات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان
--

یافته‌ها

در این قسمت یافته‌های پژوهش ارائه گردیده است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد. توزیع فراوانی نمونه مورد بررسی بر اساس سن نشان داد افراد با سن ۳۱ تا ۴۰ سال با ۴۰ درصد، بیشترین و افراد با سن ۵۱ تا ۶۰ سال با ۱۰ درصد، کمترین فراوانی را دارند. طبق نتایج زنان با ۷۰ درصد، بیشترین و مردان با ۳۰ درصد، کمترین فراوانی را دارند. افراد دارای مدرک دیپلم با ۴۳ درصد، بیشترین و افراد دارای مدرک فوق لیسانس با ۱۳ درصد، کمترین فراوانی را دارند.

در جدول (۱) میانگین متغیرهای مورد بررسی در تحقیق حاضر در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، ارائه شده است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی

متغیرها		کنترل	آزمایش
مسئولیت پذیری	پیش آزمون	۸۸/۶	۹۲/۱۳
	پس آزمون	۸۸/۹۳	۱۰۰/۴۶
تاب آوری	پیش آزمون	۸۵/۹۳	۸۵/۰۶
	پس آزمون	۸۶/۴	۱۰۵/۰۷

آنگونه که در جدول بالا مشخص است میانگین نمره گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون مقادیر نزدیک به هم دارد در حالی که در گروه آزمایش تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای مذکور، محسوس است. تاب آوری در گروه آزمایش از ۸۵/۰۶ به ۱۰۵/۰۷ افزایش یافته است و در گروه کنترل از ۸۵/۹۳ به ۸۶/۴ تغییر یافته است. مسئولیت پذیری در گروه آزمایش از ۹۲/۱۳ به ۱۰۰/۴۶ افزایش یافته است و در گروه کنترل از ۸۸/۶ به ۸۸/۹۳ تغییر یافته است.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش پیش فرض های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. مهمترین آن نرمال بودن است که برای بررسی، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. معنی داری آماری این شاخص در

سطح آلفای ۰/۰۵ مورد سنجش قرار گرفت. آنگونه که جدول زیر نشان می‌دهد مقدار آماره برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ و حاکی از نرمال بودن متغیرهای پژوهش بود.

جدول (۲) بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرها	آزمون کولموگروف- اسمیرنوف	
	آماره	سطح معنی داری
مسئولیت پذیری	۱/۰۲۱	۰/۱۶۳
	۰/۷۰۵	۰/۶۹۲
تاب آوری	۱/۰۰۶	۰/۱۷۸
	۰/۵۵۸	۰/۸۷۴

نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون و پیش شرط تساوی واریانسها (با استفاده از آزمون لوین) برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیرها معنی دار نیست) و استفاده از تحلیل کواریانس بلا مانع است ($P > 0.05$).

جدول (۲) آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه-پیش آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	F	سطح معنی داری
مسئولیت پذیری	۱۲۴۸	۲۹	۰/۱۹۳	۰/۶۶۴
تاب آوری	۲۸۸۹/۳	۲۹	۰/۷۹۸	۰/۳۷۹

جدول (۳) پیش شرط تساوی واریانسها (با استفاده از آزمون لوین)

	F	df1	df2	سطح معنی داری
مسئولیت پذیری	۲/۱۵۲	۱	۲۸	۰/۱۵۳
تاب آوری	۰/۰۵۲	۱	۲۸	۰/۸۲۱

در جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره جهت تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر مسئولیت پذیری و تاب آوری ارائه شده است.

جدول (۴) خلاصه تحلیل کواریانس

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	اندازه اثر اتا
---------------	---------------	------------	-----------------	---	--------------	----------------

۰/۴۵۹	۰/۰۰۱	۷/۳۴۴	۴۳۰۱/۷۵۸	۱	۴۳۰۱/۷۵۸	پس آزمون مسئولیت پذیری
۰/۸۷۳	۰/۰۰۰	۵۹/۶۶۹	۲۵۲۲/۹۲۲	۱	۲۵۲۲/۹۲۲	پس آزمون تاب آوری

