

The Relationship between Metacognitive Beliefs with Quality of Life and Mental Health of Patients with Cancer: A Case-Control Study

Ali Kavosi ¹, Vahid Moeini Ghamchini ¹, Forough Baiky ², Gholamreza Khalili ³, Gholamreza Mohammadi ¹, Fariba Baiky ⁴, Akram Sanagoo ^{5,*}

¹ Department of Operating Room, faculty member of Neyshabur University of medical sciences, Neyshabur, Iran

² Graduate of Master in General Psychology, Islamic Azad University of Gorgan, Golestan, Iran

³ PhD student of Psychology, Faculty Member of Islamic Azad University of Gorgan, Golestan, Iran

⁴ Ms of Educational Planning, Expert evaluation of the Faculty of Medicine and Health Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁵ PhD of Nursing, Associate Professor, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

* **Corresponding author:** Akram Sanagoo, PhD of Nursing, Associate Professor, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. E-mail: sanagoo@goums.ac.ir

Received: 06 Dec 2016

Accepted: 01 Jan 2017

Abstract

Introduction: Patients with cancer face psychosocial and physical problems that may have an impact on the patient's quality of life. Psychologists believe that specific cognitive attitudes towards life may interfere with mental health and ultimately quality of life. Therefore, the main objective of the present research was to study the relationship between metacognitive beliefs and quality of life and mental health of patients with cancer.

Methods: In this case-control study, 50 female patients diagnosed with cancer and 50 female patients without cancer (matched by age and gender) in 5th of Azar hospital (2015) were recruited by convenience sampling. Data were collected using standard metacognitive beliefs questionnaires, quality of life, and mental health. Reliability questionnaires through the Cronbach's alpha test was measured. Data were collected and analyzed using SPSS 16 software and descriptive and inferential statistics (t test and Pearson correlation test).

Results: The results showed that most patients of both groups were aged between 40 and 50 years old. The Pearson correlation test showed a significant negative relationship between metacognitive beliefs and quality of life in cancer patients ($P < 0.05$), yet, there was no significant difference in patients without cancer ($P > 0.05$). Also, there was a significant positive relationship between metacognitive beliefs and mental health in both groups ($P < 0.05$). The t test showed a significant difference between quality of life in the two groups ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the findings of the present research, meta-cognitive domains of patients with cancer compared with healthy controls have a relationship with quality of life and mental health. Given the importance and necessity of metacognitive awareness, considering strategies for training programs and psychological interventions, can improve the mental health status and quality of life of patients with cancer.

Keywords: Metacognitive beliefs, Quality of life, Mental health, Cancer, Patients

بررسی رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی: یک مطالعه مورد-شاهدی

علی کاوسی ۱، وحید معینی قمچینی ۱، فروغ بیکی ۲، غلامرضا خلیلی ۳، غلامرضا محمدی ۱،
فریبا بیکی ۴، اکرم ثناگو ۵، *

^۱ گروه اتاق عمل، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران
^۳ دانشجوی دکتری روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران
^۴ کارشناس ارشد برنامه ریزی آموزشی، کارشناس ارزشیابی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
^۵ دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
* نویسنده مسئول: اکرم ثناگو، دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
ایمیل: sanagoo@goums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۱۶

