

Predicting pain outcomes based on metacognitive beliefs in cancer patients

Mahshad Jannesari¹

Aylin Sadat hashemi²

Fatemeh Sadat Safae²

¹Psychologist

² Isfahan: Islamic Azad University, Najafabad Branch (Psychologist)

Abstract

Pain is a common symptom of cancer and pain control in cancer patients is an important issue for physicians, patients and their families. Therefore, the aim of this study was to explain the role of metacognitive beliefs in predicting pain outcomes in cancer patients. The study population consisted of all cancer patients who were treated in Shahid Beheshti Hospital in Kashan, and 80 required subjects were selected from cancer patients in Shahid Beheshti Hospital by available sampling method. The measuring instruments included the short form of the Metacognitive Beliefs Questionnaire (30) (MCQ- and the short form of the Depression, Anxiety and Tension Questionnaire and the Roland Morris Pain Disability Questionnaire and the Pain Intensity Scale). In order to analyze the data, SPSS 21 statistical software and Pearson correlation test and regression analysis were used.

The results showed that metacognitive beliefs explained 14% of the variance of depression and 24% of the variance of anxiety ($P < 0.05$). $P < 0.05$ and 0.17 ($R^2 =$). Therefore, according to the findings, it can be concluded that metacognitive beliefs have an important role in predicting the consequences of pain. Therefore, by designing special programs in the field of metacognitive beliefs, a step can be taken to advance the treatment of cancer patients.

Keywords: Disability, pain, depression

پیش بینی پیامدهای درد بر اساس باورهای فراشناختی در بیماران سرطانی

مهشاد جان نثاری^۱

ایلین سادات هاشمی^۲

فاطمه سادات صفایی^۲

^۱ روانشناس

^۲ دانشگاه ازاد اسلامی واحد نجف آباد، روان شناس

چکیده:

درد یکی از نشانه های رایج سرطان می باشد و کنترل درد در بیماران سرطانی یکی از مسائل مهم برای پزشکان، بیماران و خانواده آنهاست. براین اساس هدف از انجام پژوهش حاضر تبیین نقش باورهای فراشناختی در پیش بینی پیامدهای درد در بیماران مبتلا به سرطان بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران سرطانی که در بیمارستان شهید بهشتی کاشان تحت درمان بودند، تشکیل می دادند و 80 نفر از آزمودنی های مورد نیاز از میان مراجعان تحت درمان سرطان در بیمارستان شهید بهشتی با روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنش و پرسشنامه ناتوانی حاصل از درد رولند موریس و مقیاس شدت درد (MPI) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS 21 و آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد باورهای فراشناختی 14 درصد واریانس افسردگی و 24 درصد واریانس اضطراب را تبیین می کرد ($P < 0/05$). همچنین باورهای فراشناختی پیش بینی کننده ناتوانی حاصل از درد ($R^2 = 0/12$ و $P < 0/05$) و شدت درد ($R^2 = 0/17$ و $P < 0/05$) بود. بنابراین با توجه به یافته های به دست آمده می توان نتیجه گرفت باورهای فراشناختی نقش مهمی در پیش بینی پیامدهای درد دارند در نتیجه با طراحی برنامه های خاص در زمینه باورهای فراشناختی میتوان گامی در پیش برد درمان بیماران مبتلا به سرطان برداش

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی، پیامدهای درد، شدت درد، افسردگی، اضطراب، ناتوانی.

مقدمه:

سرطان یکی از اصلی ترین دلایل مرگ در دنیاست اما درواقع سرطان یک بیماری نیست بلکه دویست نوع بیماریست با علائم و درمان متفاوت اما درد عامل مشترک در بین همه آن هاست. درد ناشی از سرطان یا اثرات جانبی اقداماتی که برای درمان آن به عمل می آید 50 تا 90 درصد بیماران مبتلا به سرطان را تحت تاثیر قرار می دهد (لیسج و پرتنوری^۱، 1998). درد سرطان هم دارای ویژگی های درد حاد وهم درد مزمن است. همچون درد حاد بطور مستقیم با آسیب بافتی همراه است و شدت یافتن و استمرار آن علامتی از پیشرفت بیماری است و مانند درد مزمن می تواند ناامیدی و پریشانی هیجانی به وجود آورد و در بسیاری از مواقع بر راهبرد های مقابله ای بیمار تاثیر منفی بر جای بگذارد. بنابراین پیامد های درد به عنوان بازتاب و نتیجه و عارضه ای که درد ممکن است برای فرد درگیر ایجاد کند تعریف شده است. این پیامد ها شامل شدت درد، ناتوانی حاصل از درد و افسردگی و اضطراب می باشد (عمید، 1390). بدین ترتیب بیماران مبتلا به سرطان از افسردگی و نگرانی و

¹ Lesage & portenoy

اضطراب و ناتوانی جسمانی رنج می برند و دردهای سرطانی کنترل نشده یکی از عواملی است که بیمار را به سمت خودکشی سوق می دهد (کریستین و موری^۱، 2002).