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۴ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون مسئولیت پذیری و تاب آوری به عنوان متغیر اصلی رفتار درمانی بر نمره‌های مسئولیت پذیری و تاب آوری در پس آزمون معنی دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می‌دهد که سطح معناداری برای مسئولیت پذیری ۰/۰۰۱ با مقدار F برابر ۷/۳۴۴ و سطح معناداری برای تاب آوری ۰/۰۰۰ و مقدار F برابر ۵۹/۶۶۹ است و تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش - کنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۵ درصد اطمینان معنی دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). اندازه اثر ااتا برای مسئولیت پذیری و تاب آوری به ترتیب برابر ۰/۴۵۹ و ۰/۸۷۳ است که در تاب آوری بیشتر است. همچنین شاخص لامبدای ویلکز با مقدار ۰/۸۲۸، سطح معناداری ۰/۰۰۹ و مقدار F برابر ۲/۵۹۴ اثر گروه بر ترکیب خطی را تایید می‌کند.

نتیجه گیری

هدف پژوهش بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر مسئولیت پذیری و تاب آوری مراقبین آلزایمر شهرستان کاشمر است. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون مسئولیت پذیری و تاب آوری به عنوان متغیر اصلی رفتار درمانی بر نمره‌های مسئولیت پذیری و تاب آوری در پس آزمون معنی دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می‌دهد که سطح معناداری برای مسئولیت پذیری ۰/۰۰۱ با مقدار F برابر ۷/۳۴۴ و سطح معناداری برای تاب آوری ۰/۰۰۰ و مقدار F برابر ۵۹/۶۶۹ است و تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش - کنترل برحسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۵ درصد اطمینان معنی دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). اندازه اثر ااتا برای مسئولیت پذیری و تاب آوری به ترتیب برابر ۰/۴۵۹ و ۰/۸۷۳ است که در تاب آوری بیشتر است. نتایج این فرضیه همسو و همخوان با نتایج توحیدی و همکاران (۱۴۰۰)؛ فرورشی و همکاران (۱۴۰۰)؛ مظاهری و همکاران (۱۳۹۹)؛ پورملا میرزا و همکاران (۱۳۹۹)؛ باباخانی (۱۳۹۹)؛ عمادی چاشمی و شاهر جیبیان (۱۳۹۸)؛ داغیان و همکاران (۱۳۹۸)؛ بهرامی و زاهدی (۱۳۹۷)؛ مامی و همکاران (۱۳۹۶)؛ زمانی و همکاران (۱۳۹۳)؛ زاروتی و همکاران (۲۰۲۳)؛ آنتونی (۲۰۲۱)؛ جانسون و همکاران (۲۰۲۳)؛ حقایق و همکاران (۲۰۱۷)؛ مارتین و همکاران (۲۰۱۷)؛ لانگو و لینهان (۲۰۱۷)؛ چوگانی و لندز (۲۰۱۶)؛ هارلی و همکاران (۲۰۰۸)؛ میلر و همکاران (۲۰۰۶)؛ کروگر و همکاران (۲۰۰۶) می‌باشد.