چکیده

مقدمه: بیماران سرطانی دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می‌شوند که ممکن است این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان گردد. روانشناسان معتقدند وجود نگرش شناختی خاص آن‌ها به زندگی می‌تواند در سلامت روانی و در نهایت کیفیت زندگی آنان دخالت داشته باشد. لذا این پژوهش باهدف تعیین رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مورد شاهدی با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش، در گروه مورد تعداد ۵۰ بیمار زن مبتلا به سرطان در گروه شاهد تعداد ۵۰ زن فاقد بیماری سرطان (همسان شده از نظر سن و جنس) مراجعه‌کننده به بیمارستان ۵ آذر گرگان (۱۳۹۴) به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی، کیفیت زندگی و سلامت روانی بود. پایایی ابزارها از طریق آزمون آلفا کرونباخ سنجیده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS16 و با استفاده از آزمون توصیفی و استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون، تی تست) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بیشترین رده سنی در هر دو گروه بین ۴۰ تا ۵۰ سال بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). ولی در بیماران غیر سرطانی رابطه معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). همچنین بین باورهای فراشناختی با سلامت روانی در هر دو گروه رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). آزمون تی تست نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین کیفیت زندگی در دو گروه مطالعه وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، بین حیطه‌های فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی در مقایسه با افراد غیر سرطانی، رابطه وجود دارد و با توجه به اهمیت و ضرورت آگاهی‌های فراشناختی، در نظر گرفتن این راهبرد در برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی، می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی، کیفیت زندگی، سلامت روان، سرطان، بیماران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب و دیگر اختلالات خلقی در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر می‌شوند [۱]. تردیدی

سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان است. این بیماری که یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است، حجم زیادی از تلاش‌های نظام‌های مراقبتی را به خود اختصاص می‌دهد [۱]. بیماران مبتلا به سرطان به‌طور معمول دامنه‌ای از علائم

نیست که تشخیص بیماری‌های تهدیدکننده حیات چون سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد می‌گذارد. سرطان صرفاً یک رویداد با پایانی معین نیست، بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی مربوط به آن‌ها مشخص می‌گردد [۳]. سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آن‌ها نیز می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود. گروهی از محققین ایتالیایی با مطالعه بیماران مبتلابه سرطان در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال دریافتند، مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر داشته است، اضطراب می‌باشد و در صورت سن بالای ۵۰ سال، سطوح تحصیلی پایین و عدم اشتغال به کار، کیفیت زندگی بیماران نامطلوب می‌شود [۴]. از طرفی چنانچه خشم به وجود آمده در بیماران سرطانی، به‌درستی ابراز نگردد، این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش در راستای خودکشی شود [۵]. حسن‌پور در مطالعه خود که بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلابه انواع سرطان انجام داد، اظهار نمود ۳۴ درصد بیماران تحت بررسی کیفیت زندگی مطلوبی نداشته‌اند [۶]. درواقع کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به‌عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد. در بیماران سرطانی مثل دیگر بیماری‌های مزمن، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت می‌باشد و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد در کیفیت زندگی می‌باشد [۷]. بنابراین می‌توان با انجام راهبردهایی به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت‌زمان بستری در بیمارستان و درنهایت کاهش هزینه‌های بیمارستانی در این بیماران کمک کرد. یکی از این راهبردها، راهبرد فراشناختی یعنی آگاهی افراد از فرآیند تفکر خود و توانایی آن‌ها برای کنترل این فرآیند است [۸]. به‌عنوان مثال داشتن باور مثبت نسبت به توانایی‌های خود، در درمان بیماری‌های روانی نقش قابل‌توجهی دارد. در سال‌های اخیر فراشناخت به‌عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلالات روان‌شناختی موردبررسی قرار گرفته است. فراشناخت، مفهومی چندوجهی است که در بردارنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی می‌باشد که شناخت را ارزیابی و نظارت می‌کند [۹]. درواقع، رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر شده و موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود و درنتیجه باعث بروز مشکلات روانی می‌گردد [۱۰]. همچنین فراشناخت به اطلاعاتی گفته می‌شود که فرد در مورد نظام شناختی خود دارد به‌نحوی که قضاوت فراشناخت در ایجاد تفکر تحلیلی و به وجود آمدن احساس درستی انجام کارها، هم در افزایش شهود و هم برافزایش تعقل نقش دارد [۸]. نتایج مطالعات نشان داده است که باورهای فراشناختی از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه‌های ناسازگارانه افکار منفی را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند به بهبود وضعیت

