

## بررسی تأثیر فراشناخت درمانی گروهی بر اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری

کبری شاهی<sup>۱</sup>، محمد مرادی بگلوئی<sup>۲\*</sup>، محمد ابراهیم ساریچلو<sup>۳</sup>، محمود علیپور<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران  
<sup>۲</sup> عضو هیئت علمی، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران  
<sup>۳</sup> عضو هیئت علمی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران  
<sup>۴</sup> عضو هیئت علمی، گروه آمار و علوم حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران  
 \* نویسنده مسئول: محمد مرادی بگلوئی، کارشناس ارشد، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. ایمیل: baglooei@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۰۳

### چکیده

**مقدمه:** اسکیزوفرنی یک اختلال شدید و ناتوان کننده است که در کنار تأثیرات منفی این بیماری بر خود فرد، تأثیرات منفی فراوانی بر مراقب اصلی این بیماران می‌گذارد و می‌تواند موجبات اضطراب را در آنان فراهم آورد. درمان فراشناختی به عنوان یکی از درمان‌های مؤثر برای طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی مورد تأیید قرار گرفته است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بود.

**روش کار:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. از میان کلیه مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری شده در بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین، ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و در نهایت با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۲۳ نفر) و کنترل (۲۲ نفر) تقسیم‌بندی شدند که با ریزش سه نفر از گروه مداخله تعداد هر کدام از گروه‌ها به ۲۰ نفر تقلیل یافت. گروه مداخله طی ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله ۶ روز تحت مداخله فراشناختی و لز قرار گرفتند و در این مدت برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله درمانی انجام نگرفت. پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اسپیلبرگر به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس مختلط بین-درون آزمودنی‌ها (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین اضطراب صفت-حالت در گروه مداخله، پس از مداخله درمانی فراشناختی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش پیدا کرده است ( $P < 0/01$ ). این نتایج بیانگر آن است که آموزش فراشناخت درمانی گروهی در بهبود اضطراب اثربخش بوده و در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، اضطراب گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین بین میانگین نمره اضطراب گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P < 0/05$ )، که نشان دهنده تداوم اثربخشی این درمان تا مرحله پیگیری بود.

**نتیجه گیری:** مراقبین بیماران اسکیزوفرنی که تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، نمره اضطراب پایین‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند. بنابراین نتایج حاکی از این است که این درمان باعث کاهش اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود.

**واژگان کلیدی:** اضطراب، درمان فراشناختی، اسکیزوفرنی، مراقبین

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته به این بیماری اختصاص دارد (۱). اسکیزوفرنی نوعی بیماری هتروژن و بدون هیچ نشانه مشخص است که تشخیص افراد مبتلا از طریق مصاحبه و برخوردهای مکرر با افرادی که

از جمله اختلال‌های شایع روان‌پزشکی که یک مشکل جدی بهداشت عمومی است، بیماری اسکیزوفرنی بوده که حدود یک درصد از مردم جهان به آن مبتلا هستند و حدود یک و نیم تا سه درصد کل هزینه‌های

تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد (۲۲، ۲۳). در واقع این مدل پیشنهاد می‌کند که افکار و احساسات منفی گذرا هستند، مگر اینکه یک فرد به آن افکار و احساسات منفی با سبک تفکر خاصی پاسخ دهد (۱۵). الگوی فراشناختی یک چهارچوب فراشناختی عمومی را در مفهوم آسیب‌پذیری، ایجاد و حفظ اختلالات روانی فراهم می‌کند. این الگو نشان می‌دهد که اختلالات روانی از طریق الگوهای پایدار تفکر (نگرانی یا نشخوار)، راهکارهای مراقبت مرتبط با نظارت و تهدید، اجتناب و سرکوب اندیشه‌ها ایجاد می‌شود (۲۴) که این اشکال آسیب‌شناختی مربوط به سبک تفکری به نام سندرم شناختی- توجهی است. این الگو اشاره به افزایش تفکرات و رفتارهای ناکارآمد و کاهش انعطاف‌پذیری توجه دارد که باعث می‌شود که شخص کنترل کمی بر روی افکار و احساسات منفی خود داشته باشد (۲۵). مدل فراشناختی اختلال اضطرابی جهت تنظیم باورهای فراشناختی نادرست منفی، باورهای فراشناختی مثبت و استراتژی‌های کنترل افکار غیرسودمند تلاش می‌کند. در این روش بیماران باید راه‌های جدید ارتباط برقرار کردن با افکار درونی را یاد بگیرند و از انجام پدازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری جلوگیری نمایند (۱۸). در درمان فراشناختی، روشی به نام آموزش توجه برای کاهش نشخوار فکری و نگرانی، افزایش کنترل انعطاف‌پذیری توجه و افزایش آگاهی فراشناختی مطرح شده و نتایج مطالعات اولیه، در استفاده از این روش امیدوارکننده بودند (۲۶). نتایج معدودی در اثربخشی درمان فراشناختی در مراقبین بیمار مبتلا به اختلالات روانی و بخصوص اسکیزوفرنی در دسترس است و اکثر پژوهش‌ها به اثربخشی این درمان در درمان اضطراب و افسردگی خود بیماران توجه نموده‌اند. با این حال، ایلماز و همکاران در پژوهش خود با هدف بررسی فراشناخت در پیشرفت نشانه‌هایی از اضطراب و افسردگی در ۱۷۲ دانشجوی مضطرب نشان دادند که باورهای فراشناختی منفی مرتبط با کنترل‌ناپذیری، خطر و نگرانی پیش‌بینی کننده معنادار اضطراب و افسردگی بوده است (۲۷). فیش و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر طیف وسیعی از اختلالات روانی در بزرگسالان و افراد جوان مبتلا به سرطان و مراقبان آن‌ها، دوازده مراقب را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی ارتباط معناداری با کاهش اضطراب، افسردگی و علائم تروما دارد (۱۵). مطالعه‌ای توسط کانلی با هدف ارزیابی مقطعی سهمی از فراشناخت به عنوان شکل خاصی از تفکر و شناخت در درمان اختلالات اضطراب اجتماعی در دانشگاه لنکشاير انگلستان انجام شد. نتایج نشان داد که فراشناخت رابطه مثبتی با اضطراب اجتماعی دارد و باورهای فراشناختی، نقش مهمی در درمان اختلالات اضطراب اجتماعی مستقل از شناخت ایفا می‌کند (۲۸). نتایج مطالعه نورمن و همکاران با هدف اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال روانی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی بسیار مؤثر است و میزان اضطراب و افسردگی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل بر اثر دریافت درمان فراشناختی به مراتب کاهش یافته بود (۲۵). پژوهش ولز و کینگ با هدف بررسی درمان فراشناختی بر اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. روش پژوهش براساس مدل تجربی بود و نتایج نشان داد که درمان فراشناختی به طور معناداری بر علائم اضطراب تأثیر داشته و بعد از

