

Studying the Effect of Metacognitive Beliefs on Emotional Distress after Cancer Diagnosis in Patients of Omid Hospital in Mashhad

Mohsen Akhavan Mahdavi * 

Assistant Professor, Social Work Department,
Arman Razavi Institute of Higher Education,
Mashhad, Iran.

Elham Khorashadizadeh 

Master's Student in Social Work, Arman Razavi
Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

Hossein Behravan 

A Professor, Sociology Department, Arman
Razavi Institute of Higher Education, Mashhad,
Iran.

Introduction

Emotional distress is a natural response after cancer that, for most people, resolves itself over time. However, for some, it remains for years after treatment (Burgess et al., 2005: 703). An alternative and potentially more useful approach to understanding what causes worry and emotional distress after cancer is provided by the transdiagnostic Self-Regulatory Executive Function Model. For most people, periods of distress associated with cancer or any other stressor are transient. However, the self-regulatory executive function model proposes that distress becomes persistent when stored metacognitive beliefs lead the individual to choose a specific toxic style of persistent and inflexible conscious processing, known as cognitive attention syndrome (Fisher et al., 2018: 2). Based on this, the main question of the research is whether metacognitive beliefs and its dimensions have a significant effect on emotional distress after cancer diagnosis in the patients of Omid Hospital in Mashhad.

Literature Review

Previous studies involving clinical samples have shown that metacognitive beliefs are associated with a wide range of psychiatric conditions, such as anxiety disorders, obsessive-compulsive symptoms, schizophrenic disorders, and anorexia nervosa. Recently, an increasing number of studies have investigated the role of metacognition even in non-clinical samples. The main findings showed that

* Corresponding Author: m.akhavan.m@armanrazavi-ihe.ac.ir

How to Cite: Akhavan Mahdavi, M; Khorashadizadeh, E; Behravan, H. (2024). Investigating the Effect of Metacognitive Beliefs on Emotional Distress after Cancer Diagnosis in Omid Mashhad Hospital Patients, *Journal of Social Work Research*, 11(39), 67-94.

metacognitive beliefs are significantly related to perceived stress or negative emotions. In addition, dysfunctional metacognitive beliefs predicted the onset of anxiety and depression symptoms in the context of stressful life events. Moreover, the factor of negative beliefs was the strongest predictor for anxiety and depression. Researchers are increasingly interested in this field because dysfunctional metacognitive beliefs seem to be common factors in a wide range of psychopathologies (Lenzo et al., 2020). Fisher et al. (2019) evaluated metacognitive therapy for emotional distress in an open-label trial for adult cancer survivors. Winter et al. (2020) conducted a case study of metacognitive therapy for adjustment disorder in a patient with pulmonary arterial hypertension. These preliminary studies indicate that metacognitive therapy is a viable and effective intervention, yielding positive results.

Materials and Methods

The type of research is descriptive-survey, based on the practical purpose and the method and manner of data collection. The statistical population of the present study includes all patients of Omid Hospital in Mashhad in the first six months of 2012, totaling 9000 people. According to Morgan's table, 368 people were determined as the sample size, and they were selected through a simple random sampling method using an internet lottery method. The Standard Hospital Anxiety and Depression Questionnaire (1983) and Wells Metacognition Questionnaire (1997) were used to collect field data. Content validity using the face validity method and construct validity using the factor analysis method were used to determine the validity of the research instrument, and internal consistency using the Cronbach's alpha method was used to determine reliability. SPSS statistical software and multivariate regression test were used to test the research hypotheses.

Results

The results of the research indicate that by controlling the variables of religiosity, family relationships, social support, and social and economic base, the variable of metacognitive beliefs, with a coefficient of -0.539, has a significant and negative effect on emotional distress after cancer diagnosis in the patients of Omid Hospital in Mashhad. Therefore, the higher the metacognitive beliefs of cancer patients at Omid Hospital in Mashhad, the lower their emotional distress.

Discussion

In explaining these results, it can be said that this finding is consistent with the metacognitive model, which suggests that negative beliefs are of great causal importance in psychological disorders, as they lead to a pervasive threat from

internal processes (e.g., worry), increase emotional distress, and interfere with effective control (Cano-López et al., 2022: 390). Considering that part of the patients' emotional distress can be caused by the worry of financing the costs of cancer, if the economic status of the people is at a suitable level, it can play an effective role in reducing the patients' emotional distress. The distress, anxiety, and worry caused by the cancer diagnosis of patients is so much that a person can cope with their illness if he has suitable family relationships. In other words, the existence of stable and motivating family relationships can have a positive effect in reducing the emotional distress caused by cancer in infected people.

Conclusion

If cancer patients have a positive attitude about the worries of their disease and, based on this, they direct their worries towards regulating their behavior, solving mental problems and putting them in order, and coping with various issues, they can control their feelings of fear and prevent disturbing thoughts from entering the mind to reduce their emotional distress.

Keywords: Metacognitive Beliefs, Omid Hospital in Mashhad, Emotional Distress, Cancer



بررسی تأثیر باورهای فراشناختی بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد

استادیار مددکاری اجتماعی، مؤسسه آموزش عالی آرمان رضوی،
مشهد، ایران.

محسن اخوان مهدوی*

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، مؤسسه آموزش
عالی آرمان رضوی، مشهد، ایران.

الهام خراشادی زاده

استاد جامعه شناسی مؤسسه آموزش عالی آرمان رضوی، مشهد، ایران.

حسین بهروان

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر باورهای فراشناختی بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد می‌باشد. نوع تحقیق بر اساس هدف کاربردی و بر اساس روش و نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران بیمارستان امید مشهد در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ به تعداد ۹۰۰۰ نفر می‌باشد، که با توجه به جدول مورگان، تعداد ۳۶۸ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین گردید که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی اینترنتی انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌های میدانی از پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب و افسردگی بیمارستانی (۱۹۸۳) و فراشناخت ولز (۱۹۹۷) استفاده شد. از اعتبار محتوایی به روش اعتبار صوری و اعتبار سازه به روش تحلیل عاملی برای تعیین اعتبار ابزار تحقیق و از همسانی درونی به روش آلفا کرونباخ برای تعیین پایایی استفاده شده است. از نرم‌افزارهای آماری SPSS و آزمون رگرسیون چندمتغیری برای آزمون فرضیه‌های تحقیق استفاده شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که با کنترل متغیرهای میزان دینداری، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی، متغیر باورهای فراشناختی با ضریب ۰/۵۳۹- بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد تأثیر معنادار و منفی دارد. بنابراین، هر چه باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان امید مشهد بیشتر باشد، پریشانی عاطفی آنها کاهش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، بیمارستان امید مشهد، پریشانی عاطفی، سرطان

مقدمه

سرطان یک مشکل عمده بهداشت عمومی و از زمره تهدیدکننده‌ترین بیماری‌ها در سنین مختلف برای انسان است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. سرطان در دو دهه اخیر رشد نگران‌کننده‌ای را تجربه کرده است و به عنوان یک مشکل بهداشتی مبرم زندگی مدرن در نظر گرفته می‌شود (اسدالله نجفی، امین جعفری و مروی، ۱۴۰۲: ۲۲).

در این میان، پریشانی عاطفی یک پاسخ طبیعی پس از سرطان است که برای اکثر افراد به مرور زمان خود به خود برطرف می‌شود. با این حال، برای برخی، تا سال‌ها پس از درمان باقی می‌ماند. به عنوان مثال، در انگلستان شیوع سالانه افسردگی اساسی یا اختلال اضطراب فراگیر در سال چهارم پس از تشخیص سرطان پستان، ۲۲ درصد باقی می‌ماند (Burgess et al., 2005: 703) و در ایالات متحده آمریکا شیوع اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان در طول زندگی ۱۰ تا ۱۲ درصد برای سرطان سینه و ۲۰ درصد برای سایر سرطان‌ها است (Andrykowski & Kangas, 2010: 350).

