

مقاله اصلی

اثر بخشی فراشناخت درمانی بر بیش نگرانی توام با اضطراب و فشارمراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۳

خلاصه

مقدمه: در دنیای امروزی، بیماری آلزایمر یکی از چالش‌های بزرگ برای سلامت عمومی به شمار می‌رود. مراقبت از بیماران مبتلا به این بیماری، فشار زیادی بر مراقبین خانوادگی وارد می‌کند. در این راستا، توجه به راهکارهای موثر برای کاهش فشار مراقبتی و بهبود وضعیت روحی مراقبین، اهمیت بسزایی دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر بیش‌نگرانی توأم با اضطراب و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر بود.

روش کار: این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل را کلیه مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر در شهر اراک تشکیل دادند. که از این بین مراقبینی که در سال ۱۴۰۳ به انجمن آلزایمر استان مرکزی مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. در این پژوهش، ۲۴ نفر از مراقبین با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۱۲ نفر در هر گروه). ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های باورهای غیر منطقی جونز، فشار مراقبتی نواک و گست بود. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان فراشناختی تأثیر معنی‌داری بر کاهش بیش‌نگرانی توأم با اضطراب و بهبود فشار مراقبتی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشت. ($P < 0.05$)

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش، روان درمانگران از فراشناخت درمانی می‌توانند در بهبود بیش‌نگرانی توأم با اضطراب و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر استفاده کنند.

کلمات کلیدی: درمان فراشناختی، بیش‌نگرانی توأم با اضطراب، فشار مراقبتی، بیماران آلزایمر.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فائزه احمدی^۱

معصومه هاشمی^{۲*}

مهریار عناصری^۳

مبینا مرادی نژاد^۴

^۱گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

^۲گروه مامایی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

^۴گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

نویسنده مسئول: معصومه هاشمی گروه مامایی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

Email: Hashemi2024@iau.ac.ir

مقدمه

بیماری آلزایمر به عنوان مهم‌ترین و شایع‌ترین علت زوال عقل، نوعی اختلال مزمن، پیچیده و پیش‌رونده عصبی است که سبب ازدست‌رفتن تدریجی حافظه، تغییرات شخصیتی و اختلال در انجام فعالیت‌های روزانه بیمار می‌شود (۱). از آنجا که بیماری آلزایمر دارای عواقب جدی برای بیمار و خانواده اوست، یکی از نگران‌کننده‌ترین اختلالات است؛ به گونه‌ای که اصطلاحاً از آن به عنوان «مراسم تدفین بی‌پایان» یاد می‌شود (۲). مطالعات نشان می‌دهد میزان ابتلای به این بیماری برای گروه‌های سنی کمتر از ۶۰ سال یک درصد، ولی برای افراد ۶۵ سال و بیشتر پنج درصد است. این میزان پس از ۶۵ سالگی به ازای هر ۵ سال افزایش عمر، دو برابر می‌شود (۳). آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری در ایران در دست نیست، ولی به گفته مدیرعامل انجمن آلزایمر ایران، در حال حاضر ۲۱۲ هزار نفر به این بیماری مبتلا هستند که از هر ۱۰ بیمار مبتلا به آلزایمر، ۷ بیمار در منزل تحت مراقبت هستند (۴). این بیماران به دلیل اختلال شناختی و رفتاری در برآورده کردن نیازهای خود دچار مشکل هستند و بخش عمده مسئولیت فرد مبتلا به بیماری آلزایمر به عهده اعضای خانواده است مطالعات نشان می‌دهند خانواده‌ها بیش از ۸۰ درصد مراقبت موردنیاز این افراد را تأمین می‌کنند (۵).