دچار توهم و هذیان و دیگر اختلالات فکری هستند انجام می‌گیرد (۲). با توجه به مزمن بودن اسکیزوفرنی که تقریباً تمام جنبه‌های زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در درمان آن سه هدف عمده پیگیری می‌شود: ۱: کاهش و یا از بین بردن علائم، ۲: به حداکثر رساندن کیفیت زندگی و عملکرد انطباقی و ۳: ترویج و حفظ بهبود اثرات ناتوان کننده بیماری به حداکثر میزان ممکن (۳). یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی نیز توجه به نقش اعضای خانواده در مراقبت از اختلالات روانی است (۴). فرآیند بیماری اسکیزوفرنی به گونه‌ای است که بیماران را دچار آسیب‌های متعدد در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی می‌نماید و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم زیاد متعاقب بستری‌های مکرر، نیاز به حمایت طولانی‌مدت روانی-اجتماعی و کاهش مادام‌العمر بهره‌وری (۵) می‌تواند اثرات نامطلوبی بر خانواده‌ها و مراقبان اصلی این بیماران بر جای گذارد و سایر اعضای خانواده را در موقعیت ناراحت کننده و تأسفاوری قرار دهد (۶). مراقبین افراد مبتلا به بیماری روانی مانند اسکیزوفرنی، در پاسخ به علایم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه و بیمارستان عمدتاً با چالش‌هایی مانند مراقبت روزانه، دگرگونی‌های مرتبط با نقش و تغییر مسئولیت در خانواده مواجه می‌شوند. همچنین تغییر در درک آن‌ها از معنای زندگی و مقابله با بیماری ایجاد می‌شود. به طور کلی تجربه بیماری عمیقاً سلامت روانی و جسمانی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد به نحوی که به آن‌ها بیماران پنهان می‌گویند (۷). از جمله این مشکلات روان‌شناختی که مراقبین افراد بیمار ممکن است تجربه کنند، اضطراب است. استیل و همکاران میزان علائم اضطراب و افسردگی را در اعضای خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال روانی بین ۴۰ تا ۵۵ درصد گزارش کرده‌اند (۸). همچنین میزان استرس در این افراد بین ۱۲ تا ۵۹ درصد (۹) و اضطراب در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (۱۰). میزان اضطراب و استرس در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی نیز به ترتیب ۳۴/۳ و ۲۵/۸ درصد گزارش شده است (۱۱). اضطراب یکی از پدیده‌های مهم روانی است که تمام زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲) و با علائمی نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده همراه است (۱۳).

بنابراین با توجه به وجود مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب در مراقبین افراد بیمار اسکیزوفرنی، برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش اضطراب و کاهش بار روانی مراقبین خانوادگی داشته باشد، تا از همین طریق زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم نموده و هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین را ارتقاء بخشد (۱۴). یکی از مدل‌های مهم در درمان طیف وسیعی از اختلالات هیجانی، درمان فراشناختی است (۱۵). فراشناخت نخستین بار توسط فلاول (۱۶) مطرح گردید و به کاربرد شناخت درباره شناخت اشاره داشته است (۱۷). همچنین فراشناخت نقش مهمی در شکل‌گیری و توسعه اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (۱۸، ۱۹). درمان فراشناختی نخستین بار توسط ولز (۲۰) به عنوان رویکرد توسعه یافته‌تری از درمان شناختی- رفتاری (CBT: Cognitive-Behavioral Therapy) ارائه شد (۲۱). درمان فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی‌های هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخدهی به

اجرای درمان فراشناختی ۸۷/۵ درصد و در ۶ ماه و ۱۲ ماه پیگیری، ۷۵ درصد از علائم این بیماران بهبود یافته است (۲۹).