با توجه به این تأثیر روانشناختی مداوم، سیاست‌های بهداشتی توصیه می‌کنند که همه بیماران در نقاط کلیدی پس از تشخیص تحت ارزیابی روانشناختی سیستماتیک قرار گیرند و دسترسی سریع به حمایت روانشناختی داشته باشند. با این حال، کمک متخصص محدود است و تعداد کمی از بیماران به آن دسترسی دارند. بیشتر مراقبت‌های روانشناختی که در زمان بحران عاطفی ارائه می‌شود به صورت واکنشی می‌باشد (Cook et al., 2015: 207).

علاوه بر این، شواهد کمی مبنی بر مؤثر بودن درمان‌های روانشناختی موجود وجود دارد، تنها با اندازه‌های کوچک اثرات کنترل‌شده برای اضطراب (۰/۲۴) و افسردگی (۰/۲۶) که در یک فراتحلیل اخیر (Naaman et al., 2009: 55) در انگلستان در مورد سرطان پستان یافت شده است. مطالعات سرطان با اعتبار داخلی بالا با توجه به اینکه تقریباً ۲۰ درصد از بیماران در مقطعی از جریان سرطان خود، پریشانی بالینی

قابل توجهی را تجربه می‌کنند، یک رویکرد مقرون به صرفه تر و اخلاقی تر، شناسایی فرآیندهای روان‌شناختی است که باعث ناراحتی مداوم می‌شوند تا بتوان یک مداخله پیشگیرانه هدفمند ارائه کرد (Cook et al., 2015: 208).

رویکردهای نظری کنونی برای درک علل پریشانی مداوم پس از سرطان، مبنای مشترکی در «پارادایم شناختی» دارند، یعنی این دیدگاه که پریشانی با ارزیابی منفی فرد از بیماری حفظ می‌شود. در ابتدا، بسیاری از تحقیقات با استفاده از این رویکردها با هدف شناسایی استراتژی‌های مقابله‌ای خاص که فکر می‌کردند این رابطه را واسطه می‌کنند، انجام شد. با این حال، این مجموعه از تحقیقات سود عملی کمی به همراه داشت (Somerfield, 1997: 141). در نتیجه، تحقیقات از تمرکز بر رویارویی به تنهایی، به سمت درک بازنمایی شناختی افراد از سرطان‌شان، به ویژه نقش ادراکات بیماری (شامل افکار، عقاید و باورهای افراد در مورد بیماریشان) با استفاده از چارچوب مدل عقل سلیم لونتال^۱ از خودتنظیمی در سلامت و بیماری فاصله گرفت (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984: 232).

مطالعات مقطعی ارتباط بین ابعاد مختلف ادراک بیماری و پیامدهای روانشناختی در سرطان را تأیید کرده‌اند (به عنوان مثال، Dempster et al., 2012: 225; Rozema, Vollink, & Lechner, 2009: 850 & Scharloo et al., 2010: 1140). با این حال، نقش علی برای درک بیماری کمتر نشان داده شده است.

این واقعیت که ادراک بیماری به طور علی در پریشانی عاطفی دخیل نیست، قابل درک است، زیرا اکثر افرادی که تشخیص سرطان را دریافت می‌کنند، افکار منفی در مورد سرطان را تجربه می‌کنند، اما همه افراد پریشانی مداوم را تجربه نمی‌کنند. افکار منفی معمولاً زودگذر هستند و افکار افراد در مورد سرطان خود در مراحل اولیه احتمالاً ناپایدار خواهد بود، زیرا فرد با اطلاعات و تجربیات جدید مورد هجوم قرار می‌گیرد. چنین افکار مرتبط با بیماری تنها زمانی مشکل ساز می‌شوند که فرد با درگیر شدن در نگرانی بیش از حد به آنها پاسخ دهد (Cook et al., 2015: 208).

1. Leventhal's common-sense model

بنابراین، احتمالاً ادراکات بیماری فی نفسه نیست، بلکه انتخاب و استفاده از نگرانی در پاسخ به افکار منفی است که آنها را تحریک می‌کنند، که منجر به پریشانی عاطفی مداوم می‌شود. نگرانی در سرطان شایع است و اگرچه سطح معینی طبیعی و سازگار در نظر گرفته می‌شود، اما افرادی که سطوح بالایی از نگرانی عمومی را تجربه می‌کنند بیشتر دوست دارند در پاسخ به نگرانی‌های خود احساس درماندگی کنند و ادراکات منفی از بیماری رشد بیشتری پیدا کنند. با این حال، مدل‌های شناختی مانند مدل عقل سلیم توضیح نمی‌دهند که چه چیزی باعث چنین نگرانی مداوم می‌شود (Cook et al., 2015: 208).

یک رویکرد جایگزین و بالقوه مفیدتر برای درک اینکه چه چیزی باعث نگرانی و چه چیزی باعث ناراحتی عاطفی پس از سرطان می‌شود توسط مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی فرا تشخیصی ارائه شده است. برای اکثر افراد، دوره‌های پریشانی در ارتباط با سرطان یا هر عامل استرس‌زا دیگری، گذرا هستند. با این حال، مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی پیشنهاد می‌کند که پریشانی زمانی پایدار می‌شود که باورهای فراشناختی ذخیره‌شده، فرد را به سمت انتخاب یک سبک خاص سمی از پردازش آگاهانه پایدار و غیرقابل انعطاف، که به عنوان سندرم توجه شناختی شناخته می‌شود، هدایت کند. این شامل فرآیندهای شناختی مانند نگرانی مداوم، تمرکز توجه بر تهدید، و راهبردهای مقابله ناسازگار (مانند اجتناب یا سرکوب افکار) است (Fisher et al., 2018: 2).

بر خلاف نظریه شناختی سنتی، مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی پیشنهاد می‌کند که به جای محتوای خاص باورها، باورهای فراشناختی درباره سرطان مهم هستند. بنابراین، این مدل پیشنهاد می‌کند که فعال‌سازی و تداوم نگرانی توسط دو نوع باور فراشناختی تقویت می‌شود: باورهای مثبت در مورد مزایای نگرانی و نیاز به درگیر شدن در آن (مثلاً: «اگر نگران عود باشم، علائم اولیه را تشخیص خواهم داد»)، را فعال می‌کند؛ و باورهای منفی در مورد خطر یا غیرقابل کنترل بودن نگرانی (به عنوان مثال، "نمی‌توانم از نگرانی در مورد بازگشت سرطان خود دست بردارم")، که آن را حفظ و تشدید می‌کند. بر اساس این مدل، افکار منفی در مورد سرطان ممکن است باورهای

فراشناختی و نگرانی را فعال کند، یا ممکن است محصول نگرانی باشد، اما مستقیماً باعث ناراحتی یا حفظ آن نمی‌شود (Fisher et al., 2018: 2).

باورهای فراشناختی چالش‌برانگیز و مولفه‌های اصلاح‌کننده سندرم توجه شناختی به طور موفقیت‌آمیزی برای درمان افسردگی و طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی در محیط‌های سلامت روان مورد استفاده قرار گرفته‌اند. علاوه بر این، باورهای فراشناختی با تشدید پریشانی عاطفی در دو وضعیت سلامت جسمانی مرتبط است: بیماری پارکینسون و خستگی مزمن (Maher-Edwards et al., 2012: 553).