درد سرطان تنها یک تجربه حسی جسمی نیست بلکه دارای ابعاد عاطفی، شناختی، رفتاری و اجتماعی نیز است و مانند درد مزمن این درد نیز به عنوان الگوی پیچیده و چند وجهی توصیف شده است (ترک و ماسلاک^۲، 2001). بعد شناختی درد به شیوه اندیشه (تفکر) بیمار درباره درد و نیز معنایی اطلاق میگردد که درد برای بیمار به همراه دارد. متخصصان با اینکه با افراد دارای درد مزمن در ارتباط هستند از این مسئله آگاهند که بیماران دارای تاریخچه و شدت درد مشابه، ممکن است دردهای به شدت متنوعی را در مورد درد های خود گزارش کنند لذا احتمال دارد باورهای خاص، به روش های مقابله ای ناسازگار، تشدید درد، افزایش رنج و نیز ناتوانی بیشتر در بیماران منجر گردد (اصغری مقدم و گلک، 1384). بنابراین سرطان یکی از مهم ترین عواملی است که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد را به مخاطره انداخته است و در سراسر دوره بیماری سرطان به خصوص در دوره درمان ممکن است تغییرات جسمی به وجود آید که این تغییرات ایجاد شده می تواند بر باورهای فراشناختی، خودآگاهی، اعتماد به نفس و احساس ارزشمندی و مقبولیت بیمار اثر گذارد.

فراشناخت به عوامل شناختی درونی اطلاق می شوند که تفکر را کنترل، پایش و ارزیابی می کنند. فراشناخت دامنه گسترده ای از عوامل به هم مرتبط را توصیف می کند و شامل هر نوع دانش یا فرایند شناختی است که در تفسیر و بازبینی یا کنترل شناخت نقش دارند. تقسیم فراشناخت به دانش (باور)، تجارب و راهبرد ها بسیار مفید و راه گشا است. دانش فراشناختی رامی توان باورها یا اعتقادات افراد درباره ی تفکرشان تعریف کرد. داشتن چنین باورهایی تعیین کننده نحوه پاسخ دهی فرد به افکارش و نحوه سازمان دهی آنها می باشد. این دانش و باور شامل دو حوزه ی محتوایی وسیع می باشد که شامل 1- باور های مثبت درباره نگرانی 2- باور های منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر آفرینی نگرانی می باشد. تجارب فراشناختی را می توان ارزیابی ها یا احساس های افراد از حالت های ذهنی شان تعریف کرد که می توانند بعنوان اطلاعاتی که بر قضاوت درباره تهدید و شیوه مقابله تاثیر میگذارند استفاده شوند. که در واقع یک نوع اطمینان شناختی در مورد فرد است. راهبرد های فراشناختی را میتوان پاسخ های افراد برای کنترل یا تغییر تفکرشان تعریف کرد. این راهبرد ها برای ارزیابی هیجانی و خود تنظیمی شناختی بکار گرفته می شوند. دانش (باورها)، تجارب و راهبرد های فراشناختی به هم وابسته اند و در اختلال روان شناختی نقش بسزایی دارند. در نظریه ی فراشناختی این مفروضه پذیرفته شده است که دانش، تجارب و راهبردهای غیر انطباقی دست در دست یکدیگر به الگو های فکری ناسودمند دامن می زند و نتیجه آن جز آشفستگی روانشناختی به بار نمی آورد (ولز^۳، 2009).

باورهای فراشناختی در تعیین سبک های تفکر ناسازگارانه مشاهده شده در اختلال های روان شناختی و بیماری های سخت جسمانی از جمله سرطان، که منجر به تداوم هیجان های منفی می شوند، نقش اساسی دارند (ولز، ۲۰۰۹) چرا که باورهای فراشناختی مسئول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و در درک نحوه عملکرد شناخت و نحوه تولید تجربه های هوشیارانه ما در مورد خودمان اهمیت زیادی دارد و میتواند بر رفتار ما اثر بگذارد. در مجموع باورهای فراشناختی یک عامل کلی در آسیب پذیری نسبت به اختلالات روانی و همچنین عاملی در تعیین شدت درد می باشد.