پژوهش صادقی و همکاران نیز با هدف بررسی سیستماتیک درمان فراشناختی در درمان اختلالات اضطرابی نشان داد که درمان فراشناختی یک درمان مؤثر در کنترل مشکلات روان‌شناختی و اضطرابی افراد بوده است (۱۸). در پژوهش قهوه‌چی حسینی و همکاران با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی در کاهش علائم اضطرابی و فرانگرانی در نمونه‌ای از دانشجویان، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین ۳ گروه در میزان اضطراب وجود دارد و درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی در کاهش علائم اضطراب و فرانگرانی داشت (۳۰). وکیلی و همکاران، پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در بیماران اختلال تنیدگی پس از سانحه انجام دادند. این بررسی یک مطالعه تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه بود که بر روی ۳ آزمودنی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی به کاهش نشانه‌های اختلال، کاهش اضطراب و افسردگی و ناراحتی کلی منجر شد. به طور کلی این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی در درمان اختلال تنیدگی پس از سانحه مؤثر است (۳۱). منظمی تبار و همکاران در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی مداخله‌های فراشناختی بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. روش پژوهش کارآزمایی بالینی بود و نتایج نشان داد که مداخله‌های فراشناختی در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر هستند (۳۲). در کشور ما جهت مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال روانی مزمن مانند اسکیزوفرنی، خانواده نقش محوری و مهمی را ایفا می‌کند. مراقبین این بیماران در خانه برای مراقبت و درمان بیماران خود، نیازهای پیچیده‌ای دارند که وضعیت سلامتی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به همین دلیل ارزیابی وضعیت سلامتی عضو مراقبت کننده نیازمند توجه بیشتری است. لذا استفاده از روش‌های درمانی برای کمک به این افراد امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. همچنین با توجه به مرور پیشینه پژوهشی، هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، نپرداخته است که در این پژوهش تلاش می‌شود این خلاء پژوهشی تکمیل شود. به این ترتیب مسأله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا فراشناخت درمانی گروهی در میزان اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی تأثیر معناداری دارد؟ بنابراین هدف کلی این پژوهش تعیین تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری شده در بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین در سال ۹۵ بود.

## روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش همه مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری شده در بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین می‌باشد که از ابتدای سال ۱۳۹۵ تا انتهای آذر ماه سال ۹۵ به این بیمارستان مراجعه کرده بودند، که تعداد ۲۱۳ نفر برآورد شدند، و با توجه به واریانس و میانگین قبل و بعد از مداخله در مطالعات قبلی و با در نظر گرفتن میزان ریزش ۲۰ درصد، ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای انتخاب این تعداد نمونه، از بین

جامعه آماری، لیستی از بیماران اسکیزوفرنی بستری شده در بیمارستان ۲۲ بهمن از ابتدای سال ۹۵ تهیه شده، و از ابتدا با توجه به شماره پرونده بیمار، شماره‌گذاری شروع شد؛ بدین صورت که شماره ۱ به مراقب اولین بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بستری شده در این بیمارستان در سال ۹۵ تعلق گرفت و سپس شماره‌ها را روی کاغذهای یک شکل و یک اندازه نوشته و در یک جعبه ریخته و پس از اختلاط کامل، تعداد ۶۰ نمونه از مراقبین این بیماران انتخاب شدند. با توجه به پرونده بیماران، با فراخوان تلفنی و بعد از توضیحات اولیه در مورد این طرح، از افرادی که تمایل به همکاری داشته و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، تعداد ۵۳ نفر انتخاب شدند. سپس پرسشنامه اضطراب صفت- حالت به عنوان پیش‌آزمون بر روی این تعداد افراد اجرا شد، و بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و بررسی پاسخ‌ها مشخص شد که تعداد ۴۵ نفر نمرات ۴۳ و بالاتر در هریک از زیرمقیاس‌های حالت و صفت کسب کرده‌اند، و دارای اضطراب متوسط به بالا هستند. در نهایت از این تعداد به صورت تصادفی ۲۳ نفر به عنوان گروه آزمایشی و ۲۲ نفر به عنوان گروه کنترل در پژوهش شرکت داده شدند. در طول مدت جلسات درمانی تعداد ۳ نفر از گروه آزمایشی با توجه به ملاک‌های خروج از پژوهش، حذف شدند، و با توجه به این تعداد، تعداد گروه کنترل نیز با آن همسان شد و به ۲۰ نفر تقلیل یافت. شرط ورود به مطالعه، دارا بودن نقش اصلی در مراقبت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی به مدت حداقل ۶ ماه، تمایل به همکاری و پاسخگویی به پرسشنامه اضطراب صفت- حالت اسپیلبرگر و کسب نمرات ۴۳ و بالاتر در هریک از مقیاس حالت و صفت (اضطراب متوسط به بالا)، داشتن سن بین ۶۰-۱۸ سال، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی و نداشتن بیماری‌های جسمی مزمن، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و الکل، عدم سابقه سوءمصرف مواد مخدر، داشتن سواد حداقل متوسط می‌باشد. ضمناً قرار گرفتن افراد تحت درمان‌های غیر دارویی دیگر جهت کاهش اضطراب، استفاده همزمان از روش‌های دیگر کاهش اضطراب در بین جلسات درمانی، عدم تمایل به همکاری مراقب بیمار در طول مداخله و همینطور زمانی که عوامل اضطراب‌زای جدید در فرآیند مداخله ایجاد شود و مراقب در یک ماه گذشته عوامل اضطراب‌زای شدید داشته باشد، از ملاک‌های خروج در پژوهش حاضر می‌باشند. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسولین بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین، افراد نمونه انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری اضطراب از پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (STAI: State and Trait Anxiety Inventory): استفاده گردید. مقیاس اضطراب حالت- صفت شامل ۴۰ جمله است که در یک طیف لیکرت از ۱- خیلی کم تا ۳- زیاد ۴- خیلی زیاد، اندازه‌گیری می‌گردد. اسپیلبرگر و گروش، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های اضطراب حالت و اضطراب صفت را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰، همچنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب حالت از ۰/۱۶ تا ۰/۸۶ و برای مجموع، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را گزارش کرده‌اند (۳۳). نسخه فارسی اسپیلبرگر به لحاظ پایایی دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ مقیاس اضطراب آشکار و پنهان است (۳۴). در این پژوهش، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله ۶ روز با روش درمانی فراشناختی و لز تحت آموزش قرار گرفت، در حالی که افراد گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. جزئیات مداخله در گروه درمان فراشناختی به تفکیک جلسات به شرح زیر بود. در جلسه اول، پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف درمان فراشناختی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد فراشناختی صورت‌بندی شد. همچنین تمرین اجرای آزمایش فرونشانی فکر،

