

مدل شناختی اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان: نقش متغیرهای شناختی و فراشناختی

*شکوه اثنی عشری^۱، شهرام محمدخانی^۲، حمیدرضا حسن آبادی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ۲. دکترای تخصصی روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ۳. دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
(تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۶/۷ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۲۶)

Cognitive model of anxiety in cancer patients: the role of cognitive and metacognitive components

*Shokouh Esnaashari¹, Shahram Mohammadkhani², HamidReza Hassanabadi³

1. M.Sc. of Clinical Psychology, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran, 2. Ph.D. Of Clinical Psychology, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran, 3. Ph.D. of Educational Psychology, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran.

(Received: Aug. 29, 2015- Accepted: Sep. 16, 2016)

چکیده

Abstract

Introduction: The purpose of present study was investigating cognitive model of anxiety according to Dugas's model about anxiety cognitive components in cancer patients. In this model cognitive variables such as intolerance of uncertainty, positive beliefs about worry, cognitive avoidance, negative problem orientation and their direct and indirect effects on worry and anxiety as structural and measurement were investigated. **Method:** Three hundred of cancer patients were selected from a hospital and chemotherapy clinic in Isfahan city. They were evaluated with intolerance of uncertainty scale, metacognitive questionnaire (positive beliefs about worry subscale), cognitive avoidance scale, negative problem orientation questionnaire, Pen State worry questionnaire and state-trait anxiety inventory. Data of research examined through structural equation modeling. **Results:** The results show that this model had good fit for cancer patients and relations between mediator variables, Endo and Exo variables are significant. **Conclusion:** significant variance of worry and anxiety are explained by this model in cancer patients.

Keywords: Cancer; Anxiety; Worry; Intolerance of uncertainty; Cognitive avoidance; Positive beliefs about worry.

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور بررسی مدل شناختی اضطراب بر اساس مدل دوگاس، در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. در این مدل متغیرهای شناختی عدم تحمل ابهام، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها بر نگرانی و اضطراب، در قالب مدل اندازه‌گیری و ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. **روش:** سیصد نفر از مبتلایان به بیماری سرطان به صورت دردسترس در یک بیمارستان و کلینیک شیمی‌درمانی در اصفهان انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که این مدل در بیماران مبتلا به سرطان از برازش مناسبی برخوردار است و روابط بین متغیرهای میانجی با متغیرهای برون‌زا و درون‌زا معنادار بوده و واریانس معناداری از نگرانی و اضطراب توسط متغیرهای مورد بررسی مدل در این گروه از بیماران تبیین شده است. **نتیجه‌گیری:** بررسی مدل پیشنهادی در این پژوهش نشان داد که داده‌های به دست آمده از شرکت‌کنندگان مبتلا به بیماری سرطان با مدل دوگاس (۲۰۰۴) برازش خوبی دارد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، اضطراب، نگرانی، عدم تحمل ابهام،

اجتناب شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی.

مقدمه

درمانی ضعیف منجر می‌شود (بالانتین^۷، ۲۰۰۹؛ استارک^۸، کیلی^۹ و اسمیت^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ اسمیت^{۱۱}، گام^{۱۲} و دیکنز^{۱۳}، ۲۰۰۳؛ اسپنسر^{۱۴}، نیلسون^{۱۵} و رایت^{۱۶}، ۲۰۱۰). بیماران در مراحل پیشرفته یا پایانی سرطان اغلب اضطراب‌هایی در مورد فرایند درمان، پیشرفت بیماری، درد بدون کنترل، مرگ و ابهام در مورد اتفاقات پس از مرگ دارند. اضطراب همچنین می‌تواند اثر منفی بر فرایندهای درمانی بگذارد و حتی بر طول مدت زنده ماندن این بیماران نیز اثر بگذارد (گرونولد^{۱۷}، پترسن^{۱۸}، ایدلر^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۷). به طور کلی نشانگان اضطرابی معنادار در ۲۵ تا ۴۸ درصد بیماران سرطانی در مراحل پیشرفته بیماری تخمین زده شده است (کیسان^{۲۰}، گرابچ^{۲۱}، لاو^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۴).

در طول ده سال گذشته پژوهشگران به آزمون مدل‌های مختلف نگرانی پرداخته‌اند که به طور کلی در مورد بزرگسالان به ویژه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) گسترش یافته‌اند (بورکوویک، ۲۰۰۶).

سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان است. این بیماری یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است و حجم زیادی از تلاش‌های نظام‌های مراقبتی را به خود اختصاص می‌دهد (کوبرگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). بازماندگان سرطان اعلام کرده‌اند که نگرانی‌های زیادی درباره سرطان (دان^۲، استگینگا^۳، ۲۰۰۰؛ گلدن-کروتز^۴ و اندرسون^۵، ۲۰۰۴) ویا در مورد عود آن دارند (ویکبرگ^۶، ۲۰۰۱؛ ونگ و همکاران، ۲۰۰۶). از عمده‌ترین مسائلی که بیماران مزمن، به ویژه بیماران سرطانی با آن مواجه می‌شوند، استرس و اضطراب ناشی از روبه‌رو شدن با درد و رنج حاصل از بیماری است.

اضطراب شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در مبتلایان به سرطان بوده و به چهار شکل مختلف بروز می‌کند: اضطراب موقعیتی مرتبط با جنبه‌ی ترسناک بیماری یا درمان، اضطراب وابسته به بیماری، اضطراب وابسته به درمان و تشدید اختلال اضطرابی از قبل موجود نظیر فوبیا، حملات پانیک، اختلال اضطراب فراگیر یا وسواس

فکری- عملی. اضطراب یکی از معمول‌ترین علل مشاوره روان‌پزشکی در مراحل پایانی سرطان است که با کیفیت زندگی پایین مرتبط است، بی‌خوابی را افزایش می‌دهد، اعتماد به پزشک را کاهش می‌دهد و به اتحاد

7. Ballantyne
8. Stark
9. Kiely
10. Smith A.
11. Smith EM.
12. Gomm
13. Dickens
14. Spencer
15. Nilsson
16. Wright
17. Groenvold
18. Petersen
19. Idler
20. Kissane
21. Grabsch
22. Love

1. Koberg
2. Dun
3. Steginga
4. Golden-kreutz
5. Anderson
6. Vickberg & Vang

نگرانی با باورهای مثبت به نگرانی از یک سو و اجتناب شناختی از سوی دیگر همبسته است (دوپای^۳ و لاداسر^۴، ۲۰۰۸). در این مدل فرضی، IU به عنوان عامل آسیب-پذیری مرتبه بالا برای اجتناب شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی و جهت گیری منفی به مشکل عمل می کند که در آن میزان نگرانی میانجی رابطه بین این متغیرهای شناختی و اضطراب است. به همین خاطر پیش بینی می شود که روابط معناداری بین سطوح عدم تحمل ابهام، نگرانی، اجتناب شناختی و سایر متغیرهای مرتبط وجود داشته باشد. پژوهش ها نیز وجود چنین روابطی را تأیید کرده اند (دوگاس، مارچاند^۵ و لاداسر، ۲۰۰۵). به این ترتیب و با توجه به نقش این متغیرها در بالا بردن میزان اضطراب و اهمیت اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان در این پژوهش، نقش متغیرهای عدم تحمل ابهام، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی نسبت به مشکل در میزان اضطراب و نگرانی این بیماران بررسی شد.