سلامت روانی کمک کرد [۱۱-۱۳]. و در طرف مقابل، نقص در توانایی‌های فراشناختی باعث مشکلات در کارکرد اجتماعی، کیفیت پایین زندگی و آسیب‌های روانی می‌شود [۱۴]. فومنی و همکاران (۲۰۱۴) در مقاله‌ای به این نتیجه رسیدند که بین باورهای فراشناختی و سلامت روانی رابطه منفی و معنی‌دار و بین باورهای فراشناختی و عزت‌نفس رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد [۱۵]. همچنین نتیجه مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با اثربخشی شرکت در گروه فراشناخت درمان بر باورهای فراشناخت از زنان مبتلابه سرطان پستان بیانگر آن بود که درمان فراشناخت با کنترل پیش‌آزمون، اثر قابل‌توجهی در کاهش علائم مربوط به عوامل فراشناخت (باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر و نیاز به کنترل افکار) در زنان مبتلابه سرطان پستان دارد [۱۶]. هدف اصلی سلامت روانی کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است. با توجه به اهمیت مفهوم کیفیت زندگی، سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی، بر آن شدیم تا ارتباط بین باورهای شناختی با کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران سرطانی در مقایسه با افراد غیر سرطانی بررسی نماییم تا نتایج این تحقیق ضمن حمایت از بیماران سرطانی، راهگشای طرح‌های مداخله‌ای در این خصوص باشد.

روش کار

در این مطالعه مورد شاهدهی، با توجه به محدود بودن جامعه آماری، کلیه بیماران زن سرطانی تحت شیمی‌درمانی بیمارستان ۵ آذر گرگان (۵۰ نفر) در سال ۱۳۹۴ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است ۵۰ نفر از بیماران زن غیر سرطانی نیز برای مقایسه با نتایج بیماران زن سرطانی وارد مطالعه شدند که دو گروه از لحاظ سن و جنس همسان بودند. معیارهای ورودی که طبق آن‌ها پرسشنامه به افراد گروه مورد داده شد عبارت بودند از: سن بالاتر از ۱۶ سال و کمتر از ۷۵ سال، تشخیص ابتلای فرد به سرطان، افراد تحت شیمی‌درمانی بوده باشند. جهت گردآوری اطلاعات در این مطالعه از سه ابزار، باورهای فراشناختی، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت روانی استفاده شد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی

پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز و کاتریت -هاتون [۱۷] یک مقیاس خود گزارشی ۳۰ آیتمی است که تفاوت‌های فردی را در مورد باورها-فراشناخت، قضاوت‌ها و گرایش‌های نظارت‌گری ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس ۱ - تضاد شناختی ۲ - باورهای مثبت ۳ - خودآگاهی شناختی ۴ - کنترل ناپذیری و خطر افکار (یا باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار) ۵ - نیاز به کنترل افکار، می‌باشد و در طیف ۴ گزینه‌ای تنظیم شده بود. نحوه امتیازدهی به‌صورت: هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) بود. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد پرسشنامه باورهای فراشناختی از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ [۱۷] بود و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است [۱۸]. در ارتباط با روایی سازه، همبستگی مثبتی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه و مقیاس‌های مرتبط از لحاظ

نظری مشاهده شده است و به طور مجدد ساختار عاملی آن تأیید شده است [۱۹]. لازم به ذکر است برای اطمینان از پایایی پرسشنامه، ضریب آلفا کرونباخ در مطالعه ما محاسبه شد که ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی

اندازه گیری این متغیر توسط پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) [۲۰] صورت می گیرد. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می سنجد. (هریک از حیطه ها به ترتیب ۶، ۳ و ۸ سؤال می باشد) دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند؛ بنابراین پرسشنامه در مجموع، ۲۶ سؤال دارد. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن ۲۰ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است [۲۱]. لازم به ذکر است روایی و پایایی پرسشنامه در خارج از کشور توسط برلیم و همکاران با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۴ [۲۲] و داخل کشور توسط نجات و همکاران با ضریب آلفا کرونباخ بالای ۰/۷ [۲۱] سنجیده شده است. در مطالعه ما ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت روانی