محل سکونت ۳۲ نفر (۸۰٪) در شهر و ۸ نفر (۲۰٪) در روستا بود. همچنین از میان آنان ۱ نفر (۳٪/۵) کارگر، ۱۴ نفر (۳۵٪) کارمند، ۱۸ نفر (۴۵٪) خانه‌دار و ۷ نفر (۱۷٪/۵) دارای شغل آزاد بودند. در مورد طول زمان مراقبت از بیمار، ۸ نفر (۲۰٪) ۶ ماه تا ۱ سال، ۱۳ نفر (۳۲٪/۵) ۱ تا ۳ سال، ۶ نفر (۱۵٪) ۳ تا ۶ سال و ۱۳ نفر (۳۲٪/۵) به مدت ۶ سال و بالاتر از بیمار خود مراقبت می‌کردند. در **جدول ۱** شاخص‌های آماری میانگین و انحراف استاندارد اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. طبق این یافته‌ها، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب  $(M = ۶۹/۹۵ \pm ۸/۲۳۶)$ ،  $(M = ۷۴/۹۵ \pm ۷/۲۵۸)$ ، میانگین نمره اضطراب گروه آزمایشی از میانگین اضطراب گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب  $(M = ۱۰۷/۳۸ \pm ۱۱۹/۹۵)$ ،  $(M = ۹۶/۹۹ \pm ۱۱۷/۳۵)$  کمتر است.

طبق **جدول ۲** نتایج نشان داد که اندازه‌گیری‌های نمره اضطراب در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری با هم دارند. به عبارتی، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در نمره اضطراب تفاوت معناداری بدست آمد  $(\text{Eta square} = ۰/۹۰۸)$ .  $(P < ۰/۰۱)$ . همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در اضطراب تفاوت معناداری مشاهده شد  $(\text{Eta square} = ۰/۸۷۹)$ ،  $(P < ۰/۰۱)$ . آزمون چندمقیاسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، میزان اضطراب گروه‌های درمانی (آزمایش) به طور معناداری تغییر کرد. **جدول ۳** نشان می‌دهد که بین نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در نمره اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد  $(F(۱, ۳۸) = ۱۹۳/۲۷۷)$ ،  $\text{Eta square} = ۰/۸۳۶$ ،  $(P < ۰/۰۱)$ . این نتایج بیانگر این است که آموزش فراشناخت درمانی گروهی در بهبود اضطراب اثربخش بوده است و در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، اضطراب گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافت. برای بررسی دو به دو تفاوت معنادار بین سه نمره اضطراب مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تعقیبی L.S.D استفاده شد که نتایج آن در **جدول ۴** نشان داده شده است. نتایج **جدول ۴** نشان می‌دهد که در سطح  $(P < ۰/۰۱)$  میانگین‌های گروه آزمایش و گروه کنترل به طور معناداری متفاوت بوده است و میانگین نمره اضطراب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمره اضطراب گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد  $(P > ۰/۰۵)$ .

ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی به مراجعان داده شد و به آن‌ها تکالیفی در زندگی روزانه ارائه شد. در جلسه دوم، تمرین به تعویق انداختن نگرانی، نگران شدن در زمان خاص و آزمایش از دست دادن کنترل و تکالیفی در زندگی روزانه ارائه شد. در جلسه سوم، تمرین ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیر انطباقی و رفتارهای اجتنابی و تکالیف مرتبط ارائه شد. در جلسه چهارم، تمرین تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی و آزمایش دیوانه شدن (going crazy) و تکالیفی ارائه شد. در جلسه پنجم، تمرین آسیب زدن با نگرانی به بدن و اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر در جلسه درمان و تکالیفی ارائه شد. در جلسه ششم، تمرین آسیب زدن با نگرانی به بدن و تکالیف مرتبط ارائه شد. در جلسه هفتم، تمرین استفاده از تکنیک مزایا و معایب نگرانی، راهبرد عدم تناسب نگرانی (گذشته‌نگر و آینده‌نگر) و تکالیف مرتبط؛ در جلسه هشتم، تمرین اجرای راهبرد عدم تناسب نگرانی و آزمایش تعدیل نگرانی و تکالیف آزمایش تعدیل نگرانی ارائه شد. در جلسه نهم تمرین اجرای راهبرد عدم تناسب نگرانی در جلسه درمان و تکالیف نوشتن برگه خلاصه درمان؛ و در جلسه دهم، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن و تکالیف مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان ارائه شد **(۲۵)**. به منظور رعایت مسائل اخلاقی، بعد از دریافت مجوز و کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی قزوین با شناسه IR.QUMS.REC.۱۳۹۵.۱۷۳ ابتدا به کلیه نمونه‌های پژوهش درباره هدف و نحوه پژوهش توضیحات لازم داده شد. از افراد حاضر در پژوهش رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی رعایت خواهد شد. همچنین مشارکت آنان در پژوهش به صورت داوطلبانه بود، به طوری که در هر مرحله از تحقیق می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. لازم به ذکر است که داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط بین-درون آزمودنی‌ها (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۴۰ مراقب بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی با میانگین سنی ۳۹/۷۰ و انحراف معیار ۱۱/۲۴۴ بودند. از میان آنان ۲۷ نفر زن (۶۷٪/۵) و ۱۳ نفر مرد (۳۳٪/۵) بودند. همچنین از میان آنها ۷ نفر مجرد (۱۷٪/۵)، ۳۲ نفر متأهل (۸۰٪) و تنها ۱ نفر مطلقه (۳٪/۵) بودند. علاوه بر آن ۱۳ نفر دارای تحصیلات متوسطه (۳۳٪/۵)، ۱۵ نفر دیپلم (۳۷٪/۵)، ۴ نفر فوق دیپلم (۱۰٪) و ۸ نفر (۲۰٪) فوق لیسانس و بالاتر بودند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سه بار اندازه‌گیری نمره اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پی‌گیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		میانگین
اضطراب							
آزمایش	۲۰	۱۰۳/۷۰	۹/۲۰۶	۶۹/۹۵	۸/۲۳۶	۷۴/۹۵	۷/۲۵۸
کنترل	۲۰	۱۲۱/۴۰	۹/۳۷۲	۱۱۹/۹۵	۱۰/۷۳۸	۱۱۷/۳۵	۹/۴۹۹
کل	۴۰	۱۱۲/۵۵	۱۲/۸۲۲	۹۴/۹۵	۲۷/۰۲۳	۹۶/۱۵	۲۳/۰۳۵

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (ویلیکس لامبدا) با اندازه گیری‌های مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل در نمره اضطراب

تأثیر بین گروهی فراشناخت درمانی	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	Sig	مجدور Eta Squ. اتا
عامل اضطراب	۱۸۳/۵۱۹	۲	۳۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰۸
تعامل اضطراب و گروه	۱۳۴/۹۲۳	۲	۳۷	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷۹

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها با اندازه گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری اضطراب در گروه‌های آزمایشی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات SS	Df	میانگین مجذورات MS	F	Sig	مجدور Eta Squ. اتا
گروه	۴۰۴۰۶/۷۰۰	۱	۴۰۴۰۶/۷۰۰	۱۹۳/۲۷۷	۰/۰۰۰۵	۰/۸۳۶
خطا	۷۹۴۴/۳۳۳	۳۸	۲۰۹/۰۶۱			

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی L.S.D جهت بررسی دو به دو تفاوت معنادار بین سه نمره اضطراب مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و کنترل

اضطراب	زمان (i)	زمان (j)	تفاوت میانگین (i-j)	خطای استاندارد	Sig
پیش آزمون	پس آزمون	۱۷/۶۰۰	۱/۰۱۴	۰/۰۰۰۵	
پیش آزمون	پیگیری	۱۶/۴۰۰	۱/۰۰۲	۰/۰۰۰۵	
پس آزمون	پیش آزمون	-۱۷/۶۰۰	۱/۰۱۴	۰/۰۰۰۵	
پس آزمون	پیگیری	-۱/۲۰۰	۰/۹۹۴	۰/۲۳	
پیگیری	پیش آزمون	-۱۶/۴۰۰	۱/۰۰۲	۰/۰۰۰۵	
پیگیری	پس آزمون	۱/۲۰۰	۰/۹۹۴	۰/۲۳	

## بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری شده در بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین در سال ۹۵ انجام شد. نتایج نشان داد که فراشناخت درمانی گروهی باعث کاهش اضطراب صفت- حالت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است؛ به عبارت دیگر نتایج نشان داد که مداخله فراشناختی گروهی در کاهش علایم اضطراب صفت- حالت مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مؤثر بوده و این نتایج تا دو ماه پس از درمان نیز تداوم داشت. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های نورمن و همکاران، ولز و کینگ، فیشر و همکاران، صادقی و همکاران و همچنین قهوه‌چی حسینی و همکاران که به ترتیب اثربخشی این درمان را بر اختلالات اضطرابی و افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر و علائم اضطرابی و فرانگرانی نشان داده‌اند، هم‌خوانی دارد (۱۵، ۱۸، ۲۵، ۲۹، ۳۰). برای نمونه نتایج پژوهش ولز و کینگ روی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که درمان فراشناختی به طور معناداری بر علایم اضطراب تأثیر داشته و بعد از اجرای درمان فراشناختی ۸۷/۵ درصد و در ۶ ماه و ۱۲ ماه پیگیری، ۷۵ درصد از علائم این بیماران بهبود یافته است (۲۹). نتایج پژوهش صادقی و همکاران نیز با هدف بررسی سیستماتیک درمان فراشناختی در درمان اختلالات اضطرابی نشان داد که درمان فراشناختی یک درمان مؤثر در کنترل مشکلات روان‌شناختی و اضطرابی افراد بوده است (۱۸). در پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فراورهای مثبت و منفی فرد، به چالش کشیدن باورهای فراشناختی

منفی در ارتباط با کنترل‌ناپذیری نگرانی، خطرناک بودن نگرانی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی و همچنین تقویت طرح‌های جدید به جای فرآیند نگرانی و پیشگیری از عود، باورهای ناکارآمد فرد در مورد اضطراب کاهش یابد. تلویحات بالینی از یافته‌های پژوهش حاضر به ما نشان می‌دهد درمان فراشناختی به مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی این فرصت را می‌دهد که به گونه مؤثر با باورهای ناکارآمد خود در حوزه اضطراب روبه‌رو شوند. درمان‌های فراشناختی بدون توجه به محتوای اختلال، صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می‌کنند (۳۶).