طبق پژوهش‌های مختلف، رابطه بین متغیر باورهای فراشناختی با پریشانی روانشناختی زندانیان (قربانی حسن‌آبادی، قاسمی مطلق و جاجرمی، ۱۴۰۲: ۲)، با سلامت روان دانشجویان (سعادت، نامور و نصرالهی، ۱۴۰۱: ۱۲۷)، با اضطراب اجتماعی دانشجویان (معینی‌زاده، مولوی و اصغری ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۹: ۵)، با امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران کلیوی (اورکی و همکاران، ۱۳۹۷: ۸۸) با اضطراب سلامت و پریشانی جسمی (Keen, Kangas & Gilchrist, 2022) با اضطراب و افسردگی در بیماری‌های جسمی (Capobianco et al., 2020)، با پریشانی عاطفی و علائم تروما در نوجوانان و جوانان (Lenzo et al., 2020)، با پریشانی سرطان (Fisher et al., 2018 & Cook et al., 2015)، با اضطراب سلامت (Bailey & Wells, 2015)، با اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی و سرطانی (Anderson et al. 2019) با اضطراب و افسردگی در بیماران سرطانی شیمی درمانی مداوم (Quattropani et al., 2015) و در پژوهشی دیگر صرفاً فرایندهای فراشناختی در سرطان (Rashmi & Vanlalhrui, 2023) سنجش شده است، لیکن تأثیر باورهای فراشناختی بر پریشانی عاطفی بیماران مبتلا به سرطان کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

همچنین در پژوهش حاضر چندین متغیر کنترل شامل پایگاه اقتصادی- اجتماعی، میزان دینداری، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی در رابطه متغیرهای اصلی مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد. بر این اساس، سؤال اصلی تحقیق این است که آیا

باورهای فراشناختی و ابعاد آن بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد تأثیر معنادار دارد؟

چارچوب نظری

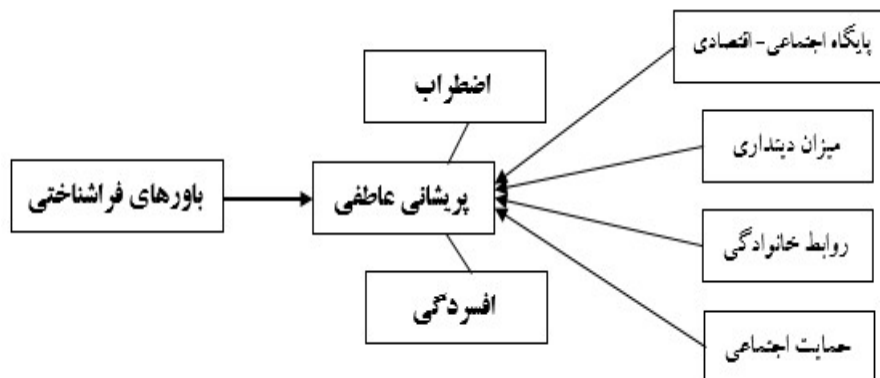
مطالعات پیشین شامل نمونه‌های بالینی نشان داده است که باورهای فراشناختی با طیف گسترده‌ای از شرایط روانی آسیب‌شناختی مانند اختلال اضطراب، علائم وسواس فکری-اجباری، اختلالات اسکیزوفرنی و بی‌اشتهایی عصبی مرتبط هستند. اخیراً تعداد فزاینده‌ای از مطالعات نقش فراشناخت را حتی در نمونه‌های غیر بالینی بررسی کرده‌اند. یافته‌های اصلی نشان داد که باورهای فراشناختی به طور قابل توجهی با استرس درک‌شده یا احساسات منفی مرتبط است. علاوه بر این، باورهای فراشناختی ناکارآمد، شروع علائم اضطراب و افسردگی را در زمینه رویدادهای استرس‌زا زندگی پیش‌بینی کردند. علاوه بر این، عامل باورهای منفی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای اضطراب و افسردگی بود. محققان به طور فزاینده‌ای به این زمینه علاقه‌مند می‌شوند زیرا به نظر می‌رسد باورهای فراشناختی ناکارآمد عوامل رایج در طیف گسترده‌ای از آسیب‌شناسی‌های روانی هستند (Lenzo et al., 2020: 2).

در مجموع باورهای فراشناختی منفی کنترل‌ناپذیری و خطر ممکن است پیش‌بینی‌کننده‌های رایج یا جهانی اضطراب و افسردگی باشند، اما باورهای فراشناختی خاص بیماری نیز ممکن است مهم باشند. علاوه بر این، روابط مشاهده شده در برابر کنترل طیفی از عوامل از جمله تأثیر شناخت قوی هستند. این امر هنگام در نظر گرفتن مداخلات روان‌شناختی مهم است و نشان می‌دهد که مداخلاتی که باورهای فراشناختی را هدف قرار می‌دهند ممکن است مفیدتر از مداخلاتی باشند که شناخت را هدف قرار می‌دهند. مطالعات اولیه درمان فراشناختی برای درمان اضطراب و افسردگی در بیماری‌های جسمی شواهد امیدوارکننده‌ای را نشان می‌دهد (Capobianco et al., 2020: 3).

فیشر و همکاران (۲۰۱۹) درمان فراشناختی را برای پریشانی عاطفی در یک کارآزمایی باز برای بازماندگان بزرگسال سرطان ارزیابی کردند. وینتر^۱ و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه موردی درمان فراشناختی را برای اختلال سازگاری در بیمار مبتلا به فشار خون شریانی ریوی انجام دادند. این مطالعات اولیه نشان می‌دهد که درمان فراشناختی یک مداخله قابل قبول و امکان‌پذیر است که با نتایج مثبت همراه است. نتایج بازبینی یافته‌های بازبینی را در تنظیمات سلامت روان نشان می‌دهد که نشان می‌دهد باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی مرتبط هستند و باورهای فراشناختی منفی کنترل‌ناپذیری و خطر قوی‌ترین و قابل اعتمادترین روابط را با این علائم نشان می‌دهند. بنابراین به نظر می‌رسد که روابط مشاهده‌شده بین اضطراب، افسردگی و فراشناخت‌ها در جمعیت‌های غیر بالینی و سلامت روان مشابه آن‌هایی است که در بیماران با طیف وسیعی از شرایط سلامت جسمانی مشاهده می‌شود. علاوه بر این، نتایج با مرور سیستماتیک انجام شده توسط لنزو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی که در آن باورهای فراشناختی با اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی مرتبط بودند، مطابقت دارد (Capobianco et al., 2020: 3).

با توجه به چارچوب نظری، مدل نظری تحقیق به صورت شکل ۱ طراحی شده است. در این مدل، باورهای فراشناختی به عنوان متغیر مستقل اصلی به صورت مستقیم بر پریشانی عاطفی با دو بعد اضطراب و افسردگی تأثیر دارد. همچنین متغیرهای جانبی پایگاه اجتماعی - اقتصادی، میزان دینداری، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای کنترل بر پریشانی عاطفی تأثیر مستقیم دارند.

1. Winter
2. Lenzo



شکل ۱- مدل نظری تحقیق (محقق ساخته)

روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق از نظر هدف یک تحقیق کاربردی است و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها نیز یک تحقیق توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی بیماران بیمارستان امید مشهد در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ به تعداد ۹۰۰۰ نفر می‌باشد که معیار ورود افراد داشتن حداقل ۱۸ سال سن می‌باشد. حجم نمونه با توجه به تعداد جامعه آماری و جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، ۳۶۸ نفر می‌باشد که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی اینترنتی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

پریشانی عاطفی: جهت سنجش پریشانی عاطفی از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (۱۹۸۳) با دو بعد اضطراب و افسردگی استفاده شد که از طریق ۱۴ سؤال با طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از عدم وجود تا حضور شدید مورد سنجش قرار گرفته است. نورتون^۱ و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که نمره کل مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی اعتبار سازه خوبی را برای اندازه‌گیری پریشانی عاطفی در بیماران مبتلا به

1. Norton

سرطان نشان می‌دهد و در پژوهش لاکیت و کینگ^۱ (۲۰۱۰) به عنوان معیار بهینه پریشانی عمومی هنگام ارزیابی اثربخشی درمان در جمعیت‌های سرطانی ناهمگن توصیه می‌شود. فیشر و همکاران (۲۰۱۸) پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ را به میزان ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند.