عدم تحمل ابهام (IU) امروزه به عنوان یک ویژگی برخاسته از مجموعه ای از باورهای منفی در مورد ابهام یا عدم قطعیت و پیامدها و دلالت های آن- که یک پیش-بینی کننده مهم میزان صفت نگرانی و تمایل به تفسیر موقعیت های مبهم به صورت منفی است- هم چنین یک وضعیت شناختی است که خطر GAD و اختلالات اضطرابی را بالا می برد (کوئرر^۶ و دوگاس^۷، ۲۰۰۴). عدم تحمل ابهام فرایند کلیدی درگیر در نگرانی است. بر اساس مطالعات دوگاس و همکاران (۱۹۹۸) IU

این مدل های بزرگسال نگرانی در نقشی که آن ها به سه فرایند شناختی مشخص در پایداری و تداوم نگرانی و اضطراب نسبت می دهند، همپوشی دارند: (۱) حواس-پرتی و راهبردهای سرکوب فکر/ تصویر ذهنی (اجتناب شناختی-CA)؛ (۲) تمایل به تعریف تهدیدآمیز از وقایع که برای سازگاری با حل مسئله دشوار است (جهت-گیری منفی به مشکل -NPO)؛ و (۳) باورهای مثبت در مورد نگرانی (فرانگرانی) (PB). دوگاس و همکاران (۱۹۹۸)، به این مجموعه مثلثی ساختار جدیدی تحت عنوان عدم تحمل ابهام (IU^۱) (مثلاً ذهنم آرام نمی گیرد اگر ندانم فردا چه اتفاقی خواهد افتاد) را اضافه کردند. مدل عدم تحمل ابهام مطرح می کند که افراد مضطرب وجود موقعیت های منفی و مبهم احتمالی را غیر قابل قبول می دانند و وقتی با چنین موقعیت هایی روبه رو می شوند از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطح بلا تکلیفی خود استفاده می کنند که این موضوع نشان دهنده ی رابطه ی تنگاتنگ عدم تحمل ابهام با نگرانی است. فرض بر این است که عدم تحمل ابهام (IU) در پایداری و تحول نگرانی از طریق دو مسیر نقش دارد:

- ۱) IU مستقیماً منجر به نگرانی مزمن از طریق عملیات سوگیری شناختی می شود.
- ۲) IU نگرانی را به طور غیرمستقیم افزایش می دهد، از طریق فرایندهای مرتبط با باورهای مثبت در مورد نگرانی، جهت گیری منفی به حل مسئله و اجتناب شناختی (ولز و دیوی^۲، ۲۰۰۶).

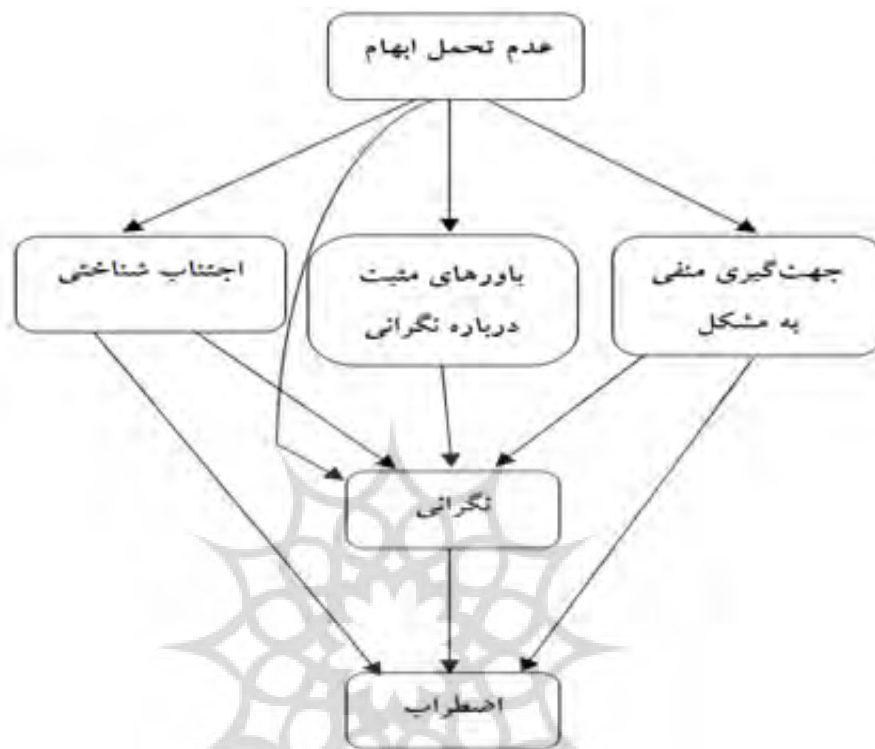
3. Dupuy
4. Ladouceur
5. Marchand
6. Koerner
7. Dugas

1. Intolerance of uncertainty
2. Davey

شد، پژوهش حاضر به منظور ارزیابی مدل شناختی اضطراب (دوگاس و همکاران، ۲۰۰۴)، در بیماران سرطانی انجام گرفت. در پژوهش حاضر نقش مستقیم و غیرمستقیم مؤلفه‌های عدم تحمل ابهام، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و نگرانی در قالب یک مدل مفهومی فرضی (شکل ۱) ارزیابی شد. بر اساس این مدل فرضی، عدم تحمل ابهام از طریق فعال‌سازی اجتناب شناختی، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل موجب بروز نگرانی و در نتیجه اضطراب می‌شود. سؤالی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت، این بود که آیا مدل شناختی فرضی درباره اضطراب و نقش مستقیم و غیرمستقیم عدم تحمل ابهام، اجتناب شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و نگرانی، در بیماران مبتلا به سرطان با داده‌های تجربی برازش دارد؟

مستقیماً خطر نگرانی مفرط را افزایش می‌دهد و همچنین عامل افزایش آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی است زیرا باعث گرایش افراد به طرف اجتناب شناختی (CA)، جهت‌گیری منفی به مشکل (NPO) و باورهای مثبت در مورد نگرانی (PB) می‌شود. یکی از رفتارهای مقابله‌ای که موجب تداوم ارزیابی‌ها و باورهای منفی درباره‌ی نگرانی می‌شود، اجتناب شناختی است که در واقع با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می‌کند. نگرانی به‌نوبه‌ی خود به اجتناب شناختی منجر می‌شود و این خود در یک چرخه‌ی معیوب باعث ابقای نگرانی می‌شود (ولز، ۱۳۹۰).

بررسی پیشینه‌ی پژوهش حاکی از آن بود که اولاً بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی مدل شناختی اضطراب در جمعیت دچار اختلال‌های روان‌شناختی انجام شده است (دوگاس، مارچاند^۱ و لاداسر، ۲۰۰۵) و کاربردپذیری این مدل در تبیین اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی نظیر سرطان مورد بررسی قرار نگرفته است. دوماً توجه به ماهیت بیماری سرطان و نگرانی و اضطراب ناشی از ابهامی که در فرایند تشخیص و درمان آن وجود دارد و از دانش ناکافی در مورد علل و راه‌های درمان این مشکل جدی سلامت ناشی می‌شود، به نظر می‌رسد مدل شناختی دوگاس (۲۰۰۴) که بر نقش کلیدی عدم تحمل ابهام و اجتناب شناختی در شروع، تداوم و تشدید نگرانی و اضطراب تأکید می‌کند، بتواند تبیین روشنی از اضطراب این گروه از بیماران ارائه نماید. بر اساس آنچه مطرح



شکل ۱. مدل فرضی پیشنهادی (برگرفته از مدل شناختی دوگاس، ۲۰۰۴)