مراقبان عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر با چالش‌های زیادی مواجه هستند؛ به گونه‌ای که مراقبت از این بیماران به «۳۶ ساعت زندگی در روز» تعبیر شده است که جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). پیامدها و عوارض بیماری آلزایمر از جمله تغییرات روان‌شناسی و روان‌پزشکی در کنار اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در حافظه و سایر عملکردهای شناختی (قضاوت و تفکر و غیره)، بیماران را نیازمند یاری و نظارت مراقبان بر فعالیت‌های روزمره آنان می‌کند. به طوری که این مراقبان نیازمند مراقبت زیادی هستند. بیشتر افراد مبتلا به آلزایمر،

حداقل یک مراقبت‌کننده یا حمایت‌کننده دارند که معمولاً همسر یا خویشاوندان بیمار هستند (۷).

مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر یک فرایند مزمن استرس‌زاست که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان دارد. مطالعات نشان داده‌اند بیش از ۸۰ درصد از مراقبان بیماران آلزایمری سطوح بالای استرس را تجربه می‌کنند. همچنین ثابت شده است مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر، از مراقبت از یک فرد ناتوان جسمی استرس‌زاتر است و در فرایند مراقبت از بیماران مزمن، غالباً مراقبان، مراقبت از سالمند را تجربه‌ای پراسترس می‌دانند (۸). مطالعات نشان داده است که سلامت جسمانی و روانی مراقبین از عملکرد سالمند و نیازهای مراقبتی او تأثیر می‌پذیرد، به گونه‌ای که در سالمندان با نیازهای مراقبتی بیشتر، مراقبین سلامت جسمانی و روانی ضعیف‌تری دارند و این مسئله می‌تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مراقبین داشته باشد (۹، ۱۰). چنین پیامدهایی اگر با آمادگی برای مراقبت همراه نباشد، مشکلات فراوانی برای فرد بیمار و مراقبین به بار می‌آورد و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آمادگی برای مراقبت بصورت آمادگی درک شده برای ابعاد مختلفی از نقش ارائه خدمات مراقبتی مانند مراقبت فیزیکی، حمایت احساسی، خدمات حمایتی در منزل و نحوه مقابله با استرس‌های ناشی از ارائه مراقبت از بیماران، تعریف می‌شود. آمادگی برای مراقبت بر تجربیات مراقبان اثر قابل توجهی دارد. آمادگی بالاتر با افزایش امید و کاهش بار مراقبت مرتبط است. در حالی که فقدان آمادگی برای مراقبت با کاهش سلامت روانی و جسمی، سوگ پیچیده و تجربیات استرس‌زای مراقبت همراه است (۱۱). مطالعه دیگری نشان داد که تأثیر مشکلات ارتباطی بیماران مبتلا به آلزایمر و نیز رفتارهای مشکل‌زای ناشی از آن مانند پرخاشگری، سرگردانی، تهاجم و ... به طور معناداری با میزان افسردگی و خستگی مراقبین ارتباط دارد و به اهمیت تأثیر مشکلات ارتباطی بر نحوه و میزان مراقبت اشاره شده،

از سوی دیگر کاربرد راهکارهای ویژه ارتباطی را بر کاهش خستگی و بار کاری مراقبت کنندگان نشان داده است (۱۲).
ولز برای تبیین آسیب شناسی اختلالات روانی اصطلاح "سندرم شناختی- توجهی" را به کار می برد. سندرم شناختی- توجهی با توجه افراطی به خود (برای مثال تفکر منفی تکراری مثل نگرانی)، فعال شدن باورهای مرتبط با خود و ارزیابی های مرتبط با خود (مثل من ضعیفم) و سوگیری توجه (پایش تهدید) همراه است. بر اساس مدل فراشناختی این سندرم توسط باورهای فراشناختی کنترل میشود. در درمان فراشناختی نیز درمان بر تغییر سندرم شناختی- توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی متمرکز است. درمان فراشناختی با استفاده از ذهن آگاهی گسلیده و سایر تکنیک ها بر حذف سندرم شناختی- توجهی و باورهای فراشناختی نادرست تأکید میکند (۱۳).
این درمان بیمار را به گسیختن نشخوارهای فکری، کاهش تمایلات خودنظارتی غیرسودمند و ایجاد سبک های سازگارانه قادر می سازد و هدف آن گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار است و از اینکه پردازش اطلاعات به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری و تهدید انجام گیرد جلوگیری می نماید. به طور کلی می توان گفت درمان فراشناختی به دلیل کاهش باورهای فراشناختی دخیل در تداوم نشانه های افسردگی منجر به کنترل مکانیسم های زیر بنایی علایم شناختی، هیجانی و رفتاری میشود (۱۴).