باورهای فراشناختی: جهت سنجش باورهای فراشناختی از پرسشنامه استاندارد فراشناخت ولز (۱۹۹۷) با پنج بعد باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار و خطرات مربوط به نگرانی، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و فرایندهای فراشناختی خودآگاهی شناختی استفاده شد که از طریق ۳۰ سؤال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم مورد سنجش قرار گرفته است. ولز و کاتریت-هاتون^۲ (۲۰۰۴) برای پایایی این مقیاس دامنه ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها از ۹۳/۰ تا ۷۶/۰ و پایایی بازآزمایی را ۷۵/۰ و برای خرده مقیاس‌ها ۸۷/۰ تا ۵۹/۰ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۹۱/۰ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۸۷/۰، ۸۶/۰، ۸۱/۰، ۸۰/۰ و ۷۱/۰ گزارش شده است. لازم به ذکر است که نمرات گویه‌های منفی پرسشنامه معکوس شده است تا باورهای فراشناخت به عنوان یک مقیاس مثبت مورد سنجش قرار گیرد.

در این پژوهش به علت عدم مداخله و تأثیرگذاری سایر متغیرهای احتمالی در رابطه باورهای فراشناختی و پریشانی عاطفی، چهار متغیر کنترل به شرح ذیل تعریف شد:

۱. پایگاه اجتماعی- اقتصادی شامل جنسیت، سن، تحصیلات، نقش در خانواده و

وضعیت و حمایت اقتصادی

۲. متغیر میزان دینداری شامل انجام عبادات (نماز و روزه)، اعتقاد به خدا و قیامت و

میزان شرکت در مراسم مذهبی (رفتن به زیارت، شرکت در روضه‌خوانی، شرکت در

1. Luckett & king

2. Wells & Caertwright-Hatton

مراسم دعا)

۳. روابط خانوادگی شامل میزان ارتباط و صحبت با همسر یا والدین یا فرزندان، میزان ارتباط با خواهر یا برادر و میزان شرکت در میهمانی‌های خانوادگی

۴. حمایت اجتماعی شامل مشورت با کارکنان بیمارستان (پزشکان، پرستاران و مددکاران اجتماعی)، استفاده از تجربه مرتبط دوستان و آشنایان و انجام مشاوره‌های روانشناختی

در پژوهش حاضر، از اعتبار سازه به روش تحلیل عاملی برای تعیین اعتبار ابزار تحقیق و از همسانی درونی به روش آلفا کرونباخ^۱ برای تعیین پایایی ابزار تحقیق استفاده شده است. مقدار ضریب پایایی متغیرهای تحقیق، بالاتر از ۰/۷، لذا بیانگر همسانی درونی گویه‌های این متغیرها است. همچنین، بار عاملی برای تمامی گویه‌ها، مقادیر بالاتر از ۰/۴ را نشان داد که بیانگر اعتبار سازه متغیرهای تحقیق می‌باشد. در این تحقیق از آمار توصیفی برای توصیف ویژگی‌های جمعیتی پاسخ‌دهندگان و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها و از آمار استنباطی نیز جهت آزمون فرضیات تحقیق با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

طبق نتایج توصیفی، اکثر پاسخگویان با ۶۴/۹ درصد زن و ۳۵/۱ درصد مرد می‌باشند. بازه سنی در پژوهش حاضر بین ۱۸ تا ۷۱ سال می‌باشد که بیشترین تعداد پاسخگویان با ۳۷/۵ درصد در رده سنی ۴۰ تا ۴۹ سال و کمترین تعداد پاسخگویان با ۳/۳ درصد در رده سنی زیر ۲۰ سال قرار دارند. پاسخگویان مجرد ۲۴/۷ درصد و پاسخگویان متأهل ۷۵/۳ درصد هستند. بیش‌ترین تعداد پاسخگویان با ۳۰/۲ درصد دارای تحصیلات لیسانس و کمترین تعداد پاسخگویان با کمتر از ۱ درصد بی‌سواد می‌باشند.

1. Cronbach's Alpha

بیشترین تعداد پاسخگویان با ۵۳/۳ درصد مادر (همسر) و کمترین تعداد پاسخگویان با ۱۶/۶ درصد، در خانواده، نقش فرزند داشتند. بیشترین تعداد پاسخگویان با حدود ۶۳/۶ درصد دارای وضعیت اقتصادی متوسط و کمترین تعداد پاسخگویان با ۲/۴ درصد دارای وضعیت اقتصادی بسیار بالا می‌باشند. بیشترین تعداد پاسخگویان با حدود ۴۴/۶ درصد از حمایت اقتصادی کم و کمترین تعداد پاسخگویان با ۱/۶ از حمایت اقتصادی بسیار بالا برخوردار هستند.

جدول ۱- فراوانی و درصد متغیرهای زمینه‌ای

متغیرها	گروه‌ها	فراوانی	درصد
جنس	زن	۲۳۹	۶۴/۹
	مرد	۱۲۹	۳۵/۱
توزیع سنی	زیر ۲۰ سال	۱۲	۳/۳
	۲۰ - ۲۹	۲۲	۶
	۳۰ - ۳۹	۹۷	۲۶/۴
	۴۰ - ۴۹	۱۳۸	۳۷/۵
	۵۰ - ۵۹	۷۵	۲۰/۴
	۶۰ و بالاتر	۲۴	۶/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۹۱	۲۴/۷
	متأهل	۲۷۷	۷۵/۳
تحصیلات	بی‌سواد	۳	۰/۸
	ابتدایی	۹	۲/۴
	سیکل	۳۱	۸/۴
	دیپلم	۸۲	۲۲/۳
	فوق دیپلم	۱۰۵	۲۸/۵
	لیسانس	۱۱۱	۳۰/۲
	فوق لیسانس	۲۷	۷/۳
	پدر (شوهر)	۱۱۱	۳۰/۲
نقش در خانواده	مادر (همسر)	۱۹۶	۵۳/۳
	فرزند	۶۱	۱۶/۶

متغیرها	گروه‌ها	فراوانی	درصد
وضعیت اقتصادی	بسیار پایین	۱۵	۴/۱
	پایین	۶۴	۱۷/۴
	متوسط	۲۳۴	۶۳/۶
	بالا	۴۶	۱۲/۵
	بسیار بالا	۹	۲/۴
حمایت اقتصادی	بسیار کم	۴۵	۱۲/۲
	کم	۱۶۴	۴۴/۶
	متوسط	۱۱۴	۳۱
	زیاد	۳۹	۱۰/۶
	بسیار زیاد	۶	۱/۶

طبق نتایج شاخص‌های آماری و آزمون t تک نمونه‌ای با میانگین وزنی ۲ برای متغیر پریشانی عاطفی و میانگین وزنی ۳ برای سایر متغیرهای تحقیق، میانگین متغیر پریشانی عاطفی و ابعاد آن (اضطراب و افسردگی) پایین‌تر از مقدار متوسط ۲ می‌باشد. به عبارت دیگر، پاسخگویان میزان پریشانی عاطفی خود را پایین‌تر از متوسط ارزیابی کرده‌اند. میانگین متغیرهای روابط خانوادگی و باورهای فراشناختی بالاتر از مقدار متوسط ۳ می‌باشد. به عبارت دیگر، پاسخگویان میزان روابط خانوادگی و باورهای فراشناختی خود را بالاتر از متوسط ارزیابی کرده‌اند. میانگین متغیرهای میزان دینداری و حمایت اجتماعی پایین‌تر از مقدار متوسط ۳ می‌باشد. پاسخگویان میزان دینداری خود را پایین‌تر از متوسط ارزیابی کرده‌اند.