پرسشنامه ۲۸ سؤالی گلدبرگ و هیلیر (GHQ-28: General Health Questionnaire) در سال ۱۹۷۹ [۲۳] که چهار بعد نشانه های روان تنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید را هریک با ۷ سؤال می سنجد و در طیف ۴ گزینه ای به صورت ۰ تا ۳ نمره گذاری گردیده که نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر بود. نمره بالاتر در این پرسشنامه به معنی سطح پایین سلامت روانی می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه سلامت روانی در مطالعات خارج و داخل کشور سنجیده شده است. بطوریکه در مطالعات جاکسون و لوبو ضریب پایایی بالای ۰/۷۵ گزارش شده است [۲۴، ۲۵].

در داخل کشور نیز نضیفی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا کرونباخ را در چهار بعد پرسشنامه سلامت روانی به ترتیب نشان های روان تنی (۰/۸۶)، اضطراب و بی خوابی (۰/۸۸)، اختلال در عملکرد اجتماعی (۰/۷۴) و افسردگی شدید (۰/۸۹) و در نهایت برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آوردند [۲۶]. همچنین نوربها و همکاران (۱۳۸۰) برای پایایی پرسشنامه از روش باز آ مایی با فاصله زمانی یک هفته استفاده کردند که میزان همبستگی ۰/۸۵ به دست آمد [۲۷]. لازم به ذکر است ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه سلامت روانی در مطالعه ما ۰/۷۸ به دست آمد. در گروه مورد بعد از تشخیص و تأیید بیماری سرطان توسط پزشک، با توضیح هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت بیماران، ابتدا اطلاعات دموگرافیک و سپس پرسشنامه ها توسط آن ها تکمیل شد. همچنین در گروه شاهد نیز افراد سالم به طور تصادفی وارد مطالعه شدند و اطلاعات دموگرافیک و سپس پرسشنامه ها توسط آن ها تکمیل شد. لازم به ذکر است جمع آوری اطلاعات در بازه زمانی دوماهه صورت پذیرفت. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها وارد کامپیوتر شده و مقایسه نتایج دو گروه مورد و شاهد توسط نرم افزار SPSS16 و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار)، آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تی تست) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است سطح معناداری مطالعه ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر در ابتدا هدف از انجام پژوهش را برای واحدهای مورد پژوهش و افراد شرکت کننده توضیح داد و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود و نیازی به نوشتن نام نمی باشد و شرکت در مطالعه برحسب تمایل شخصی آن ها بود.

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که به ترتیب میانگین سنی ۳۴ درصد و ۳۲ درصد از بیماران سرطانی و غیر سرطانی در مطالعه بین ۴۰ تا ۵۰ سال بود. طبق نتایج میانگین و انحراف معیار سن بیماران سرطانی و غیر سرطانی شرکت کننده به ترتیب $6/92 \pm 54/75$ و $7/76 \pm 52/16$ بود. **جدول ۱** مشخصات دموگرافیک بیماران را نشان می دهد.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی های دموگرافیک بیماران سرطانی و غیر سرطانی

اطلاعات دموگرافیک		بیماران سرطانی		بیماران غیر سرطانی	
سن	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کمتر از ۳۰ سال	۵	۱۰	۸	۱۶	
۳۰-۴۰	۱۲	۲۴	۱۳	۲۶	
۴۰-۵۰	۱۷	۳۴	۱۶	۳۲	
بیش از ۵۰ سال	۱۶	۳۲	۱۳	۲۶	
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	
وضعیت تأهل					
متأهل	۳۸	۷۶	۲۹	۵۸	
مجرد	۱۲	۲۴	۲۱	۴۲	
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	

جدول ۲: آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین باورهای فراشناختی باکیفیت زندگی بیماران سرطانی و غیر سرطانی