با توجه به اینکه کیفیت ادامه زندگی بیماران آلزایمر رابطه زیادی به نحوه نگهداری آنان از جانب مراقبین خانوادگی دارد، فشارهای روانشناختی فراوانی به مراقبین وارد می شود لذا بررسی حالات روانشناختی مراقبین از اهمیت بالایی برخوردار است؛ بنابراین، به کارگیری اصول اثربخشی فراشناخت درمانی بر بیش نگرانی توام با اضطراب و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، ضرورتی بدیهی به نظر می رسد. از این رو سوال اصلی پژوهش حاضر

این است که آیا فراشناخت درمانی بر بیش نگرانی توام با اضطراب و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر موثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع کاربردی و مطالعه ای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر شهر اراک تشکیل می دهند که از این بین مراقبینی که در سال ۱۴۰۳ جهت درمان به انجمن آلزایمر استان مرکزی مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. با توجه به ملاک های ورود به پژوهش و رضایت و تمایل آنان برای شرکت در پژوهش ابتدا تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند (مبتنی بر هدف) گزینش و سپس به روش تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر دیگر در گروه گواه گمارش شدند. پرسشنامه های باورهای غیر منطقی جونز (۱۸۶۸-۱۸۶۹) و فشار مراقبتی نوواک و گست (۱۹۸۹) جهت ارزیابی سازه های تحقیق در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت بعد از اجرای پیش آزمون، جلسات فراشناخت درمانی گروه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی برای گروه آزمایش برگزار شد و در نهایت پس از ریزش، ۱۰ شرکت کننده درمان را با موفقیت به پایان رساندند. در حالی که گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. لازم به ذکر است که جهت معادل سازی نفرات دو گروه آزمایش و گواه به تعداد ریزش گروه آزمایش به صورت تصادفی از گروه گواه نیز حذف گردید. پس از آن که جلسات درمان انجام شد، مجددا پرسشنامه ها در اختیار نمونه ها قرار گرفت (مرحله پس آزمون) و پس از اجرا، پرسشنامه ها نمره گذاری شد و جهت تجزیه و تحلیل داده ها نرم افزار "SPSS 26" مورد استفاده قرار گرفت. ابزار پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز: این آزمون در

سال ۱۸۶۹-۱۸۶۸ توسط جونز ساخته شده و یکی از کاربردی ترین ابزارهای اندازه گیری باورهای غیرمنطقی در جهان است. در بیشتر تحقیقاتی که پیرامون رابطه باورهای غیرمنطقی با کنش های رفتاری و عاطفی در زمینه درمان عقلانی-عاطفی صورت گرفته است از این آزمون استفاده شده است. IBT شامل ۱۰۰ سؤال است که هر ده سؤال یک خرده مقیاس باورهای غیرمنطقی را می سنجد و جمعاً ده باور غیرمنطقی در این آزمون مورد سنجش قرار می گیرد. این خرده مقیاس ها عبارتند از: توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش خود، واکنش همراه با ناکامی، بی مسئولیتی هیجانی، بیش نگرانی توام با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال گرایی. روش نمره گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت و پنج گزینه ای (کاملاً موافق- تا حدی موافق- نه موافق نه مخالف- تا حدی مخالف- کاملاً مخالف) است، به هر گزینه و بر اساس مفهوم سؤال نمره ۱ تا ۵ تعلق می گیرد. جمع نمره فرد در همه مقیاس ها نمره کل باورهای غیرمنطقی فرد را نشان خواهد داد. نمره بالا نشانه باور غیرمنطقی و حداکثر آن ۵۰۰ است و نمره پایین نشانه باور منطقی و حداقل آن ۱۰۰ است. برای هر خرده مقیاس نمره بالا ۵۰ و نمره پایین ۱۰ می باشد (۱۵). جونز (۱۹۶۹) با استفاده از روش آزمون مجدد مشاهده نمود که پایایی آزمون معادل

۰/۹۲ است. و پایایی هر یک از خرده مقیاس های ده گانه آن از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین پایایی همه خرده مقیاس ها ۰/۷۴ است.