نتایج آزمون t تک نمونه‌ای برای متغیر حمایت اجتماعی حاکی عدم معنادار بودن ($\text{sig} < 0/05$) اختلاف میانگین به دست آمده متغیر حمایت اجتماعی با میانگین وزنی ۳ است. به عبارت دیگر، پاسخگویان میزان حمایت اجتماعی خود را در حد متوسط ارزیابی کرده‌اند.

جدول ۲- شاخص‌های آماری و نتایج آزمون t تک نمونه‌ای متغیرهای اصلی تحقیق

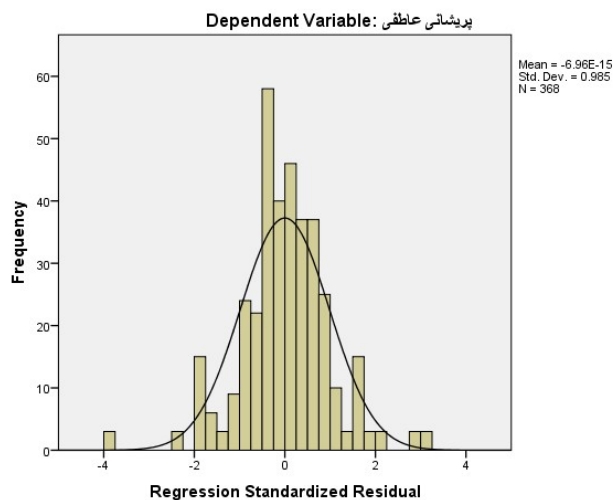
متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	معناداری (sig)
میزان دینداری	۳۶۸	۱	۵	۲/۷۹	۰/۷۳۸	-۵/۵۰۶	۰/۰۰۰
روابط خانوادگی	۳۶۸	۱	۴/۶۷	۳/۲۰	۰/۷۷۸	۵/۰۶۸	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	۳۶۸	۱	۴/۶۷	۲/۹۳	۰/۷۴۵	-۱/۷۹۶	۰/۰۷۳
باورهای فراشناختی	۳۶۸	۲/۳۷	۳/۶۰	۳/۰۸	۰/۱۹۰	۸/۳۱۸	۰/۰۰۰
اضطراب	۳۶۸	۰/۵۷	۲/۲۹	۱/۳۹	۰/۳۶۶	-۳۲/۰۴	۰/۰۰۰
افسردگی	۳۶۸	۰	۲/۸۶	۱/۲۲	۰/۴۹۱	-۳۰/۵۹	۰/۰۰۰
پیشانی عاطفی	۳۶۸	۰/۲۹	۲/۵۷	۱/۳۰	۰/۳۶۲	-۳۶/۹۴	۰/۰۰۰

یافته‌های استنباطی

فرضیه پژوهش: باورهای فراشناختی بر کاهش پیشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد با کنترل متغیرهای پایگاه اجتماعی و اقتصادی، میزان دینداری، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی تأثیر معنادار دارد.

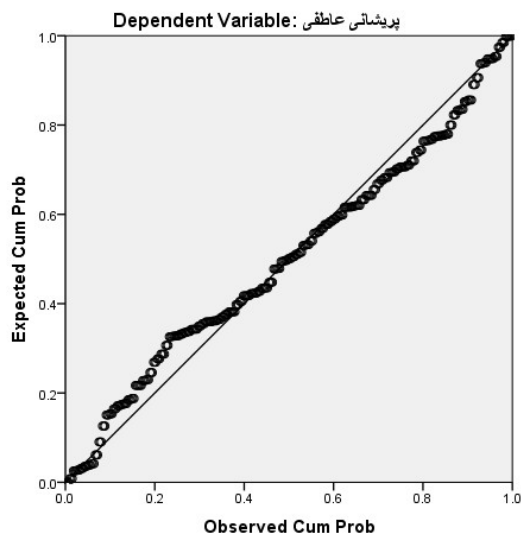
جهت سنجش تأثیر متغیر باورهای فراشناختی بر متغیر پیشانی عاطفی با کنترل متغیرهای پایگاه اجتماعی و اقتصادی (جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، نقش در خانواده، وضعیت اقتصادی و حمایت اقتصادی)، میزان دینداری، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی و با توجه به سطح سنجش فاصله‌ای متغیرهای اصلی از آزمون رگرسیون چندمتغیره^۱ استفاده می‌شود. پیش از آزمون فرضیه، پیش‌فرض‌های آزمون رگرسیون چندمتغیره شامل نرمال بودن باقیمانده‌ها، همگنی واریانس باقیمانده‌ها، استقلال باقیمانده‌ها و عدم هم‌خطی متغیرهای مستقل مورد بررسی قرار می‌گیرد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع باقیمانده‌ها از نمودار هیستوگرام (شکل ۲) و نمودار احتمالات^۲ (شکل ۳) استفاده می‌شود.

1. Multiple Regression
2. probability plot



شکل ۲- نمودار هیستوگرام

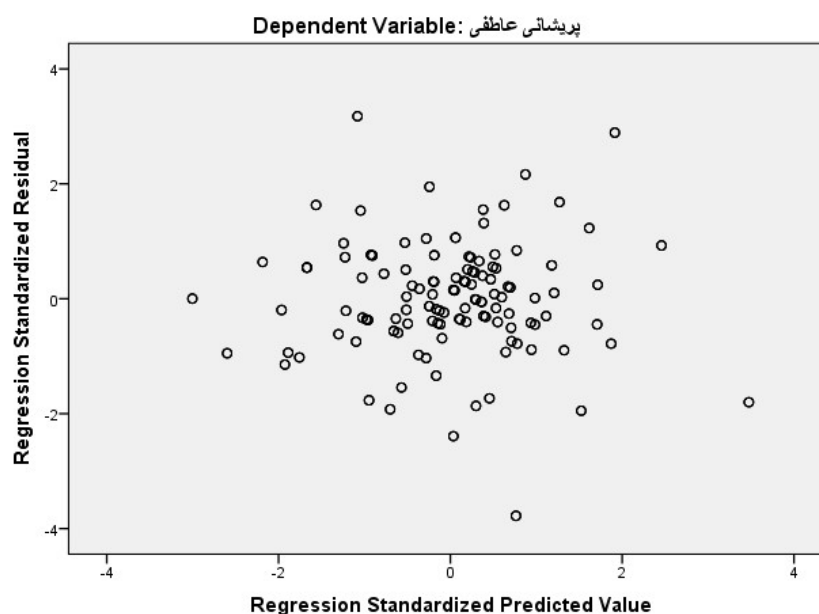
با توجه به شکل ۲، شکل هیستوگرام تا حد زیادی از شکل منحنی نرمال تبعیت می‌کند. همچنین، مقدار میانگین ارائه شده نسبتاً کوچک و انحراف معیار نزدیک به یک (۰/۹۸۵) است.



شکل ۳- نمودار احتمالات

با توجه به نمودار شکل ۳، باقیمانده‌ها تابع خط ۴۵ درجه هستند؛ لذا نرمال بودن باقیمانده‌ها تأیید می‌شود.

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس باقیمانده‌ها از نمودار پراکنش باقیمانده‌ها در برابر مقادیر پیش‌بینی شده استفاده می‌شود.