روش

وسای، به منظور بررسی برازش داده‌ها با مدل، شاخص‌های برازندگی را محاسبه می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران مبتلا به ۸ نوع از سرطان شامل سرطان‌های مغز استخوان، روده بزرگ، پستان، لنفوم، ریه، رحم و تخمدان، معده و کبد بودند. تعداد افراد نمونه در پژوهش مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری، بر اساس نظر تاباچنیک^۱ و فیدل^۲ (۲۰۰۸)، ۳۰۰ نفر است که این تعداد با استفاده از

پژوهش حاضر از نوع همبستگی، به منظور بررسی برازش مدل ساختاری و داده‌های تجربی آن است. از آنجا که روش پژوهش مدل معادلات ساختاری است، برازش داده‌ها با یک مدل مورد بررسی قرار می‌گیرد. داده‌ها توسط نرم‌افزار لیزرل ۸٫۵ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت، این برنامه پس از ارائه‌ی الگوی اندازه‌گیری (ضرایب لاندای X و Y، تتا دلتا و تتا اپسیلون) و الگوی ساختار کواریانس (ضرایب بتا، گاما

1.Tabachnick
2.Fidell

ابزار

پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ¹): این پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای توسط مولینا و بورکوویک (۱۹۹۴) و برای ارزیابی خصیصه نگرانی و به دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیر نگرانی آسیب‌شناختی تدوین شده است (میر^۲، میلر^۳، متزگر^۴ و بورکوویک، ۱۹۹۰)، که روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (به هیچ‌وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود که مجموع نمرات آن از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است. اعتبار هم‌سانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶-۰/۹۳ و اعتبار باز آزمایی ۲-۱۰ هفته‌ای آن ۰/۷۴-۰/۹۳ گزارش شده است (علیلو و شاهجویی، ۱۳۸۹). در ایران، شیرین زاده دستگردی، گودرزی، غنی زاده و نقوی (۱۳۸۷) اعتبار همسانی درونی آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار باز آزمایی چهار هفته‌ای را ۰/۷۷ گزارش کردند.

در پژوهش حاضر اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. از آنجا که نگرانی یک متغیر پنهان در این پژوهش بود، متغیرهای آشکار آن بر اساس دسته‌بندی گویه‌ها ایجاد شد. چهار متغیر آشکار نگرانی عبارت‌اند از: ۱) تمایل نداشتن به نگرانی (pen1)، ۲) همیشه نگران بودن (pen2)، ۳) عدم توانایی در کنترل و توقف نگرانی (pen3)، ۴) موقعیت‌های نگران‌کننده (pen4).

روش نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در نهایت ۲۸۹ بیمار مبتلا به سرطان، شامل ۱۲۰ مرد (۴۱/۶ درصد) و ۱۶۹ زن (۵۸/۴ درصد) بودند. محدوده سنی آنان از ۱۶ تا ۸۰ سال با میانگین سنی ۴۸/۵ و انحراف استاندارد ۱/۵۲ بود. هشتاد و هشت درصد آزمودنی‌ها متاهل و ۱۲ درصد مجرد بودند. سی و پنج درصد از کلیه شرکت‌کنندگان دارای سابقه ی خانوادگی از بیماری سرطان بودند و ۳۱ درصد آن‌ها علاوه بر بیماری سرطان، بیماری دیگری نیز داشتند. از میان همه‌ی انواع سرطان انواع پستان، تخمدان و رحم مختص زنان است که در کل ۲۳٪ (۶۷ نفر) کل شرکت‌کنندگان را تشکیل داده‌اند. بیشترین نوع سرطان در زنان، سرطان پستان بود، سرطان مغز استخوان و لنفوم به ترتیب در رتبه دوم و سوم قرار داشت. در میان مردان بیشترین تعداد، سرطان مغز استخوان داشتند و سرطان روده بزرگ و لنفوم پس از آن به ترتیب بیشترین تعداد را شامل شدند. در کل سرطان روده بزرگ و مغز استخوان در مردان بیشتر از زنان بود، اما سرطان کبد در زنان بیشتر دیده شد، همچنین انواع سرطان معده، ریه و لنفوم در هر دو جنس تقریباً برابر بود. طول مدت بیماری ۳۵٪ شرکت‌کنندگان بیش از شش ماه بود و ۱۵٪ زیر یک ماه، نیمی از آنان نیز بین ۳-۶ ماه بود که به این بیماری مبتلا بودند، طول مدت بیماری در زنان بیشتر از مردان بود. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان پژوهش تحصیلات زیر دیپلم داشتند (۶۸٪)، ۲۱٪ دیپلم و ۱۱ درصد آنان دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند.

1. Pen State Worry Questionnaire
2. Meyer
3. Miller
4. Metzger

پرسشنامه فراشناخت (MCQ^۲) ۳۰ سؤالی: این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است. هر سؤال بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره‌ها از ۳۰ تا ۱۲۰ در نوسان است. این پرسشنامه به منظور سنجش چند عنصر خصیصه‌ای که برخی از آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، توسط ولز و کارترایت-هاتون در سال ۲۰۰۴، تدوین شده است. این پرسشنامه حیطه‌های فراشناختی را در پنج مقیاس جداگانه تحت عنوان باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی کنترل ناپذیری و خطرپذیری، کفایت شناختی^۳، نیاز به کنترل افکار^۴ و خودآگاهی شناختی^۵ اندازه‌گیری می‌کند (محمدخانی، ۱۳۸۹). اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴)، ۰/۹۳ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش شده است. همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر (۰/۵۳) و پرسشنامه نگرانی ایالت پن (۰/۵۳) معنی‌دار بوده است. شیرین‌زاده دستگردی، گودرزی، رحیمی و نظیری (۱۳۸۷)، روایی و اعتبار این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی ۲۵۸ نفری بررسی کردند. تحلیل عاملی اکتشافی، پنج عامل فوق را تأیید کرد و اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، اعتبار به روش دونیم کردن برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ و اعتبار باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. در

مقیاس عدم تحمل ابهام (IUS^۱): این مقیاس توسط فرستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از ابهام و بلا تکلیفی تدوین شده است. ۲۷ گویه این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه-ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شوند و مجموع نمرات آن از ۲۷ تا ۱۳۵ متغیر است. IUS چهار خرده مقیاس دارد که به وسیله باهر و دوگاس (۲۰۰۲) مشخص شده‌اند: (۱) تصور ابهام و عدم قطعیت به ناتوانی برای عمل کردن منجر می‌شود، (۲) ابهام پریشان کننده و آشفته کننده است، (۳) وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن‌ها دوری کرد و (۴) وجود ابهام و عدم قطعیت غیرمنصفانه است. باهر و دوگاس (۲۰۰۲) اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ و ضریب اعتبار باز آزمایی با فاصله پنج هفته را ۰/۷۸ گزارش کردند. در ایران حمیدپور و اندوز اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این مقیاس را برابر ۰/۸۸ و اعتبار باز آزمایی آن در فاصله ۳ هفته را برابر ۰/۷۶ به دست آورده‌اند (علیلو، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای مقیاس عدم تحمل ابهام ۰/۹۸ به دست آمد. متغیر پنهان عدم تحمل ابهام دارای ۵ متغیر آشکار بر اساس دسته‌بندی گویه‌های این پرسشنامه بود که عبارت‌اند از: (۱) اثرات منفی و خطرات ابهام (IU1)، (۲) واکنش‌های هیجانی نسبت به ابهام (IU2)، (۳) واکنش‌های رفتاری نسبت به ابهام (IU3)، (۴) نگرش‌های منفی در مورد ابهام (IU4) و (۵) اثر منفی ابهام بر عملکرد (IU5).