پرسشنامه فشار مراقبتی نواک و گست: به منظور

ارزیابی فشار مراقبتی می توان از پرسشنامه ای که در سال ۱۹۸۹ توسط نواک و گست ابداع شده است، استفاده کرد. این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه و پنج زیر مقیاس می باشد که عبارتند از فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی، فشار مراقبتی احساسی. پاسخ ها به صورت مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای کاملاً نادرست (امتیاز ۱)، نادرست (امتیاز ۲)، تا حدی درست (امتیاز ۳)، درست (امتیاز ۴) و کاملاً درست (امتیاز ۵) خواهد بود. نمرات این پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۲۰ خواهد بود. در این پرسشنامه نمرات ۳۹ تا ۲۴ فشار مراقبتی خفیف، ۷۱ تا ۴۰ فشار مراقبتی متوسط، ۱۲۰ تا ۷۲ فشار مراقبتی شدید را نشان خواهد داد (۱۷). روایی پرسشنامه فشار مراقبتی در مطالعه عباسی و همکاران (۱۷) از طریق روایی محتوی و صوری تأیید شده است و پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۸۷ تا ۰/۶۹ گزارش و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شده است.

خلاصه پروتکل فراشناخت درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، معرفی اعضای گروه و بررسی قوانین گروه، بیان اهداف جلسه و ایجاد انگیزه
جلسه دوم	معرفی درمان به صورت کلی و اجرای آزمایش فرونشانی با فکر
جلسه سوم	اجرای آزمایش مجدد فرونشانی با فکر، آغاز چالش با باور مرتبط با کنترل ناپذیری، تمرین ذهن آگاهی انفعالی، معرفی به تعویق انداختن نگرانی
جلسه چهارم	ادامه آماده سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری، ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل.
جلسه پنجم	ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری، ارائه شواهد مختلف، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی، تکلیف ادامه به تعویق انداختن نگرانی و وارونه سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن کنترل.

جلسه ششم	ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی، تکلیف القای نگرانی برای آزمودن خطرات.
جلسه هفتم	ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر، تکلیف آزمایش های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر.
جلسه هشتم	ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هر گونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده، آزمایش های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر.
جلسه نهم	شروع چالش با باورهای مثبت، در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر، اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت.
جلسه دهم	ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان، تکلیف آزمایش های رفتاری (مثل آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی).
جلسه یازدهم	کار روی معکوس کردن علائم باقیمانده، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، درخواست از فرد برای نوشتن برگه خلاصه درمان.
جلسه دوازدهم	مرور تکالیف، کار روی برنامه درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن با مثال، برنامه ریزی جلسات تقویتی، مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان. اجرای پس آزمون.

نتایج

نتایج بررسی توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر			
متغیرها	(الگوی درمانی)	میانگین	انحراف معیار
مقیاس «بیش نگرانی توأم با اضطراب» (در پس آزمون)	الگوی فراشناخت درمانی (گروه گواه)	27.10	3.446
	الگوی فراشناخت درمانی (گروه آزمایش)	23.20	2.860
	جمع	25.15	3.675
مقیاس «فشار مراقبتی» (در پس آزمون)	الگوی فراشناخت درمانی (گروه گواه)	71.70	7.166
	الگوی فراشناخت درمانی (گروه آزمایش)	64.40	4.993
	جمع	68.05	7.082

بررسی فرض همگنی کوواریانس ها و واریانس ها در مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، از روش آزمون «ام. باکس» با دقت آلفای بیشتر از ۰/۰۵؛ استفاده شده است.