شکل ۴- نمودار پراکنش باقیمانده‌ها در برابر مقادیر پیش‌بینی شده

با توجه به نمودار شکل ۴، نقاط داده‌ها دارای الگوی مشخصی نیستند؛ لذا همگنی واریانس باقیمانده‌ها تأیید می‌شود.

جهت بررسی پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها از آزمون دوربین - واتسون و عدم هم‌خطی متغیرهای مستقل از دو شاخص تولرانس و VIF^1 استفاده می‌شود.

1. Variance Inflation Factor

جدول ۳- نتایج آزمون دوربین- واتسون و شاخص‌های تولرانس و VI

دوربین- واتسون	متغیر	تولرانس	VIF
۱/۶۶۱	باورهای فراشناختی	۰/۷۸۵	۱/۲۷
	میزان دینداری	۰/۷۳۲	۱/۳۶
	روابط خانوادگی	۰/۵۵۵	۱/۸۰
	حمایت اجتماعی	۰/۴۹۲	۲/۰۳
	جنسیت	۰/۴۳۲	۲/۳۱
	سن	۰/۴۷۵	۲/۱۱
	وضعیت تأهل	۰/۴۳۸	۲/۲۸
	تحصیلات	۰/۶۲۷	۱/۵۹
	نقش در خانواده	۰/۲۸۲	۳/۵۵
	وضعیت اقتصادی	۰/۵۶۵	۱/۷۷
	حمایت اقتصادی	۰/۶۳۰	۱/۵۹

با توجه به جدول ۳، مقدار آماره دوربین- واتسون (۱/۶۶۱) در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، لذا فرض استقلال باقیمانده‌ها تأیید می‌شود. همچنین، به غیر از متغیر نقش در خانواده، مقدار تولرانس همه متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۴ و مقدار عامل تورم واریانس (VIF) کمتر از ۲/۵ می‌باشد، بنابراین عدم هم‌خطی متغیرهای مستقل نتیجه می‌شود.

نتایج برازش مدل و آزمون رگرسیون چندمتغیره در جداول ۴ تا ۶ ارائه شده است.

جدول ۴- خلاصه وضعیت مدل رگرسیونی

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
۰/۵۴۲	۰/۲۹۴	۰/۲۷۲	۰/۳۰۹

با توجه به جدول ۴، مقدار ضریب همبستگی (۰/۵۴۲) نشان می‌دهد که از روی متغیرهای باورهای روانشناختی، میزان دینداری، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی و

پایگاه اجتماعی و اقتصادی به میزان ۵۴/۲ درصد می‌توان متغیر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد را پیش‌بینی کرد. همچنین مقدار ضریب تعیین (۰/۲۹۴) نشان می‌دهد که ۲۹/۴ درصد از تغییرپذیری مشاهده شده متغیر پریشانی عاطفی، توسط متغیر باورهای فراشناختی و متغیرهای کنترل تبیین و توجیه می‌شود.

جدول ۵- تحلیل واریانس

معناداری	مقدار F	میانگین مجذور	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۰	۱۳/۴۶۳	۱/۲۸۴	۱۱	۱۴/۱۲۸	رگرسیون
		۰/۰۹۵	۳۵۶	۳۳/۹۶۱	باقیمانده
			۳۶۷	۴۸/۰۸۹	کل

با توجه به جدول ۵ که برازش مدل را از منظر آماری بررسی می‌کند، معناداری آزمون تحلیل واریانس به عنوان پیش‌فرض خطی بودن مدل رگرسیون کمتر از ۵ درصد (۰/۰۰۰) می‌باشد. بنابراین فرض وجود یک مدل خطی معنی‌دار تأیید می‌شود.

جدول ۶- ضرایب رگرسیون

معناداری	مقدار t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		متغیر وابسته پریشانی عاطفی
		بتا	خطای استاندارد	مقدار B	
۰/۰۰۰	۱۱/۳۲۴		۰/۳۷۴	۴/۲۳۰	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۱۰/۷۲۶	-۰/۵۳۹	۰/۰۹۶	-۱/۰۲۵	باورهای فراشناختی
۰/۹۱۷	-۰/۱۰۴	-۰/۰۰۵	۰/۰۲۶	-۰/۰۰۳	میزان دینداری
۰/۰۰۰	-۳/۷۴۵	-۰/۲۲۴	۰/۰۲۸	-۰/۱۰۴	روابط خانوادگی
۰/۰۱۵	-۲/۴۳۴	-۰/۱۵۵	۰/۰۳۱	-۰/۰۷۵	حمایت اجتماعی
۰/۷۵۸	۰/۳۰۹	۰/۰۲۱	۰/۰۵۱	۰/۰۱۶	جنسیت
۰/۳۱۴	۱/۰۰۹	۰/۰۶۵	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	سن

معناداری	مقدار t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		متغیر وابسته پریشانی عاطفی
		بتا	خطای استاندارد	مقدار B	
۰/۷۶۸	-۰/۲۹۵	-۰/۰۲۰	۰/۰۵۶	-۰/۰۱۷	وضعیت تأهل
۰/۰۲۲	۲/۳۰۴	۰/۱۳۰	۰/۰۱۷	۰/۰۳۸	تحصیلات
۰/۹۰۷	-۰/۱۱۷	-۰/۰۱۰	۰/۰۴۵	-۰/۰۰۵	نقش در خانواده
۰/۰۴۹	-۱/۹۷۸	-۰/۱۱۷	۰/۰۲۹	-۰/۰۵۷	وضعیت اقتصادی
۰/۶۰۳	۰/۵۲۰	۰/۰۲۹	۰/۰۲۳	۰/۰۱۲	حمایت اقتصادی

با توجه به جدول ۶، معناداری آزمون تساوی مقدار ثابت با مقدار صفر کمتر از ۵ درصد و معناداری آزمون تساوی ضرایب رگرسیون با مقدار صفر برای متغیرهای مستقل باورهای فراشناختی، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی کمتر از ۵ درصد است، بنابراین فرض تساوی ضرایب رگرسیون با صفر رد می‌شود و متغیرهای معنادار از معادله رگرسیون خارج نمی‌شود. به عبارت دیگر با کنترل متغیرهای میزان دینداری، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی، متغیر باورهای فراشناختی با ضریب $-۰/۵۳۹$ بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد تأثیر معنادار و منفی دارد. بنابراین، هر چه باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان امید مشهد بیشتر باشد، پریشانی عاطفی آنها کاهش می‌یابد.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی تأثیر باورهای فراشناختی بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد می‌باشد. متغیر وابسته تحقیق پریشانی عاطفی می‌باشد که ممکن است ناشی از یک مسئله سلامت روان یا شرایط خاص، مانند مشکلات روابط یا فشار مالی باشد و از طریق دو بعد اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. متغیر باورهای فراشناختی نیز جنبه‌ای از پردازش اطلاعات است که

محتویات و فرآیندهای سازمان خود را نظارت، تفسیر، ارزیابی و تنظیم می‌کند به عنوان متغیر مستقل از طریق پنج بعد باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار و خطرات مربوط به نگرانی، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و فرایندهای فراشناختی خودآگاهی شناختی مورد سنجش قرار گرفت. با استناد به ادبیات و مبانی نظری تحقیق، فرضیه تحقیق تدوین گردید.

با کنترل متغیرهای میزان دینداری، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی، متغیر باورهای فراشناختی با ضریب $0/539-$ بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد تأثیر معنادار و منفی دارد. بنابراین، هر چه باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان امید مشهد بیشتر باشد، پریشانی عاطفی آنها کاهش می‌یابد. همچنین از بین متغیرهای کنترل، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی با پریشانی عاطفی رابطه منفی و معنادار داشتند.