2. Metacognitive Questionnaire
3. Cognitive competence
4. Need to control beliefs
5. Cognitive self- consciousness

1. Intolerance of Uncertainty Scale

۰/۸۰ گزارش شده است (علیلو، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر اعتبار هم‌سانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای مقیاس اجتناب شناختی ۰/۹۸ به دست آمد. در مورد پرسشنامه‌ی اجتناب شناختی (CAQ) که خود دارای زیرمقیاس است، متغیرهای آشکار همان زیر مقیاس‌ها هستند.

پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل (NPOQ): این پرسشنامه توسط رابی‌چاوود^۲ و دوگاس (۲۰۰۵) در قالب ۱۲ سوال برای سنجش نگرش افراد نسبت به مشکل طراحی شد. این ابزار در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ارزیابی اولیه از ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مذکور (NPOQ) نشان داد که از ساختار تک عاملی تشکیل شده است و اعتبار هم‌سانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). اعتبار بازمی‌آزمایی آن نیز به فاصله ۵ هفته، بالا (۰/۸۰) گزارش شد (رابی‌چاوود و دوگاس، ۲۰۰۵). پژوهش حمیدپور و اندوز نشان داد که این مقیاس اعتبار هم‌سانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶). این محققان اعتبار بازمی‌آزمایی آن را نیز طی ۲ ماه ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر اعتبار هم‌سانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۷ به دست آمد. متغیر پنهان جهت‌گیری منفی به مشکل نیز دارای ۴ متغیر آشکار است: (۱) زیر سوال بردن توانایی‌ها (npoq1)، (۲) ماهیت تهدید کننده بودن مشکلات (تهدیدکننده دانستن مشکلات) (npoq2)، (۳) بزرگ جلوه دادن مشکلات و غیرقابل حل دانستن آنها (npoq3) و (۴) عدم اعتماد به راه حل (زیر سوال بردن راه حل) (npoq4).

پژوهش حاضر اعتبار هم‌سانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر فقط زیر مقیاس باورهای مثبت در مورد نگرانی این پرسشنامه، مورد بررسی قرار گرفت. این زیرمقیاس دارای ۶ گویه بود که به سه متغیر آشکار دسته‌بندی شد: (۱) کمک نگرانی به مقابله با مشکل و حل آن (PB1)، (۲) کمک نگرانی به نظم و عملکرد خوب (PB2)، (۳) کمک نگرانی به نظم فکری و اجتناب از مشکلات آینده (PB3).

پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ^۱): این پرسشنامه توسط سکستون و دوگاس (۲۰۰۴)؛ به نقل از دوگاس و رابی‌چاوود، (۲۰۰۷) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شد. ۲۵ گویه‌ی این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شوند و مجموع نمرات آن از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است. این پرسشنامه پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت است از: ۱- واپس زنی افکار نگران کننده (CA1)، ۲- جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده (CA2)، ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی (CA3)، ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران کننده (CA4)، ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی (CA5). نتایج پژوهش سکستون و دوگاس (۲۰۰۴) نشان داد که این پرسشنامه هم‌سانی درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و اعتبار بازمی‌آزمایی این مقیاس در طی ۶ هفته ۰/۸۵ بود. نتایج پژوهش حمیدپور و اندوز نشان داد که این مقیاس هم‌سانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و اعتبار بازمی‌آزمایی آن نیز در طی ۲ ماه،

به منظور اجرای طرح ابتدا معرفی‌نامه به مرکز تحقیقات سرطان در بیمارستان امید اصفهان ارائه گردید و با اجازه‌ی این مرکز بیماران سرطانی بیمارستان امید و بیماران یک کلینیک خصوصی شیمی‌درمانی مورد مطالعه قرار گرفتند. در هر روز به‌طور متوسط بین ۳ تا ۵ پرسشنامه تکمیل می‌شد که حدوداً ۴ ساعت زمان می‌برد و کل فرایند جمع‌آوری داده‌ها در حدود ۳ ماه به طول انجامید. هم‌چنین با توجه به شرایط ویژه بیماران سرطانی و اینکه پرسشنامه‌ها در حین شیمی‌درمانی یا در زمان انتظار برای شروع درمان تکمیل می‌شد، این فرایند طولانی شد. شیوه‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی یا در گروه‌های کوچک سه تا چهار نفری بود و توسط خود پژوهشگر انجام می‌گرفت. در هنگام ارائه پرسشنامه به هر بیمار خود پژوهشگر پس از برقراری ارتباط با بیمار، بر دلخواه بودن شرکت در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات آن و بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها تأکید می‌کرد. زمان تکمیل پرسشنامه‌ها برای هر شرکت‌کننده تقریباً بیست تا سی دقیقه بود. ترتیب پرسشنامه‌ها نیز برای افراد شرکت‌کننده متفاوت بود تا به این صورت اثر ترتیبی پرسشنامه‌ها از بین برود.

پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر^۱ (STAI): این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر^۲ و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است که دارای ۴۰ ماده در ۲ مقیاس اضطراب حالت (آشکار) و اضطراب صفت (پنهان) است. هر قسمت آن دارای ۲۰ ماده است، که در این پژوهش فقط پرسشنامه اضطراب حالت مورد استفاده قرار گرفت. ۲۰ پرسش این مقیاس به کمک طیف لیکرت با دامنه‌ای از به هیچ‌وجه تا خیلی زیاد (۱-۴) پاسخ داده می‌شود. نمره مقیاس اندازه‌گیری اضطراب حالت، دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۸۰ دارد. نمره ۲۰ گویای نبود علائم اضطراب و نمره ۸۰ نشان‌دهنده‌ی اضطراب بسیار شدید در همه‌ی گویه‌های پرسشنامه است. گویه‌های معکوس هم در اندازه‌گیری لحاظ شده‌اند. اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۸۳) اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را برای این مقیاس در دانشجویان ۰/۸۶ گزارش کردند. پناهی شهری (۱۳۷۲) اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مقیاس حالت برای دانشجویان و دانش‌آموزان مؤنث ۰/۹۱ و برای مذکر ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ به‌دست آمد. این ضریب در مقیاس صفت اضطراب برای آزمودنی‌های مؤنث به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ و برای آزمودنی‌های مذکر به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بود. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کلی در این پژوهش ۰/۹۵ و در مقیاس اضطراب حالت (آشکار) ۰/۹۱ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد. گویه‌های پرسشنامه اضطراب حالت نیز به سه دسته تقسیم شدند: (۱) هیجان‌ات مثبت (stais1)، (۲) هیجان‌ات منفی (stais2) و (۳) شناخت‌های مرتبط با اضطراب (stais3).

1. State-Trait Anxiety Inventory
2. Spielberger

یافته ها

حالت، متغیرهای درون‌زا هستند. به منظور ارزیابی برازش مدل، شاخص‌های برازش مورد بررسی قرار گرفتند.