اضطراب نیز در دیدگاه فراشناختی تنها یک پیامد بیمارگونه نیست، بلکه شیوه‌ای برانگیخته شده و فعال برای ارزیابی و مقابله با تهدید ایجاد شده توسط باورهای افراد است و اختلال‌های اضطرابی پیامد باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می‌شوند (۳۷). با توجه به هدف فراشناخت درمانی که کنترل بیشتری بر جریان افکار، به ویژه در موقعیت‌های تحریک‌کننده اضطرابی که باعث آسیب پردازش اطلاعات طبیعی می‌شود، به وجود می‌آورد، به نظر می‌رسد که این درمان می‌تواند از طریق اصلاح باورهای فراشناختی و تسهیل پردازش اطلاعات، فرصتی را فراهم کند که بیماران به طور صحیح و مؤثر با باورهایشان درباره شرایط فشارزای خود مواجه شوند (۱۸). کاهش اضطراب توسط درمان فراشناختی گروهی را می‌توان اینگونه تبیین کرد که در درمان فراشناختی به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد اضطراب و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد (۳۸). رویکرد درمانی فراشناخت با هدف قرار دادن عوامل زیربنایی اضطراب، علایم و نشانه‌ها که در واقع خروجی این عوامل هستند را به حد طبیعی می‌رساند. در فراشناخت درمانی گروهی طی تک تک جلسات بر نقش

اضطراب در مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار داده است که به طور کلی با توجه به نتایج به دست آمده، درمان فراشناختی به عنوان شیوه روان‌درمانی مکمل می‌تواند برای کاهش اضطراب این افراد به کار گرفته شود. در این راستا پیشنهاد می‌شود پژوهش در مراکز درمانی دیگر و روی نمونه بزرگتر هم انجام گیرد. با توجه به مراقبت مستمر و طولانی‌مدت از بیماران که احتمال عود اضطراب در مراقبین دور از انتظار نیست، پیشنهاد می‌گردد دوره‌های پیگیری در پژوهش‌های بعدی طولانی‌تر در نظر گرفته شود. با توجه به کمبود پیشینه پژوهشی در بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری جهت تعمیم‌پذیری بهتر نتایج صورت پذیرد. از آنجایی که مطالعه حاضر تنها بر روی مراقب اصلی بیمار انجام گرفته است و از آنجایی که درک تک تک افراد خانواده در مورد میزان فشار روحی روانی با همدیگر متفاوت است، لذا پیشنهاد می‌گردد بررسی مشابهی بر روی کلیه اعضای خانواده بیمار انجام گردد. پیشنهاد می‌گردد اثربخشی درمان فراشناختی بر روی مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به تأثیر درمان فراشناختی در کاهش اضطراب مراقبین، باید روان‌شناسان بالینی و متخصصان در زمینه روش‌های درمانی مؤثر به این روش توجه نمایند. با کمک به مراقبین جهت افزایش استفاده از روش مذکور می‌توان این امیدواری را داشت که مراقبین بهتر بتوانند محرک‌های اضطراب‌آوری را که عموماً ذهنی هستند، کنترل کرده و اضطراب خود را کاهش دهند.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان پرستاری است. در پایان از کلیه مسئولین بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین و شرکت کنندگان محترم در این پژوهش که نهایت همکاری را مبذول داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد

فراشناخت‌ها در شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی تأکید می‌گردد. این درمان با کمک به آسان نمودن تغییر باورها و تفکرات و جلوگیری از درگیری فرد با محتوای تفکر موجب کاهش اضطراب می‌شود (۳۹). در حقیقت فراشناخت درمانی با آموزش تغییر توجه از محرک اضطراب‌آور به سایر محرک‌ها و به تعویق انداختن نگرانی به‌طور موقت باعث کاهش اضطراب می‌شود و استفاده مداوم از این دو راهکار به‌طور دائم اضطراب را کاهش می‌دهد. از آنجا که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کاهش علائم اضطراب توسط درمان فراشناختی در پیگیری نیز پایدار بود، می‌توان این احتمال را داد که کنترل درمان فراشناختی به مراقبین کمک کرده است، ارتباط جدیدی با افکار اضطرابی خود برقرار کنند و آن‌ها را قادر نموده تا فراشناخت‌های منفی خود را در ارتباط با بیماری اسکیزوفرنی و مراقبت از بیمار خود تغییر دهند. هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود، اما مهم‌ترین محدودیت این پژوهش، نمونه‌گیری محدود به بخش‌های اورژانس و بخش زنان و مردان بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین بود که باید در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین انتخاب جمعیت مورد پژوهش تنها از بین مراقبین بیمار اسکیزوفرنی، تعمیم‌پذیری این نتایج را به جمعیت‌های دیگر محدود می‌سازد. محدود کردن پژوهش بر روی مراقب اصلی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و عدم توجه به دیگر اعضای خانواده بیماران، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین وجود مرحله پی‌گیری کوتاه‌مدت (۲ ماهه) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. کمبود پیشینه پژوهشی در مورد تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از دیگر محدودیت‌ها می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که که درمان فراشناختی باعث کاهش معنادار اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شده است. لذا می‌توان گفت این روش درمانی، جزء روش‌های مؤثر در کاهش اضطراب بوده و قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد. همچنین پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که درمان فراشناختی گروهی ولز را بر روی علائم