علیرغم تاریخچه طولانی در مورد درد، شیوع آن، پیشرفت های به دست آمده در مورد مکانیسم های جسمانی درد و نیز تحول روش های آزمایشگاهی و روش های جدید درمان دارویی تا به امروز درمانی که بتواند برای همیشه درد بیماران را از بین برد به دست نیامده است و این امر به کارگیری روش های غیر دارویی در قالب مکمل های درمانی را بیش از پیش آشکار می سازد و از سویی دیگر به کارگیری چنین راهبردهایی بیماران را قادر می سازد تا در مراقبت و درمان خود نقش فعالی داشته باشند و به کنترل موثر بیماری بیانجامد. با توجه به مطالب ذکر شده و خلاء پژوهشی در این زمینه لزوم پاسخ به این پرسش ها احساس می شود که: آیا بین باور های فراشناختی و پیش بینی پیامد های درد ناشی از سرطان رابطه وجود دارد؟

روش:

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی، از نظر ماهیت کمی و از جهت نوع تحقیق توصیفی و همبستگی بود. در این پژوهش از بین بیماران مبتلا به سرطان و تحت شیمی درمانی که به صورت بستری یا سرپایی به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه می کردند؛ تعداد 80 نفر از بیماران مبتلا به سرطان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و داشتن سن بین 20 تا 70 سال، داشتن حداقل تحصیل پنجم ابتدائی، گذشتن حداقل 3 ماه از تشخیص بیماری سرطان، عدم ابتلا به بیماری روانی خاص، عدم مصرف دارو برای درمان مشکلات روان شناختی اعم از افسردگی و اضطراب و تمایل برای شرکت در پژوهش

¹ Crichton & Mooney

² Turk DC, Melzack

³ Wells

از ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss 21، شاخص آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل رگرسیون استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

- **مقیاس شدت درد PI یا (Pain intensity)**: در این پژوهش شدت درد با استفاده از خرده مقیاس شدت درد

پرسشنامه چند وجهی درد (MPI یا Multidimensional pain inventory) سنجیده می‌شود. این آزمون توسط کرنز، ترک ورودی در سال ۱۹۸۵ ساخته شد. به طور اختصار، پایایی / روایی، طبیعت خود گزارش دهی و سهولت نمره دهی، این آزمون را برای هر دو هدف بالینی و پژوهشی ایده آل می‌سازد. این آزمون برای کاربردهای بین فرهنگی به چندین زبان ترجمه شده است. این آزمون شامل ۵۲ ماده و ۱۲ مولفه است که به سه بخش تقسیم شده است. که با مقیاس لیکرت شامل ۷ قسمت پاسخ داده می‌شود. بخش ۱: شامل ۲۰ سوال است که دارای پنج مولفه است که برای سنجش ابعاد مهم تجربه درد مزمن طراحی شده است و شامل (۱) تداخل درک شده درد در عملکرد شغلی، تفریحی / اجتماعی و خانواده / تاهلی، (۲) حمایت یا توجه همسر یا دیگر افراد مهم، (۳) شدت درد، (۴) کنترل زندگی درک شده، و (۵) پریشانی عاطفی. بخش ۲: شامل ۱۴ مورد است که ادراک بیمار از درجه ای که همسر یا دیگر افراد مهم دلوپس هستند، پریشانی یا واکنش تنبیهی دیگران به رفتارها و شکایات از دردشان را ارزیابی می‌کند. بخش ۳: شامل ۱۸ فعالیت است و گزارش بیمار از فراوانی درگیری‌شان در چهار مقوله متداول فعالیت های روزمره شان را ارزیابی می‌کند؛ کارهای خانگی، کار خارج از منزل، فعالیت های دور از منزل، و فعالیت های اجتماعی. به علاوه نمرات مولفه ها، نمره مولفه فعالیت عمومی، از ترکیب چهار مولفه بدست می‌آید. کرنز، ترک ورودی (۱۹۸۵) نشان دادند که ضرایب پایایی درونی تمام مولفه های این آزمون در دامنه ای از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ قرار دارد. پایایی بازآزمایی این مولفه ها پس از دو هفته در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ قرار داشت. اعتبار این آزمون توسط نتایج به دست آمده از اجرای تحلیل عامل تاییدی و اکتشافی تایید شد. تحلیل ها نشان دادند که مولفه های آزمون به طور معناداری با چندین مقیاس ملاک در اضطراب، افسردگی، رضایت زناشویی، شدت درد، و منبع کنترل سلامت همبسته بود. پایایی این پرسشنامه توسط اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۷) نشان داد ضرایب آلفای کرانباخ خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده های هر مولفه بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ است. بنابراین می‌توان گفت تمام مولفه های پرسشنامه چندوجهی درد دارای پایایی مطلوبی هستند. روایی واگرایی تمام مولفه های پرسشنامه از طریق مقایسه ضرایب همبستگی بین هر مولفه و ماده های تشکیل دهنده اش با ضرایب همبستگی بین همان مولفه و سایر ماده های پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. علاوه بر آن روایی واگرایی تمام مولفه های پرسشنامه از طریق مقایسه ضرایب همبستگی درونی بین مولفه های پرسشنامه با ضرایب همسانی درونی (آلفای کرانباخ) آن ها مورد تایید قرار گرفته است. جولایی ها (۱۳۸۵) در پژوهشی خود ضرایب آلفای کرانباخ دو مقیاس اختلال در عملکرد روزمره و شدت درد را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۰ به دست آورد (حقیقت و همکاران، ۱۳۹۰).