به منظور اطلاع از متوسط عملکرد و پراکندگی نمرات شرکت‌کنندگان در هر یک از متغیرهای پژوهش شاخص‌های میانگین، واریانس و ماتریس کواریانس نمرات در پیوست مقاله ارائه شده است. مدل مورد بررسی شامل شش متغیر پنهان است که متغیر عدم تحمل ابهام به عنوان متغیر برون‌زا، متغیرهای باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل، نگرانی و اضطراب

جدول ۱. میانگین، واریانس (قطر) و کواریانس (غیر قطر) متغیرهای پنهان مورد بررسی در پژوهش

متغیرهای نهفته	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. اضطراب حالت	۰/۴۰					
۲. نگرانی	۰/۵۱	۱/۲۹				
۳. باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰/۳۰	۰/۷۷	۰/۸۵			
۴. اجتناب شناختی	۱/۱۲	۲/۸۲	۱/۴۸	۳۵/۸۸		
۵. جهت‌گیری منفی به مشکل	۰/۳۵	۰/۶۶	۰/۳۸	۱/۷۴	۱/۱۴	
۶. عدم تحمل ابهام	۱/۴۵	۱/۰۳	۰/۷۷	۳/۵۱	۰/۹۰	۱/۸۱
میانگین	۵۳/۴۷	۵۷/۳۲	۱۵/۲۳	۸۶/۷۷	۳۵/۲۹	۹۰/۳۹

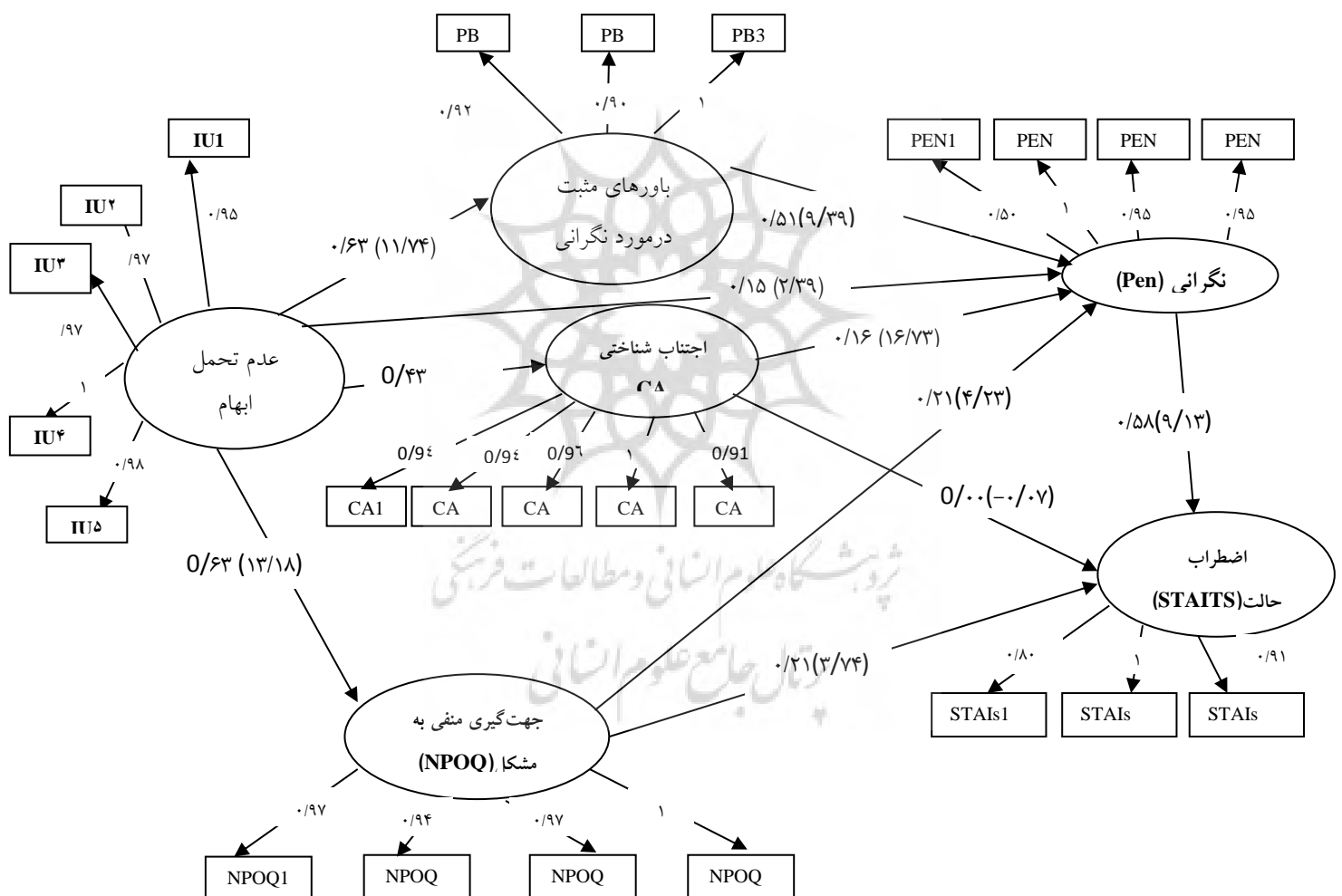
عالی هستند. جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) به دست آمده (۰/۰۷۵) از مقدار ملاک ۰/۱ کم‌تر است که نشان می‌دهد این شاخص، شاخص خوبی است و SRMR نیز دارای مقدار ۰/۰۸۸ بوده و شاخص متوسطی است. شاخص χ^2/df که برای برازش الگوها به آن توجه می‌شود و مقدار مطلوب آن بین ۲ و ۵ است برای مدل

با توجه به جدول ۲، شاخص‌های CFI، IFI و NNFI به دست آمده در این پژوهش معادل ۰/۹۸ هستند و مقدار GFI ۰/۸۴ می‌باشد، از آن‌جا که مقادیر برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ برای این شاخص‌ها قابل قبول است، اما از میان آن‌ها GFI شاخصی نسبتاً خوب، NNFI شاخصی متوسط و بقیه

حاضر ۲/۶۳ است. بنابراین با توجه به این که از هفت شاخص، ۴ شاخص بالا و عالی هستند می توان نتیجه گرفت که مدل حاضر از برازش بالا و نسبتاً خوب برخوردار است.

جدول ۲. شاخص های برازش مدل

SRMR	NNFI	IFI	RMSEA	GFI	CFI	$\frac{\chi^2}{df}$	شاخص های برازش مدل
۰/۰۸۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۷۵	۰/۸۴	۰/۹۸	۲/۶۳	۶۳۸/۵۸



شکل ۲. مدل ساختاری، مدل اندازه گیری و ضرایب مسیر (مقدار t)

ابهام پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای نگرانی و در نهایت اضطراب است، همان‌طور که نتایج پژوهش‌های متعدد رابطه‌ی مستقل و قوی بین این دو را هم در جمعیت بالینی و هم غیربالینی تأیید کرده‌اند و از رابطه‌ی اختصاصی بین عدم تحمل ابهام و نگرانی حمایت کرده‌اند (فرستون و همکاران، ۱۹۹۴؛ دوگاس، فرستون و لادوسر، ۱۹۹۷؛ دوگاس و همکاران، ۲۰۰۱؛ بوهر و دوگاس، ۲۰۰۶). مطالعات و شناخت درمانی استاندارد برای بیماران مبتلا به اضطراب به‌ویژه اضطراب فراگیر (دوگاس، ۲۰۰۴) و کار تجربی با این بیماران نشان داده است که این افراد برای متوقف کردن نگرانی خود، نیاز به قطعیت مطلق دارند که به آن‌ها این اطمینان را بدهد که یا واقعه‌ی معینی رخ نخواهد داد و یا قادر به مقابله با پیامدهای ناگوار احتمالی در آینده هستند.