شاخص آماری متغیر	مقدار ضریب همبستگی	سطح معناداری
باورهای فراشناختی باکیفیت زندگی بیماران سرطانی	- ۰/۳۷۴	۰/۰۰۷
باورهای فراشناختی باکیفیت زندگی بیماران غیر سرطانی	- ۰/۲۱۷	۰/۱۲۸

جدول ۳: آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین باورهای فراشناختی با سلامت روانی بیماران سرطانی و غیر سرطانی

شاخص آماری متغیر	مقدار ضریب همبستگی	سطح معناداری
باورهای فراشناختی با سلامت روانی بیماران سرطانی	۰/۷۴۷	۰/۰۰۰
باورهای فراشناختی با سلامت روانی بیماران غیر سرطانی	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰

جدول ۴: مقایسه باورهای شناختی، کیفیت زندگی و سلامت روانی در بین بیماران سرطانی و غیر سرطانی

متغیر	بیماران				T-Test
	مبتلا به سرطان		غیر سرطان		
	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	
کیفیت زندگی	۷۹/۶۶	۵۰	۸۹/۹۴	۵۰	۰/۰۰۰
باورهای فراشناختی	۸۶/۲۲	۵۰	۸۴/۵۲	۵۰	۰/۲۶۹
سلامت روانی	۶۰/۰۸	۵۰	۵۹/۳۶	۵۰	۰/۶۱۱

شود [۲۹]. همچنین شاکری و همکاران (۱۳۹۲) نیز در مطالعه نیمه تجربی خود رابطه معناداری را بین اثربخشی درمان فراشناختی با افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده گزارش نمودند [۳۰]. کوک و همکاران (۲۰۱۵) در مقاله‌ای با عنوان ارتباط باورهای فراشناختی با ناراحتی عاطفی پس از تشخیص سرطان نشان دادند که باورهای فراشناختی با علائم اضطراب، افسردگی و PTSD همراه بود [۳۱]. ولز (۲۰۰۸) یکی از راه‌های افزایش کیفیت زندگی در بیماران را باورهای شناختی مثبت عنوان کرده است [۳۲]. به نظر می‌آید نگرانی و باورهای مثبت درباره نگرانی در کنار تضاد شناختی و عدم توانایی در کنترل افکار می‌تواند حیطه‌های اجتماعی، روانی و جسمی بیماران مبتلا به سرطان را دچار مشکل نماید. همچنین می‌توان گفت بیماران مبتلا به سرطان به دلیل استفاده فراوان از راهبردهای ناکارآمد رفتاری (اهمال کاری، گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوار فکری) و هیجانی (گریه کردن) تقریباً تمام زندگی خود را صرف رها شدن از هیجان‌های منفی گذشته و تغییرات آن‌ها می‌کنند این راهبردها نه تنها مؤثر و رهایی‌بخش نیست بلکه کارکردهای اجتماعی، شغلی، تحصیلی و روانشناختی فرد را به شدت تحت تأثیر نقطه بین کلمه قرار می‌دهد و از انجایی که بیاد باورهای فراشناختی مثبت به‌طور غیرمستقیم موجب کاهش راهبردهای ناکارآمد می‌شود می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و افزایش ناکارآمدی فرد در تمام جوانب زندگی انجامد. درواقع در فراشناخت قطع مکانیسم‌های تداوم‌بخش راهبردهای ناکارآمد توجه او را از درگیر شدن مکرر با اتفاقات ناخوشایند گذشته خلاص می‌کند و به فرد این توانایی را می‌دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی هیجانی و رفتاری نجات دهد تا که بتواند بر سایر جوانب زندگی فرد معطوف شود درواقع همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های قبلی انجام‌شده بیانگر آن است که دستاوردهای آن تنها به کاهش علائم بالینی نمی‌شود بلکه وسعت آن به بهبود کارکردهای اجتماعی، شغلی، تحصیلی نیز منجر می‌شود.

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین باورهای فراشناختی باکیفیت زندگی بیماران سرطانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$)؛ و بین باورهای فراشناختی باکیفیت زندگی بیماران غیر سرطانی رابطه معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۲).