- پرسشنامه ناتوانی جسمی (PDQ):

میزان ناتوانی جسمانی افراد با استفاده از پرسش نامه ناتوانی جسمی رولند مورس مورد بررسی قرار می‌گیرد. پرسش نامه رولند مورس در سال ۱۹۸۳ تهیه و مورد استفاده قرار گرفته است که شامل ۲۴ سوال می‌باشد. این پرسش نامه از ۰ تا ۲۴ نمره گذاری می‌شود که نمره ۰ به عنوان عدم ناتوانی و نمره ۲۴ به عنوان حداکثر ناتوانی است. این پرسشنامه در مطالعات گسترده ای با بیماران مبتلا به کمر درد مزمن و بیماران دارای درد مزمن در نقاط مختلف بدن به کار گرفته شده و ویژگیهای روان سنجی آن تایید شده است. از آنجا که شرکت کنندگان در این مطالعه از درد در نقاط مختلف بدن شکایت داشتند همانند بسیاری دیگر از مطالعات قبلی در پرسشنامه تغییرات اندکی داده شد و در هر عبارت کلمه درد جایگزین کلمه کمردرد شد (برای مثال، «به خاطر درد بیشتر اوقات در منزل میمانم» یا «به خاطر درد آهسته تر از حد معمول راه می‌روم»). نمره گذاری این پرسشنامه بسیار ساده است و به صورت صحیح و غلط نمره گذاری می‌شود که به ازای هر پاسخ درست یک نمره به فرد تعلق می‌گیرد که حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۲۴ است و نمره بالاتر مبین ناتوانی جسمی شدیدتر است. ساخت عاملی این پرسشنامه در پژوهش اصغری مقدم (۱۳۸۴) برای نمونه ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در اکثر پژوهشهای ایرانی در ارتباط با کمردرد مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی این پرسشنامه بر حسب ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش افشارنژاد (۱۳۸۹) در سطح ۰/۰۵ برابر با ۰/۸۸ محاسبه و گزارش شده است.

- پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS - 21) :

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می کوشد تا بیش انگیزندگی فیزیولوژیک، ترس ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بیقراری را در بر می گیرد. هر یک از خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل 7 سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید. هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا 3 (کاملا در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود (فتحی آشتیانی، 1388). انتونی و همکاران (1998) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن ها مجددا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۰۷، ۰/۱۸۹ و ۰/۱۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. در مطالعه اصغری مقدم و همکاران، ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی (با فاصله سه هفته) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ (اصغری مقدم و همکاران، 1387).

پرسش نامه باورهای فراشناختی (MCQ - 30) :

به منظور سنجش باورهای فراشناختی توسط ولز و کارتر^۱ (2001) ساخته شده است این پرسشنامه 30 ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده ها به صورت چهار گزینه ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می دهد. پرسشنامه فراشناخت 5 مقیاس دارد که عبارتند از: 1- باورهای مثبت در مورد نگرانی 2- اعتماد شناختی 3- خودآگاهی شناختی 4- باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر 5- باورها در مورد نیاز به کنترل افکار. نمره بالا در پرسشنامه ی فراشناختی یعنی باورهای فراشناختی ضعیف تر و افرادی که در این پرسشنامه نمره پایین تری کسب کنند باورهای فراشناختی قوی تری دارند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب 0.93 و 0.78 گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب صفت حالت اسپیل برگر (0.54=r) و پرسشنامه نگرانی حالت بین (0.54=r) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری عملی پادوا (0.49=r) معنادار است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی 0.91 گزارش شده است (شیرین زاده، 1385).