## References

- Altamura C, Fagiolini A, Galderisi S, Rocca P, Rossi A. Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care. *J Psychopathol*. 2014;20:223-43.
- Nouri Deloei M, Alizadeh F. Genetic varieties of susceptible genes of schizophrenia and their roles in the disease progression. *Med Sci J Islamic Azad Univ*. 2014;24(2):61-8.
- Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2 Suppl):1-56. [PMID: 15000267](#)
- Shamsai F, Mohammadkhan Kermanshahi S, Vanaki Z. Meaning of health from the viewpoint of family members who take care of patients with bipolar disorder: A qualitative study. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012;22(90):52-65.
- Nadem Boeini M, Ramezani T, Khodadadi N, Mousavi Lotfi S, Haghdost A, Yeganeh M. Attitudes of caregivers of patients with schizophrenia towards taking care of their patients at home. *J Holist Nurs Midwifery*. 2013;23(69):54-62.
- Chime N, Malakoti S, Pennaghi L, Ahmadabadi Z, Nojomi M, Ahmadi Tonekaboni A. Factors affecting burnout and mental health among caregivers of patients with schizophrenia. *J Fam Res*. 2008;4(15):277-92.
- Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):359-65. [DOI: 10.1177/070674370404900604](#) [PMID: 15283530](#)

8. Steele A, Maruyama N, Galyunker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *J Affect Disord.* 2010;121(1-2):10-21. DOI: [10.1016/j.jad.2009.04.020](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.020) PMID: [19443040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19443040/)
9. Hauser JM, Kramer BJ. Family caregivers in palliative care. *Clin Geriatr Med.* 2004;20(4):671-88, vi. DOI: [10.1016/j.cger.2004.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.003) PMID: [15541619](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15541619/)
10. Hudson PL, Thomas K, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(3):522-34. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006) PMID: [21123026](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21123026/)
11. Radmanesh M. [Examining and comparing the burden imposed on families of patients with schizophrenia and bipolar disorder in the psychiatric center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2014.
12. Kumar G, Athilakshmi R, Maharishi R, Maya R. Relationship between Fear of Negative Evaluation and Anxiety. *Int J Indian Psychol.* 2015;3(1):74-80.
13. Saduk B, Saduk V. [Summary of psychiatry]. Tehran: Arjmand Publication; 2010.
14. Mojarad Kahani A, Ghanbari Hashemabadi B, Modarres Gharavi M. The effectiveness of mental group training interventions in improving quality of life and quality of relations in families of patients with bipolar disorder. *Res Behav Sci.* 2012;10(2):114-23.
15. Fisher PL, McNicol K, Young B, Smith E, Salmon P. Alleviating Emotional Distress in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: An Open Trial of Metacognitive Therapy. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2015;4(2):64-9. DOI: [10.1089/jayao.2014.0046](https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0046) PMID: [26812553](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26812553/)
16. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol.* 1979;34(10):906-11. DOI: [10.1037/0003-066x.34.10.906](https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.906)
17. Hjemdal O, Hagen R, Nordahl HM, Wells A. Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. *Cogn Behav Pract.* 2013;20(3):301-13. DOI: [10.1016/j.cbpra.2013.01.002](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.01.002)
18. Sadeghi R, Mokhber N, Asgharipoor N. A systematic review and meta-analysis on therapeutic characteristics of metacognitive therapy in anxiety disorders. *J Res Med Sci.* 2015;2(9):901-9.
19. Pournamdarian S, Beerashk B, Asgharnejad Farid A. Explaining the contribution of metacognitive beliefs to predict symptoms of depression, anxiety, and stress in nurses. *J Knowledge Res Appl Psychol.* 2012;13(3):86-94.
20. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Wiley: Chi Chester, UK 1997.
21. Simons M. Anders denken – Metakognitive Therapie für Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörung: Ein Behandlungsplan. *Verhaltenstherapie.* 2012;22(4):259-67. DOI: [10.1159/000345228](https://doi.org/10.1159/000345228)
22. Wenn J, O'Connor M, Breen LJ, Kane RT, Rees CS. Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2015;5(12):e007221. DOI: [10.1136/bmjopen-2014-007221](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007221) PMID: [26646828](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26646828/)
23. Lashni A, Bahrami F, Eidi Baigi M, Turk M. Examining and comparing metacognitive therapy and family therapeutic therapy on social functioning of bipolar patients. *J Res Behav Sci.* 2015;13(2):208-14.
24. Pichler M. The effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on the clinical signs of women with breast cancer in Medan city. *Bulet Teknol Tanaman.* 2012;9:26-32.
25. Normann N, van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety.* 2014;31(5):402-11. DOI: [10.1002/da.22273](https://doi.org/10.1002/da.22273) PMID: [24756930](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24756930/)
26. Hashemi Z, Aliloo M, Hashemi Nosratabad T. The Effectiveness of Meta Cognitive Therapy on Major Depression Disorder: A Case Report. *J Clin Psychol.* 2010;2(3):85-97.
27. Yilmaz AE, Gencoz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. *J Anxiety Disord.* 2011;25(3):389-96. DOI: [10.1016/j.janxdis.2010.11.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.001) PMID: [21144700](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21144700/)
28. Connelly K. The role of metacognition within social anxiety disorder (sad). *UCL J Undergrad Res.* 2014;7(2).
29. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2006;37(3):206-12. DOI: [10.1016/j.jbtep.2005.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.002) PMID: [16125666](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16125666/)
30. Ghahvechi Hosseini F, athi Ashtiani A, Satkin M. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy with cognitive therapy in reducing anxiety and anger symptoms in a sample of students. *J Pract Clin Psychol.* 2015;3(3):213-9.
31. Vakili Y, Fati L, Habibi M. The effectiveness of metacognitive therapy in patients with posttraumatic stress disorder: A case study conducted on three patients. *J Clin Psychol.* 2013;5(4):99-108.
32. Monazamitabar F, Baqerian Saravardi R, Ahmadi Tahor Soltani M, Rabiei M. Comparison of the effectiveness of metacognitive and cognitive-behavioral interventions in reducing symptoms of generalized anxiety disorder and metacognitive beliefs. *J Isfahan Univ Med Sci.* 2013;31(233):457-85.
33. Shahamat Dehsorkh F, Salehi Fardadi J. Attention bias in state and trait anxiety: Point tracking paradigm. *Mod Psychol Res.* 2013;8(29):183-96.
34. Labafinejad Y, Saghzadeh A. Studying the prevalence of anxiety and factors affecting it among female students of general medicine studying at Tehran