بنابراین افراد مضطرب نگران به نوعی دچار عدم تحمل ابهام هستند. بررسی‌های انجام شده در مورد این که آیا عدم تحمل ابهام بیشتر با نگرانی مرتبط است یا با علائم اضطرابی دیگر نیز ارتباط دارد، حاکی از تأیید رابطه‌ی اختصاصی قوی بین عدم تحمل ابهام و نگرانی در جمعیت غیربالینی و بالینی بود (دوگاس، شوارتز و فرانسیس، ۲۰۰۴)، همان‌طور که در پژوهش حاضر نیز این رابطه مورد تأیید واقع شد. عدم تحمل ابهام سه شرط از چهار شرط لازم برای محسوب شدن به عنوان یک عامل خطر علی برای نگرانی و اضطراب را دارد. به این صورت که عدم تحمل ابهام ارتباط تنگاتنگی با نگرانی داشت (شرط ۱)، عدم تحمل ابهام قابل تغییر می‌باشد (شرط ۲) و تغییرات در عدم تحمل ابهام بر تغییرات نگرانی در بیشتر دوره درمان تقدم زمانی داشته است (شرط ۳). اما پژوهش‌ها هنوز شرط ۴ را که بیان می‌کند عامل الف (عدم تحمل ابهام) باید بر عامل ب (نگرانی مفرط و

همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، کلیه‌ی مسیرهای مدل بین متغیرها دارای ضرایب مثبت و معنادار بود، فقط مسیری که از اجتناب شناختی به سمت اضطراب می‌رود معنادار نیست چون مقدار t آن کمتر از ۲ شده است. بنابراین سایر مسیرهای ترسیم شده در مدل از جمله ضرایب متغیرهای آشکار معنادار بود و مورد تأیید قرار گرفت. ضریب همبستگی چندگانه (R^2) متغیرهای مدل نشان داد که ۵۱ درصد واریانس اضطراب توسط سایر متغیرهای مدل تبیین می‌شود. همچنین این ضریب برای نگرانی برابر با ۶۵ درصد بود. ۴۰ درصد از واریانس باورهای مثبت در مورد نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل توسط متغیر عدم تحمل ابهام تعیین گردید، اما سهم آن در تبیین واریانس اجتناب شناختی ۱۹ درصد بود.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل شناختی اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان و نقش عدم تحمل ابهام، اجتناب شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل در شکل‌گیری نگرانی و اضطراب در این بیماران بود. مدل بررسی شده در این پژوهش تا کنون روی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به ویژه بیماری سرطان مطالعه نشده است، اما نتایج نشان داد که این مدل در بیماران سرطانی از برازش خوبی برخوردار است، همچنین سهم قابل توجهی از واریانس نگرانی و اضطراب حالت در این بیماران توسط متغیرهای مدل پیشنهادی تعیین شد. تأکید اصلی این مدل بر باورهایی در مورد ابهام و بلا تکلیفی است که برای ایجاد و تداوم نگرانی مفرط و اضطراب نقش محوری دارند. نتایج پژوهش نیز نشان داد که عدم تحمل

وساطت نگرانی، بر اضطراب تأثیر خواهد داشت. فکر اولیه-ی وارد کردن این مؤلفه در مدل به دلیل علاقه‌ی مؤلفان مدل به نظریه‌ی شرطی‌سازی بود. در واقع در راستای اصول شرطی‌سازی عامل، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که باورهای مثبت در مورد نگرانی، توسط فرایندهای تقویت مثبت و منفی تداوم می‌یابد. با توجه به این مسئله نگرانی توسط دست‌یابی به پیامدهای مطلوب یا اجتناب از پیامدهای ناخوشایند تداوم پیدا می‌کند، بنابراین با احتمال بیشتری باورهای مثبت در مورد نگرانی (و به تبع آن ادامه دادن به نگرانی) پایدار خواهد ماند. همسو با نتایج این پژوهش، فرستون و همکاران (۱۹۹۴) نشان دادند افراد غیربالینی که برخی ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را تجربه کرده بودند، نسبت به افراد غیربالینی که هیچ‌یک از علائم این اختلال را نداشتند باورهای مثبت بیشتری را گزارش کردند. همچنین رابطه بین باورهای مثبت و سطح نگرانی، مستقل از اضطراب و افسردگی است. بنابراین نتایج این پژوهش‌ها بر این مسئله دلالت دارد که باورهای مثبت در مورد نگرانی، مشارکت منحصر به فردی در تبیین میزان نگرانی افراد دارد. در این پژوهش از زیرمقیاس باورهای مثبت در مورد نگرانی پرسشنامه فراشناخت استفاده شد و گویه‌های این بخش به سه قسمت تفکیک شد که کمک نگرانی به مقابله با مشکلات و حل آن‌ها به‌عنوان متغیر متریک در نظر گرفته شد و رابطه‌ای مثبت و معنادار با باورهای مثبت در مورد نگرانی داشت. دو قسمت دیگر یعنی کمک نگرانی به نظم و عملکرد خوب و اجتناب از مشکلات آینده نیز رابطه‌ای قوی با این متغیر داشتند ($\lambda = 0/90$). در پژوهش‌های گذشته، به‌طور مثال باکرمن، بوهر، کورنر و دوگاس (۲۰۰۴)، به این نتیجه رسیدند که از میان

اضطراب) مقدم باشد، مورد توجه قرار می‌دهند و برای تحقق این امر در حال حاضر نیز مشغول انجام یک پژوهش طولی پنج ساله بر روی نمونه‌های نوجوان هستند تا این موضوع را بیشتر بررسی کنند (دوگاس و رابیچاوود، ۱۳۹۲). مدل پیشنهادی مورد بررسی در این پژوهش همانند سایر مدل‌های آسیب‌شناسی شناختی، تأکید می‌کند که باورهای مربوط به عدم تحمل ابهام هنگامی که فرد در یک حالت خلقی منفی قرار دارد، فعال می‌شوند. در افراد مبتلا به سرطان به دلیل شرایط سخت بیماری و حتی شرایط دشوار درمان و عوارض جانبی آن بیماران علاوه بر مشکلات جسمی با فشارهای روانی متعددی نیز روبه‌رو هستند که حالت خلق منفی را در آن‌ها فعال نگه می‌دارد و همین خلق منفی در کنار اضطراب و فشار روانی ناشی از بیماری که همه‌ی ابعاد زندگی خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی را تحت شعاع قرار داده است، به فعال شدن این چرخه‌ی شناختی با محوریت عدم تحمل ابهام منجر می‌شود؛ در واقع ماهیت این بیماری به گونه‌ای است که بیمار با ابهام‌های زیادی مواجه است و نمی‌داند که آیا بیماری به درمان جواب خواهد داد یا اینکه نه تنها بهبود نمی‌یابد، به سایر نقاط بدن نیز سرایت می‌کند و افکار دیگری از این دست. به این ترتیب وجود این‌گونه ابهامات و واکنشی که فرد به آن نشان می‌دهد، در بررسی وضعیت روانی بیماران مبتلا به سرطان حائز اهمیت است و باید مورد توجه متخصصان حوزه سلامت که با این بیماران در ارتباط‌اند، قرار گیرد.