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون که بین باورهای فراشناختی با سلامت روانی بیماران سرطانی و بیماران غیر سرطانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۳).

همچنین آزمون تی تست نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین کیفیت زندگی در دو گروه مطالعه وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) ولی آزمون تی تست اختلاف معناداری را بین میانگین باورهای فراشناختی و سلامت روان در دو گروه بیماران زن سرطانی و بیماران غیر سرطانی با یکدیگر نشان نداد ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۴).

بحث

این مطالعه باهدف رابطه باورهای فراشناختی باکیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران زن سرطانی و غیر سرطانی بیمارستان ۵ آذر گرگان انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت حال آنکه رابطه معنی‌داری بین این دو متغیر در بیماران غیر سرطانی مشاهده نشد. نتایج تمامی مطالعات هم‌راستا با نتایج ما بود. به‌عنوان مثال انتظاری و مجتبابی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش اضطراب و اثر آن بر نگرانی و کیفیت زندگی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که درمان فراشناختی علائم اضطراب و نگرانی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر را ارتقا می‌بخشد [۲۸]. پرهون و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند درمان فراشناختی می‌تواند باعث کاهش نشانه‌های اختلال روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی

طریق تأثیر بر انتخاب راهبرد مقابله‌ای و ادراک فرد از توانایی‌های خود با تداوم آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارند. به لحاظ کاربرد بالینی یافته‌های مطالعات نشان داد که می‌توان به بیماران آموزش داد باورهای فراشناختی خود را تغییر داده و در نتیجه از سلامت عمومی و روانی بیشتری برخوردار شوند. در مقایسه بین باورهای فراشناختی و سلامت روانی بیماران سرطانی و غیر سرطانی، آزمون آماری تی تست تفاوت معناداری را نشان نداد ولی در کیفیت زندگی این دو گروه تفاوت معنی‌داری دیده شد و میانگین نمرات بیماران سرطانی پایین‌تر از سایر بیماران بود که این تفاوت‌ها می‌تواند به علت نوع بیماری و طول مدت درمان و آثار ظاهری ناشی از شیمی‌درمانی باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، حیطه‌های فراشناختی بیماران تحت شیمی‌درمانی باکیفیت زندگی و سلامت روانی آنان رابطه دارد و با توجه به اهمیت و ضرورت آگاهی‌های فراشناختی، آموزش این راهبردها توصیه می‌شود. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است. از جمله حجم نمونه کم و مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر که باعث ایجاد محدودیت‌هایی در زمینه غربالگری شد. امکان تعمیم داده‌های حاصل از این پژوهش را محدود می‌کند. عدم توجه به سایر عوامل دیگر همچون وضعیت خانوادگی و سطح حمایت خانواده، سن و ... از سوی بیماران در ارائه پاسخ‌های خود در پرسشنامه‌ها بوده است که می‌تواند به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده اثرگذار مورد توجه قرار گرفته باشد. استفاده تنها از یک مرکز درمانی برای نمونه‌گیری، به کار نبردن روش‌های معتبرتر سنجش بالینی مثل مصاحبه و همچنین شرایط روحی و روانی بیماران که بر نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات تأثیرگذار بود. لذا برای انجام تحقیقات مشابه پیشنهاد می‌شود محدودیت‌های بیان‌شده، کنترل شود. برای پژوهش‌های بعدی توسط همکاران محترم پیشنهاد می‌شود ۱- رابطه هر یک از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی بررسی شود. ۲- تأثیر افزایش درمان‌های فراشناختی بر سلامت روان بررسی شود. ۳- تحقیقی مشابه در سایر گروه‌های اجتماعی و علی‌الخصوص آقایان نیز انجام گیرد.

سپاسگزاری

از سرپرستار محترم بخش سرطان و تمامی بیماران شرکت‌کننده که نهایت همکاری را برای اجرای این طرح داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. در پایان لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی گرگان می‌باشد که مورد تصویب و حمایت مالی آن دانشگاه قرار گرفته و انجام شده است.