قربانی حسن‌آبادی، قاسمی مطلق و جاجرمی (۱۴۰۲)، فیشر و همکاران (۲۰۱۸) و کوک و همکاران (۲۰۱۵) همراستای با نتایج پژوهش حاضر به این نتیجه رسیدند که باورهای فراشناختی بر پریشانی عاطفی تأثیر معنادار دارد، لیکن جهت رابطه مثبت می‌باشد. با توجه به اینکه متغیر باورهای فراشناختی دارای گویه‌های مبتنی بر باورهای مثبت و منفی است، در پژوهش‌های مذکور رابطه متغیرها مثبت شده است، اما در پژوهش حاضر گویه‌های منفی پرسشنامه معکوس شده است تا باورهای فراشناخت به عنوان یک مقیاس مثبت مورد سنجش قرار گیرد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، این یافته با مدل فراشناختی مطابقت دارد که نشان می‌دهد باورهای منفی در اختلالات روان‌شناختی از اهمیت علی زیادی برخوردارند، زیرا منجر به تهدید فراگیر از فرآیندهای درونی (به عنوان مثال، نگرانی)، افزایش پریشانی عاطفی و تداخل با کنترل مؤثر می‌شوند (Cano-López et al., 2022: 390). چنانچه بیماران مبتلا به سرطان در مورد نگرانی‌های بیماری خود نگرش مثبتی داشته باشند و بر این اساس نگرانی خود را به سمت تنظیم رفتار، حل و فصل مسائل

ذهنی و نظم‌دهی به آنها، کنار آمدن با مسائل مختلف سوق دهند، می‌توانند با کنترل احساس ترس خود و ممانعت از ورود افکار نگران‌کننده به ذهن، پریشانی عاطفی خود را کاهش دهند.

همچنین، با توجه به اینکه بخشی از پریشانی عاطفی بیماران می‌تواند ناشی از نگرانی تأمین هزینه‌های بیماری سرطان باشد، لذا چنانچه وضعیت اقتصادی افراد در سطح مناسبی باشد، می‌تواند در کاهش پریشانی عاطفی بیماران نقش مؤثری داشته باشد. پریشانی، اضطراب و نگرانی ناشی از تشخیص سرطان بیماران به قدری زیاد هست که فرد در صورت داشتن روابط خانوادگی مناسب می‌تواند با بیماری خود کنار بیاید و به عبارتی، وجود روابط پایدار و انگیزشی خانوادگی، می‌تواند تأثیر مثبتی در جهت کاهش پریشانی عاطفی ناشی از بیماری سرطان در افراد مبتلا به همراه داشته باشد.

مشاوره پزشکی و روان‌شناختی و همچنین استفاده از تجارب دوستان و آشنایان در زمینه بیماری سرطان می‌تواند امکان تقویت باورهای مثبت نسبت به نگرانی‌های ایجاد شده ناشی از بیماری را تقویت نماید و پریشانی عاطفی را کاهش دهد. چنانچه افراد سطح تحصیلات بالاتری داشته باشند، توان تحلیل ذهنی بیشتری داشته و بهتر می‌توانند در زمینه باورهای منفی نسبت به نگرانی‌های ایجاد شده ناشی از بیماری کنار آمده و با تقویت باورهای مثبت در ذهنیت خود بر این نگرانی‌ها غلبه نمایند و در نتیجه پریشانی عاطفی خود را کنترل نمایند. با توجه به نتایج توصیفی که پاسخگویان میزان دینداری خود را پایین‌تر از متوسط ارزیابی کرده‌اند می‌توان گفت، سطح پایین دینداری در ابعاد عبادی، اعتقادی و مناسکی نمی‌تواند تأثیر معنادار و مثبتی بر کاهش پریشانی عاطفی بیماران مبتلا به سرطان پس از تشخیص بیماری داشته باشد.

فراشناخت عاملی است که مستقل از ویژگی‌های جمعیت شناختی و درک بیماری قادر به توضیح اضطراب و افسردگی است. به اعتقاد لنزو و همکاران (۲۰۲۰: ۱۰) باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطرات نگرانی و فقدان اعتماد به نفس شناختی، مهم‌ترین عوامل فراشناختی مرتبط با اضطراب و افسردگی باشند. همچنین چنانچه بیماران مبتلا به سرطان بتوانند ارتباط خوبی با همسر یا والدین یا فرزندان و

همچنین با خواهر یا برادر خود برقرار سازند و در میهمانی‌های خانوادگی شرکت نمایند، این آرامش خاطر ناشی از این روابط بر نگرش مثبت نسبت به نگرانی‌های ایجاد شده بابت بیماری تأثیر مثبتی می‌گذارد و بیمار بهتر می‌تواند باورهای خود نسبت به نگرانی‌ها را مدیریت نماید و اضطراب و افسردگی خود را کنترل نماید.

طبق نظر یلماز^۱ و همکاران (۲۰۱۱: ۲۹۵) باورهای فراشناختی ناکارآمد، شروع علائم اضطراب و افسردگی را در زمینه رویدادهای استرس‌زا زندگی پیش‌بینی می‌کنند. از لحاظ نظری منطقی است که در مورد باورهای غیرقابل کنترل و خطر به عنوان عوامل مختلف فکر کنیم زیرا ممکن است باورهای فراشناختی متفاوتی را ارزیابی کنند. از این نظر، افراد می‌توانند مستقل از باورهای خود در مورد خطر این استراتژی (و سایر باورهای فراشناختی) باورهایی در مورد غیرقابل کنترل بودن نگرانی داشته باشند و این دو نوع باور ممکن است تأثیر خاصی بر افسردگی داشته باشند (Cano-López et al., 2022: 392).

همچنین حمایت خانواده و نزدیکان (سطح نخست) موجب تقویت سازگاری، بهبود کیفیت زندگی و افزایش احتمال بهبودی در سیر بیماری می‌شود و حضور در گروه‌های اجتماعی و حمایتی درگیر با مساله سرطان (سطح دوم) با بیان احساسات و نگرانی‌ها و اشتراک تجربیات، موجب کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش قدرت روحی و بهبود تداعی ذهنی از بیماری خواهد شد.

پیشنهاد می‌شود، باورها و فرآیندهای فراشناختی به جای استفاده از درمان‌های شناختی سنتی‌تر از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی هم قبل از تشخیص و هم بعد از تشخیص سرطان در مبتلایان به این بیماری برگزار شود و زمینه کاهش آسیب‌پذیری در برابر پریشانی عاطفی و تروما این بیماری فراهم گردد. در زمینه سرطان، یک مزیت بالقوه مهم این رویکرد فراشناختی برای درمان این است که نیازی به درگیر شدن با محتوای افکار منفی در مورد سرطان ندارد، که برای بسیاری از افراد ممکن است مشکل یا ناراحت کننده باشد.

پیشنهاد می‌شود وضعیت اقتصادی افراد مبتلا به سرطان پایش شود و در صورت وجود مشکل مالی در بیماران مبتلا به سرطان، از طریق خیرین و نهادهای حمایتی و جلب کمک‌های مردمی، مشکل اقتصادی این افراد برطرف شود تا در کنار نگرانی، اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری سرطان، دغدغه و پریشانی دیگری را تحمل نکنند.

پیشنهاد می‌شود مدیران بخش درمان، با برگزاری همایش و جلسات مشاوره مذهبی و انگیزشی، سطح معنویت مبتلایان به بیماری سرطان را ارتقا دهند تا از این طریق باورهای بیماران نسبت به نگرانی‌ها تقویت شده و پریشانی عاطفی آنها کاهش پیدا کند. پیشنهاد می‌شود جلسات مشاوره مجزایی هم برای بیماران و به خصوص برای خانواده بیماران با محتوای تقویت روابط خانوادگی برگزار گردد تا با بهره‌گیری بیماران از محاسن چنین روابطی در جهت کاهش پریشانی و نگرانی ناشی از بیماری استفاده نمایند.