برای بررسی اثربخشی (الگوی فراشناخت درمانی) از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. پس از بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس مجاز به استفاده از تحلیل

داده های جدول و نمودار بالا، نتایج آمار توصیفی برای مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر را نشان می دهد. یافته های توصیفی حاکی از آن است که: میانگین مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب»، «نشانگان افت روحیه» و «فشار مراقبتی» در الگوی فراشناخت درمانی (در گروه آزمایش)؛ دارای سیر کاهشی است. در تحلیل های آماری چند متغیره، اطمینان از همگنی کوواریانس ها و واریانس ها، از آزمون «ام. باکس» استفاده می شود. برای

کوواریانس شد که نتایج در جدولهای شماره ۲-۴ ارایه

شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین

خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر

منبع واریانس	متغیرها	مجموع مربعات	Df	میانگین مجذور	F	P	Eta ²
الگوی فراشناخت درمانی (گروه گواه) الگوی فراشناخت درمانی (گروه آزمایش)	مقیاس «بیش نگرانی توأم با اضطراب»	37.895	1	37.895	5.035	.040	.251
	مقیاس «فشار مراقبتی»	123.135	1	123.135	8.422	.011	.360

الگوی فراشناخت درمانی؛ در مراقبین خانوادگی بیماران

مبتلا به آلزایمر در مقیاس «فشار مراقبتی» (در گروه آزمایش)؛ با اطمینان ۹۵ درصد، اثربخشی داشته است.

$$P \leq 0/05$$

نتایج آزمون تعقیبی توکی (تفاوت میانگین ها) برای بررسی تفاوت مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر

داده های جدول بالا، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر را نشان می دهد.

الگوی فراشناخت درمانی؛ در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر در مقیاس «بیش نگرانی توأم با اضطراب» (در گروه آزمایش)؛ با اطمینان ۹۵ درصد، اثربخشی داشته است.

$$P \leq 0/05$$

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی (تفاوت میانگین ها) برای مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در

مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر

متغیرهای مورد بررسی	(الگوی درمانی)	میانگین	تفاوت میانگین ها (i-j)	استاندارد خطای میانگین	P-value سطح اطمینان	نتیجه آزمون تفاوت میانگین ها
مقیاس «بیش نگرانی توأم با اضطراب»	الگوی فراشناخت درمانی، گروه گواه (i)	26.587	3.173	1.414	.040	تفاوت موجود معنادار است
	الگوی فراشناخت درمانی، گروه آزمایش (j)	23.413				
مقیاس «فشار مراقبتی»	الگوی فراشناخت درمانی، گروه گواه (i)	70.910	5.720	1.971	.011	تفاوت موجود معنادار است
	الگوی فراشناخت درمانی، گروه آزمایش (j)	65.190				

«فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، را نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده؛

داده های جدول بالا، نتایج آزمون تعقیبی توکی (تفاوت میانگین ها) برای مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و

تفاوت میانگین مقیاس «بیش نگرانی توأم با اضطراب» با اجرای الگوی فراشناخت درمانی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر (به نفع گروه آزمایش)، با اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد. $P<0/05$

تفاوت میانگین مقیاس «فشار مراقبتی» با اجرای الگوی فراشناخت درمانی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به

آلزایمر (به نفع گروه آزمایش)، با اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد. $P<0/05$

نتایج آزمون «لامبدای ویلکز» برای بررسی تفاوت مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، را نشان می دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون «لامبدای ویلکز» برای «مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر

منبع واریانس	آزمون	مقدار آزمون F	Df فرضیه	Df خطا	P	Eta ²
	پیلای	.445	2	15	.012	.445
الگوی فراشناخت درمانی (گروه آزمایش)	لامبدای ویلکز	.555	2	15	.012	.445
الگوی فراشناخت درمانی (گروه گواه)	هولتینگ ترانس	.801	2	15	.012	.445
	بزرگترین ریشه روی	.801	2	15	.012	.445

داده های جدول بالا، نتایج آزمون «لامبدای ویلکز» برای مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، را نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون «لامبدای ویلکز»؛ مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر در اثربخشی الگوی فراشناخت درمانی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، با اطمینان ۹۵ درصد، تأثیر معناداری دارد.