مسیر دیگری که در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت، این بود که باورهای مثبت در مورد نگرانی رابطه‌ای مثبت و معنادار با نگرانی دارند. نگرانی شاخص اصلی و مهم اضطراب است، بنابراین باورهای فرد در مورد نگرانی با

های اخیر نشان می‌دهند که هر چهار راه‌برد اجتناب شناختی فوق، به صورت مستقل با نگرانی مفراط و فاجعه‌انگیز مرتبط هستند (برای مثال، گوزلین و همکاران، ۲۰۰۲؛ سکستون، دوگاس و هدایتی، ۲۰۰۴). همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نیز روابط قوی و معنادار این زیرمقیاس‌ها با اجتناب شناختی و نگرانی را تأیید می‌کند. در این پژوهش رابطه‌ی مستقیم بین اجتناب شناختی و اضطراب معنادار نشد، که در تبیین آن می‌توان گفت از آن‌جا که نگرانی خود نوعی اجتناب شناختی است در رابطه بین اجتناب شناختی و اضطراب نقش میانجی را دارد و اجتناب مستقیماً باعث ایجاد اضطراب نمی‌شود بلکه از طریق ایجاد نگرانی مفراط به اضطراب منجر می‌شود. در بیماران مبتلا به سرطان به دلیل شرایط خاص بیماری و عوارض درمان که باعث ریزش مو و تغییر ظاهری چشم‌گیر می‌شود، علاوه بر اجتناب شناختی، اجتناب رفتاری نیز در بین آن‌ها فراوان است. بیشتر این بیماران از رفتن به مهمانی و مکان‌های عمومی، حتی از دیدن خانواده و نزدیکان خود اجتناب می‌کنند و دیدن آنان را به صورت یک موقعیت تهدیدکننده ارزیابی می‌کنند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که اجتناب از موقعیت تهدیدکننده قوی‌ترین و معنادارترین رابطه را با اجتناب شناختی داشت. بر اساس این نتایج می‌توان گفت که کار کردن در زمینه‌ی اجتناب‌ها یکی از اساسی‌ترین بخش‌ها در مداخلات روان‌شناختی روی این گروه از بیماران است.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که جهت‌گیری منفی به مشکل رابطه بین عدم تحمل ابهام و نگرانی را میانجی‌گری می‌کند، همچنین این متغیر رابطه‌ی مثبت و معنادار با نگرانی و اضطراب داشت. همسو با این نتایج مطالعات قبلی نیز نشان داده است که نگرانی و اضطراب ارتباط تنگاتنگی

باورهای مثبت، نگرانی به‌عنوان یک صفت شخصیتی مثبت، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی نگرانی مفراط در جمعیت عمومی است.

در مسیر مورد تأیید دیگر در این مدل، اجتناب شناختی رابطه بین عدم تحمل ابهام و نگرانی را میانجی‌گری می‌کند. اجتناب شناختی در افراد نگران، عملکرد فرد را در مواجهه با بلا تکلیفی و ابهام مختل می‌کند، این نتیجه‌گیری هم‌سو با پژوهش دوگاس، فرستون و لادوسر (۱۹۹۷) است. در تبیین این رابطه باید گفت که نگرانی به‌عنوان یک فرایند کلامی، جایگزین تصاویر ذهنی ناخوشایند می‌شود؛ تصاویر ذهنی درباره یک موقعیت تهدیدآمیز در مقایسه با افکار کلامی - زبان‌شناختی (مانند نگرانی) مرتبط با همان موقعیت، واکنش هیجانی قوی‌تری به همراه دارد (وارنا، کاتبرت و لانگ، ۱۹۸۶؛ به نقل از دوگاس و رایبچاوود، ۲۰۰۷). این افکار واکنش هیجانی و فیزیولوژیک فرد را هنگام تفکر در مورد پیامد موقعیت تهدیدآمیز کاهش می‌دهند. طبق نظریه اجتناب شناختی بورکویک، کارکرد اولیه کلامی - زبان‌شناختی نگرانی در اضطراب، نقش تقویت‌کننده منفی آن است که منجر به کاهش تصاویر ذهنی تهدیدکننده و غیرفعال‌سازی فعالیت‌های خودکار ناخوشایند می‌گردد. شواهد محکم پژوهشی نشان داده است که افراد مبتلا به اضطراب و نگرانی مفراط علاوه بر این‌که از راهبردهای اجتناب شناختی ضمنی مانند اجتناب خودکار از تصاویر ذهنی تهدیدآمیز استفاده می‌کنند، راهبردهای اجتناب شناختی آشکار یا ارادی را نیز به‌کار می‌گیرند. این راهبردهای ارادی شامل سرکوب کردن افکار نگران‌کننده، جایگزینی افکار خنثی یا مثبت به جای افکار نگران‌کننده، استفاده از حواس‌پرتی و اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی افکار نگران‌کننده هستند. یافته -

تهدیدکننده بودن مشکل و ناتوانی فرد در مقابله با آن را فعال می‌کند و سپس این باورها علاوه بر گذاردن اثر منفی بر مهارت حل مسئله منجر به افزایش نگرانی و در نهایت اضطراب می‌شوند و بیمار در یک چرخه‌ی معیوب تکرارشونده قرار می‌گیرد. عدم تحمل ابهام و جهت‌گیری منفی به مشکل دو متغیر اساسی و مهم این مدل پیشنهادی هستند و بر پایه‌ی پژوهش‌های جدید دوگاس و همکارانش (زیر چاپ، به نقل از دوگاس و رایبچاوود، ۲۰۰۷)، این دو متغیر تنها مؤلفه‌های این مدل هستند که شدت نگرانی و اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند و از این لحاظ می‌توانند اهداف مهمی در درمان افراد مبتلا باشند. همان‌طور که نتایج این پژوهش نیز نشان داد، از بین مؤلفه‌های مورد بررسی، جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل بالاترین ضریب رگرسیون را در پیش‌بینی اضطراب حالت داشت.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. مدل اولیه‌ی مورد مطالعه برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد شده بود و برای پذیرش آن در جمعیت مبتلایان به سرطان نیاز است تا پژوهش‌های بیشتری در همه‌ی انواع سرطان و گروه‌های مختلف سنی بیماران انجام گیرد. در این پژوهش، به دلیل زیاد بودن نمونه و تعداد پرسشنامه‌ها، معیار دیگری جهت غربالگری و تشخیص این‌که آیا شرکت‌کنندگان به سایر بیماری‌های روان‌شناختی مبتلا بودند یا نه، انجام نگرفت، بنابراین اثرهای همبودی اختلالات حذف نگردید و ممکن است بر نتایج پژوهش اثر داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در شهرهای دیگر و گروه‌های سنی مختلف نیز انجام گیرد و انواع مختلف این بیماری به ویژه آن دسته از سرطان‌هایی که کارکردهای بیرونی بدن را نیز دچار اختلال می‌کنند، مانند سرطان