همچنین پیشنهاد می‌شود مکانی در بیمارستان یا در فضای مجازی برای اشتراک تجارب ناشی از بیماری سرطان فراهم شود تا هم افراد بیمار که سابقه چنین بیماری را داشته‌اند و هم کادر درمان که به طور مداوم با چنین بیمارانی درگیر هستند امکان اشتراک مطالب و مفاهیم انگیزشی و التیام‌بخش برای کاهش پریشانی عاطفی و ارتقای باورهای فراشناختی را داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مرتبط با حفظ محرمانگی اطلاعات پاسخگویان به طور کامل رعایت شد.

سپاسگزاری

در پایان پژوهش، محققان سپاسگزاری خود را از مدیریت بیمارستان امید و کلیه کارکنان و همچنین بیماران شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

تعارض منافع نداریم.

ORCID

Mohssen Akhavan Mahdavi		http://orcid.org/0009-0004-1963-123X
Elham Kharashadizadeh		http://orcid.org/0009-0004-1963-123X
Hosein Behravan		http://orcid.org/0000-2000-8825-9388

منابع

- اسدالله نجفی، مانده؛ امین جعفری، بتول و مروی، مهدی. (۱۴۰۲). «اثربخشی آموزش خودشفابخشی گروهی بر تحمل پریشانی، واکنش پذیری هیجانی و اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه». *روانشناسی سلامت، سال دوازدهم، شماره ۳۷: ۱۹-۳۲*.
- اورکی، محمد، بیات، شهره، نجفی، محمدتقی، و نورمحمدی، احمد. (۱۳۹۷). «رابطه باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی در بیماران کلیوی تحت همودایلیز شهر کرج». *علوم پزشکی صدر، سال ششم، شماره ۲: ۸۷-۱۰۰*.
- سعادت، کاملیا، نامور، هومن و نصرالهی، بیتا. (۱۴۰۱). «باورهای فراشناختی، هویت نوظهور بزرگسالی و نقش میانجی سلامت روان: رویکرد مدل سازی معادلات ساختاری». *مجله تحقیقات سلامت کاسپین، سال هفتم، شماره ۳: ۱۲۷-۱۳۶*.
- قربانی حسن آبادی، رضا؛ قاسمی مطلق، مهدی و جاجرمی، محمود. (۱۴۰۲). «تدوین مدل ساختاری رابطه باورهای فراشناختی با پریشانی روانشناختی و نقش میانجی بهزیستی روانشناختی در مددجویان مرد زندانی». *مجله مطالعات ناتوانی، سال چهاردهم، شماره ۱۳: ۱-۱۰*.
- معینی زاده، مجید، مولوی، الهه و اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد. (۱۳۹۹). «بررسی رابطه باورهای فراشناختی و نشانگان شناختی-توجهی با اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر: نقش تعدیل کننده عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل ابهام». *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، سال دهم، شماره ۲: ۵-۲۴*.
- Anderson, R.; Capobianco, L.; Fisher, P.; Reeves, D.; Heal, C.; Faija, C.; Gaffney, H. & Wells, A. (2019). "Testing relationships between metacognitive beliefs, anxiety and depression in cardiac and cancer patients: Are they transdiagnostic?" *Journal of Psychosomatic Research*, 124, 109738.
- Andrykowski, M. A., & Kangas, M. (2010). *Posttraumatic stress disorder associated with cancer diagnosis and treatment*. In J. C. Holland, W. Breitbart,

- P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 348–357). New York, NY: *Oxford University Press*. doi:10.1093/med/9780195367430.003.0047.
- Bailey, R. & Wells, A. (2015). "Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA". *Psychiatry Res*, 30;230(3), 871-877.
 - Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). "Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study". *BMJ: British Medical Journal*, 330, 702–705. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3.
 - Cano-López, J.B.; García-Sancho, E.; Fernández-Castilla, B. & Salguero, J.M. (2022). "Empirical evidence of the metacognitive model of rumination and depression in clinical and nonclinical samples: a systematic review and meta-analysis". *Cogn. Ther. Res.*, 46: 367-392.
 - Capobianco, L.; Faija, C.; Husain Z. & Wells, A. (2020). "Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review". *PLoS ONE*, 15(9): e0238457.
 - Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). "The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer". *Health Psychology*, 34(3), 207–215.
 - Dempster, M., McCorry, N. K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L., & Johnston, B. T. (2012). "Psychological distress among survivors of esophageal cancer: The role of illness cognitions and coping". *Diseases of The Esophagus*, 25, 222–227.
 - Fisher, P. L; McNicol, K.; Cherry, M. G.; Young, B.; Smith, Ed.; Abbey, G. & Salmon, P. (2018). "The association of metacognitive beliefs with emotional distress and trauma symptoms in adolescent and young adult survivors of cancer". *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(5), 545-556.
 - Keen, E., Kangas, M., & Gilchrist, P. T. (2022). "A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress". *British Journal of Health Psychology*, 27, 1398–1422.
 - Lenzo, V.; Sardella, A.; Martino, G. & Quattropiani, MC. (2020). "A Systematic Review of Metacognitive Beliefs in Chronic Medical Conditions". *Front. Psychol.* 10:2875.
 - Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. J. (1984). *Illness representations and coping with health threats*. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health, Volume IV: Social psychological aspects of health* (pp. 219–252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 - Luckett T, King MT. (2010). "Choosing patient-reported outcome measures for cancer clinical research--practical principles and an algorithm to assist non-specialist researchers". *Eur J Cancer*, 46(18), 3149-57.

- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Nikcevic, A. V., & Spada, M. M. (2012). "Metacognitive factors in chronic fatigue syndrome". *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 552–570.
- Naaman, S. C., Radwan, K., Fergusson, D., & Johnson, S. (2009). "Status of psychological trials in breast cancer patients: A report of three meta-analyses". *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72, 50–69.
- Norton S, Cosco T, Doyle F, Done J, Sacker A. (2013). "The Hospital Anxiety and Depression Scale: a meta confirmatory factor analysis". *J Psychosom Res*, 74(1), 74-81.
- Quattropiani, M. C.; Lenzo, V.; Mucciardi, M. & Toffle, M. E. (2015). "The Role of Metacognitions in Predicting Anxiety and Depression Levels in Cancer Patients Ongoing Chemotherapy". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205: 463-473.
- Rashmi, R. & Vanlalhrui, Ch. (2023). "Metacognitive Processes in Cancer: A Review". *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 44(4), 398- 407.
- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). "The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer". *Psycho-Oncology*, 18, 849–857.
- Scharloo, M., de Jong, R. J. B., Langeveld, T. P. M., van Velzen-Verkaik, E., den Akker, M. M. D. O., & Kaptein, A. A. (2010). "Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: Predicting quality of life outcome". *Supportive Care in Cancer*, 18, 1137–1145.
- Somerfield, M. R. (1997). "The utility of systems models of stress and coping for applied research: The case of cancer adaptation". *Journal of Health Psychology*, 2, 133–151.
- Wells, A. & Caertwright-Hatton, S. (2004). "A short form of meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ-30". *Behavior and Research and Therapy*, 32(4), 867- 870.
- Yilmaz, A. E., Gençöz, T., and Wells, A. (2011). "The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study". *J. Anxiety Dis.* 25, 389–396.

استناد به این مقاله: اخوان مهدوی، محسن؛ خراشادی‌زاده، الهام و بهروان، حسین. (۱۴۰۳). بررسی تأثیر باورهای فراشناختی بر پریشانی عاطفی پس از تشخیص سرطان بیماران بیمارستان امید مشهد، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱ (۳۹)، ۶۷–۹۴.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.