بر اساس اتای به دست آمده، مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، بیش از ۴۴ درصد تأثیر نشان می دهد.

بین مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر با الگوی فراشناخت درمانی [در طرح آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون]، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تأثیر مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، به میزان ۴۴

درصد، برآورد شده است. به عبارت دیگر، ۴۴ درصد از تغییرات مربوط به مقیاس های «بیش نگرانی توأم با اضطراب» و «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، قابل پیش بینی است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر بیش نگرانی توأم با اضطراب و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر اجرا شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی تأثیر معنی داری بر کاهش بیش نگرانی توأم با اضطراب و بهبود فشار مراقبتی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشت. نتایج با پژوهشهای فکری (۱۸) و گودرزی و همکاران (۱۹) همسو است.

بیماری آلزایمر به عنوان مهم ترین و شایع ترین علت زوال عقل، نوعی اختلال مزمن، پیچیده و پیش رونده عصبی است که سبب از دست رفتن تدریجی حافظه، تغییرات شخصیتی و اختلال در انجام فعالیت های روزانه بیمار می شود. از آنجا

که بیماری آلزایمر دارای عواقب جدی برای بیمار و خانواده اوست، یکی از نگران کننده ترین اختلالات است؛ به گونه ای که اصطلاحاً از آن به عنوان «مراسم تدفین بی پایان» یاد می شود. مطالعات نشان می دهد میزان ابتلای به این بیماری برای گروه های سنی کمتر از ۶۰ سال یک درصد، ولی برای افراد ۶۵ سال و بیشتر پنج درصد است. این میزان پس از ۶۵ سالگی به ازای هر ۵ سال افزایش عمر، دو برابر می شود. آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری در ایران در دست نیست، ولی به گفته مدیرعامل انجمن آلزایمر ایران، در حال حاضر ۲۱۲ هزار نفر به این بیماری مبتلا هستند که از هر ۱۰ بیمار مبتلا به آلزایمر، ۷ بیمار در منزل تحت مراقبت هستند. این بیماران به دلیل اختلال شناختی و رفتاری در برآورده کردن نیازهای خود دچار مشکل هستند و بخش عمده مسئولیت فرد مبتلا به بیماری آلزایمر به عهده اعضای خانواده است مطالعات نشان می دهند خانواده ها بیش از ۸۰ درصد مراقبت موردنیاز این افراد را تأمین می کنند. مراقبان عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر با چالش های زیادی مواجه هستند؛ به گونه ای که مراقبت از این بیماران به «۳۶ ساعت زندگی در روز» تعبیر شده است که جنبه های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبان را تحت تأثیر قرار می دهد. پیامدها و عوارض بیماری آلزایمر از جمله تغییرات روان شناسی و روان پزشکی در کنار اختلال در فعالیتهای روزمره زندگی، اختلال در حافظه و سایر عملکردهای شناختی (قضاوت و تفکر و غیره)، بیماران را نیازمند یاری و نظارت مراقبان بر فعالیتهای روزمره آنان می کند. به طوری که این مراقبان نیازمند مراقبت زیادی هستند. بیشتر افراد مبتلا به آلزایمر، حداقل یک مراقبت کننده یا حمایت کننده دارند که معمولاً همسر یا خویشاوندان بیمار هستند. مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر یک فرایند مزمن استرس زا است که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان دارد. مطالعات نشان داده اند بیش از ۸۰ درصد از مراقبان بیماران آلزایمری سطوح بالای استرس را تجربه می کنند. همچنین ثابت شده است مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر، از مراقبت از یک فرد ناتوان جسمی استرس زاتر