References

1. Micheli A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M, Oberaigner W, et al. European health systems and cancer care. Ann Oncol. 2003;14 Suppl 5(suppl 5):v41-60. PMID: 14684500
2. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. CA Cancer J Clin. 2005;55(2):109-16. PMID: 15761079
3. Zebrack BJ. Cancer survivor identity and quality of life. Cancer Pract. 2000;8(5):238-42. PMID: 11898236

بین باورهای فراشناختی و سلامت روانی در هر دو گروه بیماران سرطانی و غیر سرطانی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت و نتایج ضریب همبستگی نشان داد که این رابطه در بیماران سرطانی قوی‌تر است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد بیماران سرطانی از سطوح بالاتری از باورهای فراشناختی برخوردار می‌باشند و نمره سلامت روانی بالاتر کسب نموده که حاکی از بدتر بودن وضعیت سلامت روانی افراد می‌باشد. به بیان دیگر هراندازه نمرات باورهای فراشناختی افزایش یابد ناتوانی فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، ناتوانی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و ناتوانی در حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود افزایش می‌یابد. زندگی و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله‌ای با عنوان بررسی و مقایسه سلامت روان و باورهای فراشناخت در بیماران سرطانی، دیالیزی و شکستگی عادی به این نتیجه رسیدند که سلامت عمومی و باورهای شناختی در بین بیماران تفاوت معناداری وجود دارد بطوریکه سلامت عمومی و باورهای شناختی بیماران سرطانی نسبت به بیماران دیگر، پایین‌تر می‌باشد. در نتیجه مشکلات و بیماری‌های جسمی به‌ویژه زمانی که از نوع صعب‌العلاج باشد توانایی‌های فراشناختی افراد را کاهش می‌دهد [۳۳]. عطادخت و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان مقایسه نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی حافظان قرآن و افراد عادی نشان دادند پیش‌بینی مؤلفه‌های سلامت عمومی از روی باورهای فراشناختی در حافظان قرآن معنی‌دار می‌باشد [۳۴]. پورنامداریان و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان بررسی نقش باورهای فراشناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران نشان دادند که در مجموع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۳۵]. عاشوری و همکاران (۱۳۸۸) در مقاله‌ای با عنوان باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان نشان دادند بین نمرات افراد در مقیاس‌های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت به عبارتی با افزایش نمره فرد در مقیاس فراشناختی، وضعیت سلامت عمومی وی بدتر می‌شد [۱۱]. انتصار فومن و همکاران (۲۰۱۴) در مقاله‌ای با عنوان رابطه بین باورهای فراشناختی و سلامت روانی و عزت‌نفس نشان داد که بین باورهای فراشناختی و سلامت روانی و عزت‌نفس رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۵]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فراشناخت‌ها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی می‌شود. در این رابطه اسپاد و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که باورهای فراشناختی نقش میانجی بین ادراک استرس و بروز هیجانات منفی را بازی می‌کنند [۳۶]. به‌طور کلی می‌توان گفت باورهای فراشناختی از

4. Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. Gynecol Oncol. 2008;111(1):144-50. DOI: 10.1016/j.ygyno.2008.06.034 PMID: 18692225
5. Juver JP, Vercosa N. Depression in patients with advanced cancer and pain. Rev Bras Anestesi. 2008;58(3):287-98. PMID: 19378525