مسئولیت‌پذیری و تاب‌آوری جزو فرایندهایی هستند که برای تسهیل سازگاری و تعدیل در مواجهه با مشکلات و بحران‌های مهم زندگی لازم و ضروری می‌باشند و این ویژگی‌ها به عنوان کیفیت یا مهارت‌هایی توصیف می‌شوند که می‌توان از طریق تمرین و تجربه پرورش داده شوند. پس به نظر می‌رسد مسئولیت‌پذیری و تاب‌آوری امری آموختنی هستند، همان‌گونه که در این پژوهش مشاهده شد، با آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی مراقبین افراد مبتلا به آلزایمر، شاهد افزایش تاب‌آوری و مسئولیت‌پذیری در افراد بودیم. بنابراین، در جلسات آموزشی به مراقبین افراد مبتلا به آلزایمر مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک که شامل هشیاری فراگیر بنیادین، تحمل‌پذیری، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی است، آموزش داده شد و تمرینات عملی آن در جلسه به صورت گروهی بحث شده و افراد شرکت‌کننده به این سمت سوق داده شدند تا به شیوه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که باعث ارتقاء منابع لازم جهت رسیدن آنها به اهدافشان در زندگی شود و زندگی تاب‌آورانه و مسئولانه‌ای را از سر بگیرند و به نظر می‌رسد که تغییر مشاهده شده ناشی از آموزش و مداخلات مبتنی بر مؤلفه‌های چندگانه رفتار درمانی دیالکتیکی باشد. در جلسات آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی راهبردهای و مهارت‌های بقا در بحران مورد اهتمام قرار گرفتند: راهبردهای پرت کردن حواس، خود آرام سازی با حواس پنج‌گانه، مهارت‌های بهسازی لحظات، تکنیک سود و زیان، پذیرش محض، و برگرداندن ذهن بر رضایت مندی. بنابراین در جلسات آموزشی به افراد در رابطه با تاب‌آوری و مسئولیت‌پذیری جهت پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط زندگی هدفمند، رشد فردی، حس انجام، خوش بینی ذاتی و شایستگی ادراک شده و در نهایت داشتن زندگی لذت بخش، انواع مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش داده شد. هدف رفتار درمانی دیالکتیکی، تغییر رفتار است و این تغییر در ابتدا به دنبال آن است تا پذیرش که یک عنصر اساسی در تمام رویکردهای معنوی است در مراجع ایجاد شود. در دیالکتیک پذیرش و تغییر اصل است و عمل در چارچوب دیالکتیکی برای این افراد ضروری است. رفتار درمانی دیالکتیکی از اصول مکتب چه ان یا دن که به مرحله ای از هوشیاری، آگاهی و تاکید بر تفکر لحظه به لحظه دلالت دارد در درمان استفاده می‌کند. در این مکتب زندگی ذاتا ارزشمند است و انسان تنها موجودی است که می‌تواند در مسیر زندگی عادی حرکت کند و به معنی واقعی زندگی و خیر نهایی دست یابد (عرب‌زاده، سودانی، شعاع کاظمی و شهبازی، ۱۳۹۹).

لذا می‌توان در تبیین این فرضیه اذعان داشت که رفتار درمانی دیالکتیکی از مجموعه‌ای از فنون برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر نحوه زندگی و نیز دستیابی به ثبات رفتاری و هیجانی استفاده می‌کند. رفتار درمانی دیالکتیکی بر ۱- هوشیاری فراگیر بنیادین: نوعی هشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال و بدون قضاوت از تجارب لحظه به لحظه، پدید می‌آید؛ ۲- تحمل‌پذیری: این حیطة به مواجه شدن با احساسات و موقعیتهای سخت و دشوار می پردازد و بر مشکلات و

نگرانی های فعلی افراد در اینجا و اکنون که منجر به رفتارها و هیجانات در دسرساز می شود، تمرکز می کند، ۳-تنظیم هیجانی: درمانگرانی که در این حوزه کار می کنند، به افراد کمک می کنند تا هیجانهای خود را بپذیرند و آنها را به شیوه ای مناسب کنترل و ابراز کنند و ۴-کارآمدی بین فردی: این حیطه مهارت‌هایی را برای گسترش و حفظ روابط پرثمر و رضایت بخش آموزش می‌دهد. لذا با استفاده از مهارتها و تکنیکهای درمان دیالکتیکی میتوان به خویشتن داری هیجانی بهتری دست پیدا کرد و هیجانهای دسرساز و شدید که اغلب ریشه در بنیادهای ژنتیک و تجارب ناگوار گذشته دارند را کنترل کرد و خوشبختی، شادی، تاب اوری، مسئولیت‌پذیری و توانایی‌های بالقوه خود را شکوفا کرد، بدون این که در مورد خودمان و یا تجارب گذشته مان قضاوت یا انتقاد کنیم. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رفتار درمانی دیالکتیک بر مسئولیت پذیری و تاب آوری مراقبین آلزایمر شهرستان کاشمر تاثیر دارد.

منابع

- بهرامی، فاطمه و زاهدی، یونس (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب آوری مادران کودکان استثنایی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی دانشگاه علوم طباطبایی، 9(۳۵)، ۱۷۱_۱۸۹.
- پورملامیرزا، افسانه؛ شریفی، فرشاد؛ اعتصام، فرناز و نوب، الهام (۱۳۹۹). سوء رفتار مراقبین خانوادگی با افراد مبتلا به آلزایمر. پژوهش در پرستاری، ۱۵(۲)، ۹۶-۱۰۸.
- توحیدی، حلیمه؛ میرمهدی، سیدرضا؛ رضانی، خسرو (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم وسواس در بیماران وسواس فکری- عملی. کنفرانس بین المللی مطالعات اجتماعی و علوم رفتاری، ۲، ۱-۱۹.
- خاتونی، مرضیه و زهری، سیما (۱۳۹۰). مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبت کنندگان اصلی. مجله سالمندی ایران، ۵(۱۷)، ۳۶-۴۲.
- زمانی، نرگس؛ احمدی، وحید؛ عطایی‌مقنلو، وحید و میرشکار، ساره (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو روش‌های درمانی رفتار دیالکتیکی درمان و رفتار درمانی شناختی در بهبود رفتار تکانشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD). مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۲(۵)، ۴۵-۵۴.