است و در فرایند مراقبت از بیماران مزمن، غالباً مراقبان، مراقبت از سالمند را تجربه ای پراسترس می دانند. از سوی دیگر مشکلات ارتباطی در بیماران آلزایمری بسیار شایع است و همین امر باعث می شود آنها نتوانند منظور خود را به درستی به دیگران تفهیم کنند. از این رو یکی از عوامل استرس زای جدی که مراقبان با آن روبه رو هستند، ضعف ارتباطی بیمار است. این اختلال ارتباطی، می تواند به صورت ناتوانی در بیان گرسنگی، تشنگی، درد یا نیاز برای استفاده از توالت باشد. همچنین بروز بی قراری در این بیماران، به علت فقدان توانایی شناختی است. این اختلال باعث می شود راهکارهای سازگاری کاهش یابد و احتمال تنش قوت بگیرد. پژوهش تساسیس و نیکلا (۲۰)، با هدف بررسی ارتباط باورهای فراشناخت با عملکرد سلامت روان و جسمانی بیماران اضطرابی، نشان دادند که؛ بین باورهای فراشناخت و سلامت روانشناختی و جسمانی بیماران اضطرابی رابطه معناداری وجود دارد.

مراقبت از بیمار می تواند ایجاد کننده یک مسئله مهم به نام فشار مراقبتی باشد. فشار مراقبتی در مراقبان بیمار، بر سلامت روان تأثیر می گذارد. فشار مراقبتی تأثیر منفی است که بر زندگی مراقب در اثر مراقبت از بیمار وارد می شود. مراقبت از یک بیمار با بیماری های حاد مانند، سرطان، اختلال و نارسایی در کلیه و غیره می تواند در فرد مراقب استرس، اضطراب ایجاد کند یا فرد مراقب را با علائم افسردگی رو به رو سازد. مراقبت از بیماران می تواند در فرد پرستار فرسودگی ایجاد کند. زمانی که مراقب نتواند به انجام فعالیت های روزانه اش پردازد، نتواند با دیگران ارتباط برقرار کند، تفریحات او محدود شود، عملکرد روزانه اش مختل شود، دچار فشار مراقبتی می شود و بالطبع رویارویی با فشار مراقبتی یک چالش بزرگ است که هر فردی نمی تواند از عهده آن بر بیاید و همین مسئله باعث نگرانی پزشکان می شود. اگر فشار مراقبتی افزایش پیدا کند، فرد مراقب دچار انزوای اجتماع و خانواده می شود، توان مراقبت بیشتر از بیمار را نخواهد داشت، حمایت های اجتماعی اش

را از دست خواهد داد و این موارد فقط چندین نمونه از تأثیرات منفی فشار مراقبتی است.

یافته‌های مطالعه حاضر، با موضوع اثربخشی فراشناخت درمانی بر بیش نگرانی توأم با اضطراب، نشانگان افت روحیه و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر، نشان داد که؛ اجرای الگوی فراشناخت درمانی باعث کاهش اثر «بیش نگرانی توأم با اضطراب»، و باعث کاهش اثر «نشانگان افت روحیه» و باعث کاهش اثر «فشار مراقبتی» در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر شده است. یعنی اجرای الگوی فراشناخت درمانی، مؤثر بوده است.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران می‌باشد." و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.ARAK.REC.1403.086 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

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

References

1. Egan M, Bérubé D, Racine G, Leonard C, Rochon E. Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: A systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010;2010(906818):1-12.
2. Thies W, Bleiler L. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 2011; 7(2):208-44.
3. Bastani F, Hosseini RS, Javanbakhtian Ghahfarokhi R. The effect of group discussion and telephone counselling on perceived stress of women as caregivers of patient with Alzheimer disease. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 2012; 1(1):61-72. (Persian)
4. Yektatalab S, Sharif F, Petramfar P. Caring for patients with Alzheimer's disease in nursing homes: A qualitative content analysis. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 2012; 1(3):240-53. (Persian)
5. Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Khanakeh H. Caregivers 'needs for Alzheimer's elderly: An analysis of family corers' experience. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty*, 2011; 21(72):29-36. (Persian)
6. Bastani F, Ghasemi E, Negarandeh R, Haghani H. General selfefficacy among family's female caregiver of elderly with Alzheimer's disease. *Hayat*, 2012; 18(2):27-37. (Persian)
7. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003; 51(5):657-64.
8. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2009; 11(2):217-28.
9. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*, 1990;11(10):1011-7.
10. Hadinejad H ZF. Reliabilty, vallidity, and normallization of the oxford happiness questionnaire. *Psychological research*, 2009;12(62):77.
11. Seligman ME, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. *Philosophical transactions-royal society of london series b biological sciences*, 2004;1379-82.
12. Marie YS, Mary L H, Rhonda JV. Investigating the effects of communication problems on caregiver burden .*The Journals of Gerontology* ,2004;60(1): 548-555.
13. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009.
14. Wells A, Sembi S. *Metacognitive therapy for PTSD: a core treatment manual*. *Cogn Behav Pract*, 2004;11(4):365-77.
15. Drogar Kh. Perception of parents' parenting styles with regard to adolescents' irrational thoughts [Master's thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University, 2005.