6. Hasanpour Dehkordi A. [Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients under Chemotherapy in Tehran (2004)]. J Kermanshah Univ Med Sci. 2006;10(2).
7. Mardani Hamouleh M, Shahraki A. [The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients]. Sci J Hamadan Univ Med Sci. 2009;16(2):33-8.
8. Desoete A, Ozsoy G. Introduction: Metacognition, More than the Lognes Monster? Int Electron J Elem. 2009;2(1):1-6.
9. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. New York: John Wiley & Sons; 2002.
10. Efklides A, Misailidi P. Trends and prospects in metacognition research. New York: Springer Science and Business Media; 2010.
11. Ashoori A, Vakili Y, Ben Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. J Fundam Ment Health. 2009;11(1):15-20.
12. Shariat S. Review on metacognition: the perspectives and studies. Cheshmandaz Amin in Appl Psychol. 2014;1(1):1-23.
13. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Ireson J. Metacognition as a Mediator of the Effect of Test Anxiety on a Surface Approach to Studying. Educ Psychol. 2006;26(5):615-24. DOI: 10.1080/0144341050390673
14. Semerari A, Cucchi M, Dimaggio G, Cavadini D, Carcione A, Battelli V, et al. The development of the Metacognition Assessment interview: instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. Psychiatry Res. 2012;200(2-3):890-5. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.07.015 PMID: 22906953
15. Entesar Foumany G, Salehi J, Ifaei F. The Relationship between Meta-Cognition, Mental Health and Self-Esteem in Students. J Appl Environ Biol Sci. 2014;4(3):61-7.
16. Rahmani S, Makvand Hosseini S, Ghanbary Motlagh A. The Effectiveness of Group Metacognition Treatment on Metacognition Beliefs of Women with Breast Cancer. Iranian J Cogn Educ. 2014;1(2):13-20.
17. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385-96. DOI: 10.1016/S005-7967(03)00147-5 PMID: 14998733
18. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. Iranian J Psychiatry Clin Psychol. 2008;14(1):46-55.
19. Spada MM, Mohiyeddini C, Wells A. Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. Pers Individ Diff. 2008;45(3):238-42. DOI: 10.1016/j.paid.2008.04.005
20. Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. 1996.
21. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2006;4(4):1-12.
22. Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. Qual Life Res. 2005;14(2):561-4. PMID: 15892446
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139-45. PMID: 424481
24. Jackson C. The General Health Questionnaire. Occup Med. 2006;57(1):79-. DOI: 10.1093/occmed/kql169
25. Lobo A, Perez-Echeverria MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychol Med. 1986;16(1):135-40. PMID: 3961039
26. Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Translation of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. J Fasa Uni Med Sci. 2014;3(4):336-42.
27. Noorbala A, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. Hakim Res J. 2009;11(4):47-53.
28. Entezari S, Mojtabae M. The effectiveness of cognitive therapy in reducing anxiety and concern and its impact on quality of life of People with generalized anxiety disorder. Psychol Res J. 2012;2(32):58-64.
29. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Parhoon K. Comparison of the brief behavioral activation treatment and meta-cognitive therapy in the reduction of the symptoms and in the improvement of the quality of life in the major depressed patients. J Res Psychol Health. 2013;6(4):36-52.
30. Shakeri M, Parhoon H, Mohamadkhani S, Hasani J, Parhoon K. Effectiveness of meta-cognitive therapy on depressive symptoms and quality of life of patients with major depression disorder. J N Khorasan Uni. 2015;7(2):253-65.
31. Cook SA, Salmon P, Dunn G, Holcombe C, Cornford P, Fisher P. The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. Health Psychol. 2015;34(3):207-15. DOI: 10.1037/hea0000096 PMID: 25133826
32. Wells A. Metacognitive therapy: A practical guide. New York: Guilford; 2008.
33. Zandi M, Bagheri M, Dehkordi A, Azizi J. Review and compare mental health and metacognitive beliefs in patients with cancer and kidney dialysis and normal fracture. First scientific conference of psychology education pathology; Tehran 2015.
34. Atadokht A, Porzoor P, Basharpour S, Moazedi K. Role of Meta-Cognitive Beliefs in Predicting General Health of Quran Memorizers and Nonmemorizers. J Health. 2015;5(4):300-9.
35. Pournamdarian M, Birashk B, Asghamejad F. The role of meta-cognitive Beliefs in depression-anxiety-stress Symptoms in nurses of Beast Hospital in Hamedan at 1389-90. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2013;21(2):12-22.
36. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. Pers Individ Diff. 2008;44(5):1172-81. DOI: 10.1016/j.paid.2007.11.010