- University of Medical Sciences in 2010. Iran Occup Health. 2012;9(3):32-8.
35. Hosseini Ghaffari F. The effectiveness of meta-cognitive group therapy in treating women with generalized anxiety disorder. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2013.
36. Ashoori J, Khaleghi Dehnavi F, Safarian M. The effect of metacognitive therapy on marital satisfaction among women. J Wom Fam Stud. 2014;6(24):53-65.
37. Sourì A, Azadmard S, Zahedi O, Ashoori J. The effect of metacognitive therapy and training spiritual intelligence components on students' generalized anxiety disorder. J Health Educ Promot Health. 2015;3(4):351-9.
38. Bahadori M, Jahanbakhsh M, Jamshidi A, Asgar K. The effectiveness of metacognitive therapy in anxiety symptoms among patients with social phobia disorder. J Knowledge Res Appl Psychol. 2011;12(4):12-9.
39. Shafiee Sangatash S, Rafieinia P, Najafi M. The effect of metacognitive therapy on anxiety and metacognitive components among patients with generalized anxiety disorder. J Clin Psychol. 2012;4(4):19-30.



# Examining the Effect of Metacognitive Group Therapy on Anxiety among Caregivers of Hospitalized Patients with Schizophrenia

Kobra Shaheri <sup>1</sup>, Mohammad Moradi Baglooei <sup>2,\*</sup>, Mohammad Ebrahim Sarichloo <sup>3</sup>, Mahmood Alipour <sup>4</sup>

<sup>1</sup> MSc Student, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

<sup>2</sup> Faculty Member, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

<sup>3</sup> Faculty Member, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

<sup>4</sup> Faculty Member, Department of Statistics and Vital Sciences, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

\* **Corresponding author:** Mohammad Moradi Baglooei, Faculty Member, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. E-mail: baglooei@yahoo.com

Received: 25 Jul 2017

Accepted: 19 Sep 2017

## Abstract

**Introduction:** Schizophrenia is a severe and disabling disorder which, along with its negative effects on a patients, has numerous negative impacts on primary caregivers of these patients and can cause anxiety in them. Metacognitive therapy as one of the most effective therapies is used for treating a wide range of anxiety disorders. This study aimed to examine the effect of group metacognitive therapy on level of anxiety in caregivers of patients with schizophrenia.

**Methods:** This clinical trial was followed by a pretest-posttest design with a control group. Among all caregivers of patients with schizophrenia hospitalized at 22nd Bahman Hospital in Qazvin, 60 individuals were selected using a simple random sampling method. Finally, considering the inclusion criteria, 45 individuals were randomly selected and assigned to two experimental (23 individuals) and control (22 individuals) groups. Since three people from the experimental group abandoned the study, the number of participants placed in each group decreased to 20 people. With six-day intervals, the experimental group took part in ten 90-minute group metacognitive therapy sessions developed by Wells. However, during this time, no therapeutic interventions were conducted on the control group. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory was used as an assessment tool in the pretest, posttest, and the two-month follow-up. Data were analyzed via SPSS 23 using descriptive statistics and mixed between-within subjects ANOVA (repeated measures analysis of variance).

**Results:** Results of the present study demonstrated that after conducting the metacognitive therapeutic intervention, a mean score of state-trait anxiety obtained by the experimental group significantly decreased compared to that of the control group ( $P < 0.01$ ). These results indicated that metacognitive group therapy was effective on decreasing anxiety and in posttest and follow-up, compared to pretest, anxiety among the experimental group significantly decreased. In addition, no significant differences were found between a mean anxiety score obtained by the experimental group in the follow-up compared to that obtained in the posttest ( $P > 0.05$ ), which showed the continuation of therapy effectiveness until the follow-up.

**Conclusions:** The caregivers of schizophrenic patients who underwent the metacognitive therapy obtained lower anxiety scores compared to the control group. Therefore, the results suggests that this therapy may lead to a decrease in anxiety among caregivers of patients with schizophrenia.

**Keywords:** Anxiety, Metacognitive Therapy, Schizophrenia, Caregivers