16. Jones, R. G. (1969). A factored measure of Ellis's irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 29(11- B), 4379–4380.
17. Abbasi A, shamsizadeh M, asayesh H, rahmani H, hoseini S A, talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. *IJPN*, 2013; 1 (3) :62-71.
18. Fikri M. Investigating the effectiveness of a metacognitive training program on anxiety symptoms in mothers of students with specific learning disabilities. Master's thesis. Islamic Azad University, Tehran Branch, 2019.
19. Goodarzi N, Mohammadi Shahboulaghi F, Rahgoi A, Biglarian A. Prediction of Depression, Anxiety and Stress in Familial Observers of Patients with Dementia Based on Family Performance. *IJRN*, 2018; 4 (2) :44-52.
20. Tsaousis C, Nikolaou I, et al. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2012;21(1):54-63.

Original Article

The effectiveness of metacognitive therapy on excessive worry accompanied by anxiety and caregiving stress in family caregivers of patients with Alzheimer's disease

Received: 28/03/2025 - Accepted: 13/06/2025

Faezeh Ahmadi¹
Masoumeh Hashemi^{2*}
Mehryar Anasseri³
Mobina Moradinezhad⁴

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

^{*2} Department of Midwifery, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran. (Corresponding author)

³ Department of Psychology, Ash.C., Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

⁴ Department of Clinical and Health Psychology, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran.

Email: Hashemi2024@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: In today's world, Alzheimer's disease is one of the major challenges for public health. Caring for patients with this disease puts a lot of pressure on family caregivers. In this regard, paying attention to effective strategies to reduce caregiving pressure and improve the mental state of caregivers is of great importance. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy on hyper-worrying accompanied by anxiety and caregiving pressure of family caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Methods: This study was conducted using a quasi-experimental method with a two-group pre-test-post-test design. The statistical population of this study included all family caregivers of patients with Alzheimer's disease in Arak. Among them, caregivers who had referred to the Alzheimer's Association of Markazi Province in 1403 were selected. In this study, 24 caregivers were selected using purposive non-random sampling and randomly divided into two experimental and control groups (12 in each group). The research instruments included Jones' irrational beliefs, Novak's and Gast's caregiving stress questionnaires. The experimental group participated in 12 90-minute sessions of metacognitive therapy, while the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance.

Results: The results showed that metacognitive therapy had a significant effect on reducing anxiety-related hyper-worry and improving caregiving stress in the experimental group compared to the control group. $P < 0.05$

Conclusion: Based on the results of the study, psychotherapists can use metacognitive therapy to improve anxiety-related hyper-worry and caregiving stress in family caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Conclusion: Health literacy and self-care training reduced the symptoms of fasting blood glucose in patients with type 2 diabetes. The results of this study can help the patient to prevent, reduce mortality, reduce the need for drugs and medical centers and facilitate the services of medical staff and physicians and health psychologists. In this research, due to limitations such as corona virus, it was not possible to access other centers, so it is suggested that further studies be done with other variables and other centers.

Keywords: Metacognitive therapy, anxiety-related hyperactivity, caregiving stress, Alzheimer's patients

Acknowledgement: There is no conflict of interest