فرج زاده، عطاءالله؛ اکبرفهمی، ملاح؛ نجات، سحرناز؛ کهن، امیرحسین؛ صابری، هوشنگ (۱۳۹۵). ترجمه و بررسی روایی مقیاس بار مسئولیت مراقب در مراقبان بیماران با آسیب نخاعی. فصلنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی، ۵(۱)، ۲۰-۱.

فرورشی، محمود؛ علیوندی وفا، مرضیه؛ فخاری، علی و آزموده، معصومه (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالتیکی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی بر تکانشگری و تنظیم شناختی هیجانی بیماران دو قطبی نوع یک. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۲۶، ۹۲-۷۹.

قزلسفلو، مهدی؛ سعادت، نادره؛ یوسفی، زهرا و زمان‌پور، ملیحه (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس و مشکلات ارتباطی در مراقبت کنندگان اصلی سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر تهران. مقاله پژوهشی سالمند، ۱۴(۳)، ۱۲-۲۵.

مامی، شهرام؛ ابراهیمیان، شیرین و سلطانی، شیرین (۱۳۹۶). اثربخشی رفتار درمانی دیالتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷(۵)، ۳۸۴-۳۹۲.

مدیرزارع، شیرین؛ زهراکار، کیانوش؛ اسدپور، اسماعیل و محسن زاده، فرشاد (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای کنترل‌گرایانه زوجین. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱(۱)، ۷۲، ۱-۱۵.

مظاهری، محمدعلی؛ برجعلی، احمد؛ احدی، حسن و گلشنی، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. مجله علوم پزشکی نیشابور، ۶(۲)، ۲۹-۱.

Agronin ME. (2019). *practical Guide in Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Co; 2004.pp: 72-280

Amendola F, Oliveira MAdC, Alvarenga MRM. (2008). Quality of life of family caregivers of patients dependent on the family health program. *Texto & Contexto-Enfermagem*; 17(2):266-72.

Brody, H., & Donkin, M. (2022). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*

Chaudhuri JD, Das S. (2016). The role of caregivers in the management of Alzheimer's disease: Examples from Asian Countries. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2006; 6(2):11-8

Connor KM, Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*; 18(2):76-82.

Demerouti, E. van Eeuwijk, E. Snelder, M. & Wild, U. (2011). Assessing the effects of a 'personal effectiveness' training on psychological capital, assertiveness and self - awareness using self - other agreement. *Career Development International*, 16, 60-81.

- Gajraj-Singh P. (2011). Psychological impact and the burden of caregiving for persons with spinal cord injury (SCI) living in the community in Fiji. *Spinal cord*; 49(8):928-34.
- Haghighyegh, S. A., Neshatdoost, H. T., Adibi, P., & Shafii, F. (2017). Efficacy of dialectical behavior therapy on stress, resilience and coping strategies in irritable bowel syndrome patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 19(1).
- Johnson, L. N., Fierstein, R., Cahn, S. C., Hoch, A. L., & Twardzik, L. N. (۲۰۲۳). Implementation of Radically Open Dialectical Behavior Therapy in a University or College Counseling Setting: A Case Study. *Journal of College Student Psychotherapy*, ۱۸(۱)
- Kordich Hall D, Pearson J. Resilience - giving children the skills to bounce back. *Education and Health*. 2005; 23(1):2-15.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., ... & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*, 44(8), 1211-1217
- Küçükgüçlü, Özlem. Söylemez, Burcu Akpınar. Yener, Görsev. Turan Is, Ahmet. (2017). The effects of support groups on dementia caregivers: A mixed method study / *Geriatric Nursing* xx, 1-6
- Mace NL, Rabins PV. (2022). *The 36-hour day: A family guide to caring for people with Alzheimer disease, other dementias, and memory loss in later life.*
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents.* Guilford Press
- Terni, P. (2015). Solution-Focus: Bringing Positive Psychology into the Conversation. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 3(1), 8-16.