با جهت‌گیری منفی به مشکل دارد، اما با مهارت‌های حل مسئله ارتباط چندانی ندارد (دوگاس و رایبچاوود، ۲۰۰۵)، بررسی رابطه بین حل مسئله و نگرانی در جمعیت غیربالینی نیز همین نتایج را نشان داد (دوگاس و همکاران، ۱۹۹۷؛ دوگاس، روامه، فرستون و لادوسر، ۱۹۹۵؛ به نقل از دوگاس و رایبچاوود، ۱۳۹۲). در واقع افراد مضطرب و نگران، دانش حل مشکلات خود را دارند اما به علت داشتن چارچوب شناختی منفی درباره‌ی مشکلات، هنگام مواجهه با آن‌ها به‌سختی می‌توانند خودشان را برای استفاده از دانش حل مسئله آماده کنند. این بیماران مشکلات خود را به عنوان یک عامل تهدید می‌بینند، در توانایی حل مسئله خود تردید می‌کنند و در مورد پیامدهای حل مسئله بدبین هستند. در پژوهش حاضر جهت‌گیری منفی به مشکل علاوه بر رابطه‌ی معناداری که با نگرانی و اضطراب داشت، با عدم تحمل ابهام نیز رابطه‌ای قوی و معنادار داشت و رابطه بین عدم تحمل ابهام و نگرانی را میانجی‌گری می‌کرد. در پژوهش رایبچاوود، دوگاس و رودامسکی (۲۰۰۶) با شرکت‌کنندگان غیربالینی، نتایج نشان داد که داشتن جهت‌گیری منفی به مشکل با عملکرد ضعیف حل مسئله در موقعیت‌های معین ارتباط دارد. از طرفی در صورت بالا بودن عدم تحمل ابهام، جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل در کاربرد مناسب مهارت‌های حل مسئله دخالت می‌کند و از آن‌جا که افراد مبتلا به اضطراب و نگرانی مفرط، معمولاً دارای سطوح بالای عدم تحمل بلا تکلیفی هستند، احتمالاً جهت‌گیری منفی آن‌ها نسبت به مشکل، تأثیر منفی بر به‌کارگیری توانایی‌شان در برخورد با مشکلات زندگی روزمره دارد. همچنین می‌توان گفت که چون عدم تحمل ابهام در این مدل یک متغیر دست بالاست، ابتدا باورهای مربوط به

پوست، پستان، رحم و فک و صورت، به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرند و با سرطان‌های اندام داخلی بدن که بر کارکردهای بیرونی و روابط جنسی یا اجتماعی افراد اثر کمتری دارند، مقایسه شوند. همچنین برای یافتن روابط علت- معلولی در مدل مورد بررسی، می‌توان از پژوهش‌های آینده‌نگر و آزمایشی کمک گرفت.

بررسی مدل پیشنهادی در این پژوهش نشان داد که داده‌های به‌دست آمده از شرکت‌کنندگان مبتلا به بیماری سرطان با این مدل برازش خوبی داشت. همان‌طور که در بالا نیز بحث شد، مؤلفه‌های مختلف این مدل جدا از هم نیستند و تعاملات پیچیده‌ای با هم دارند. هر چند برازش خوب داده-ها با این مدل به این معنا نیست که تنها مدل معتبر در تبیین نگرانی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان این مدل است، اما مؤلفه‌های مورد تأکید این مدل می‌تواند در شناخت فرایند نگرانی و اضطراب در گروهی از این بیماران که از اضطراب بالا رنج می‌برند یا مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر یا اختلال استرس پس از سانحه در اثر این بیماری شده‌اند، کمک کند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- شیرین‌زاده دستگردی، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ رحیمی، چنگیز؛ نظیری، قاسم (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. مجله روان‌شناسی، ۱۲، ۴، ۴۴۵-۴۶۱.
- علیلو، مجید محمود؛ شاه‌جویی، تقی؛ هاشمی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۵، ۲۰، ۱۶۵-۱۸۷.
- وایت، کریگ (۲۰۰۱). درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی. مولودی، رضا و فتاحی، کتابون. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- ولز، آدریان (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه: شهرام محمد خانی، ۱۳۹۰. تهران: انتشارات ورای دانش.
- دوگاس، مایکل؛ رایبچاوود، ملیسا (۲۰۰۷). درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر. اکبری، مهدی؛ چینی‌فروشان، مسعود؛ عابدیان، احمد (۱۳۹۲). تهران: انتشارات ارجمند.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
- پناهی شهری، محمد (۱۳۷۲). بررسی مقدماتی، روایی، اعتبار و هنجاریابی سیاهه حالت صفت اضطراب اسپیلبرگر در بین دانشجویان و دانش‌آموزان تهران. دانشگاه تربیت مدرس.
- حمیدپور، حسن؛ اندوز، زهرا (زیر چاپ). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، پرسشنامه چرا نگرانی ۲، جهت‌گیری منفی به مشکل، پرسشنامه اجتناب شناختی و پرسشنامه نگرانی ایالت پن.

References

- Antoni, M., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., Gregor, B., Carver, C., & Blomberg, B. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and psychological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behavior and Immunity*, 23, 5, 580-591.
- Bakerman, D., Buhr, K., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2004). *Exploring the link between positive beliefs about worry and worry*. Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, LA.
- Borcovek, T. D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. In Davey, G. C., & Wells, A. (2006). *Worry and its psychological disorders, theory, assessment and treatment* (pp. 273-287). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Borcovek, T. D. (1994). *The nature, functions and origins of worry*. Sussex, England: Wiley & Sons.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric

- properties of the england version. *Behavior Research and Therapy*, 40, 931-945.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 222-236.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2008). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behavior and Research Therapy*, 47, 215-223.
- Davey, G. C., & Wells, A. (2006). *Worry and its psychological disorders, theory, assessment and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behavior Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R., Rheume, J., Provencher, M., & Boisvert, J.M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 253-261.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 835-842.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-68.
- Falagas, M., Zarkadoulia, E., Ploannedou, E., & Peppas, G. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, 9, 44-67.
- Fialko, L., Bolton, D., & Perrin, S. (2012). Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 50, 341-349.
- Freeston, M. H., Rheume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Gielissen, M., Verhagen, C., & Bleijenberg, G. (2007). Cognitive behavior therapy for fatigued cancer survivors long-term follow up. *British Journal of Cancer*, 97, 612-618.
- Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46, 547-551.
- Keefe, F. (1996). Cognitive behavior therapy for managing pain. *The Clinical Psychologist*, 49, 3, 4-5.

- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., &Keks, N. (1997). Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer: techniques and themes. *Psycho- oncology*, 6, 25-33.
- Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., &Marchand, A. (2004). The economic burden if anxiety disorders in canada. *Canadian Psychology*, 45, 191-201.
- Linardatos, E. (2008). *Qualitative and quantitative differences of worry among individuals with and without generalized anxiety disorder*. Master of Arts thesis. Unpublished.Kent state university.
- Olatunji, B., Wolitzky, K., Sawchuk, C., &Giesielski, B. (2010). Worry and anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Applied and Preventive Psychology*, 14, 1-24.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive- behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 501-516.
- Robichaud, M., Dugas, M. J. (2005a). Negative problem orientation (part I): psychometric properties of a new measure. *Behavior Research and Therapy*, 43, 391-401.
- Robichaud, M., Dugas, M. J. (2005b). Negative problem orientation (part II): construct validity and specificity to worry. *Behavior Research and Therapy*, 43, 403-412.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., &Radomsky, A. S. (2006). *The role of intolerance of uncertainty in problem solving ability*. Manuscript submitted for publication.
- Sexston, K. A., Dugas, M. J. (2004). *An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry*. Poster presented at the annual convention of the association for advancement of behavior therapy, New Orleans, LA.
- Sexston, K. A., Dugas, M. J., &Hedayati, M. (2004). *The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the English translation*. Poster presented at the annual convention of the association for advancement of behavior therapy, New Orleans, LA.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: consulting psychologist press.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 14, 3137-3148.
- Stpinski, L., Abbott, M., &Rapee, R. (2010). Evaluating the cognitive avoidance model of GAD: impact of worry on threat appraisal, perceived control and anxious arousal. (2010). *Behavior Research and Therapy*, 48, 1032- 1040.
- Watkins, E. (2004). Appraisal and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37, 679-694.
- Wells, A., Cartwright- Hatton, S. (2004). A short form of metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/ depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *British Journal of Cancer*, 94, 372- 390

- Zlomke, K. (2008). *The developmental continuity of a cognitive model of worry*. Doctor of philosophy thesis. Unpublished. Department of psychology. Saint Louis University.