یافته ها:

در پژوهش حاضر 49 نفر زن (61/2 درصد) و 31 نفر مرد (38/8 درصد) شرکت داشتند که 7 نفر از آنها کمتر از 30 سال، 46 نفر در رده سنی بین 31 تا 50 سال و 27 نفر بیش از 50 سال سن داشتند. از این تعداد 42 نفر زیر دیپلم، 23 نفر دیپلم، 6 نفر فوق دیپلم و 9 نفر دارای تحصیلات لیسانس، 8 نفر (10 درصد) مجرد و 72 نفر (90 درصد) نیز متأهل بودند.

جدول 1: آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

ابعاد	انحراف معیار	میانگین
باورهای مثبت در مورد نگرانی	2/78	18/2
باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرآفرینی نگرانی	4/86	26/21
اعتماد شناختی	2/96	14/33

¹ Wells & Carter

10/6	3/35	نیاز به کنترل افکار
21/56	3/7	خودآگاهی شناختی
10/56	5/21	شدت درد
16/51	5/55	ناتوانی حاصل درد
8/6	5/93	افسردگی در بیماران
8/1	4/93	اضطراب

جدول 1 آمار توصیفی ابعاد متغیر باورهای فراشناخت را نشان می دهد. مطابق جدول مشاهده می شود که از میان ابعاد باورهای فراشناخت؛ باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر آفرینی و خودآگاهی شناختی از میانگین بیشتری در مقایسه با بقیه برخوردار است و متغیر نیاز به کنترل افکار کمتر از بقیه می باشد و مشاهده می شود که از میان ابعاد متغیر پیامد درد؛ ناتوانی حاصل درد از میانگین بیشتری در مقایسه با بقیه برخوردار است و اضطراب دارای میانگین کمتر از بقیه می باشد.

جدول 2: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد باورهای فراشناخت و شدت درد

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا	مقدار t	
(ثابت)	9/98	4/48		2/22	0/029
باورهای مثبت در مورد نگرانی	0/48	0/23	0/25	2/0	0/043
باورهای منفی درباره کنترل	0/033	0/182	0/031	0/181	0/857
اعتماد شناختی	-0/252	0/298	-0/143	-0/844	0/402
نیاز به کنترل افکار	0/338	0/252	0/218	1/33	0/186
خودآگاهی شناختی	-0/395	0/187	-0/280	-2/11	0/038
		$R^2=0/175$	$R=0/418$		

خروجی بالا ضریب رگرسیون برای ابعاد متغیر باورهای فراشناخت و شدت درد را نشان می دهد. مقدار بتا در این آزمون درصد تاثیر هر یک از ابعاد متغیر مستقل را نشان می دهد، لذا می توان گفت مولفه خودآگاهی شناختی با 28 درصد بیشترین تاثیر را به صورت معکوس بر روی شدت درد داشته و مولفه باورهای مثبت در مورد نگرانی 25 درصد تاثیر بر روی شدت درد را دارد و مابقی ابعاد باورهای فراشناخت تاثیری بر شدت درد ندارند.

جدول 3: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد باورهای فراشناخت و ناتوانی حاصل درد

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا	مقدار t	
(ثابت)	17/23	4/91		3/508	0/00
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-0/723	0/256	-0/363	-2/825	0/06

0/285	1/07	0/188	0/199	0/21	باورهای منفی درباره کنترل
0/548	0/603	0/105	0/327	0/197	اعتماد شناختی
0/787	-0/272	-0/046	0/278	-0/075	نیاز به کنترل افکار
0/282	1/084	0/148	0/205	0/222	خودآگاهی شناختی
		R=0/355	R ² =0/126		

با توجه به نتایج جدول 3، سطح معناداری ($P > 0/05$) بیانگر آن است ابعاد فراشناختی دارای رابطه با متغیر وابسته (ناتوانی حاصل درد) نیستند. لذا فرض ما مبنی بر اینکه باورهای فراشناخت و ناتوانی حاصل درد تاثیر معنادار دارد، تأیید نمی گردد.

جدول 4: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد باورهای فراشناخت و افسردگی

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد			
(ثابت)	-3/52	5/2		-0/678	0/5
باورهای مثبت	-0/039	0/271		-0/145	0/885
باورهای منفی	-0/031	0/211		-0/145	0/885
اعتماد شناختی	0/372	0/346		1/07	0/028
نیاز به کنترل افکار	0/225	0/294		0/765	0/447
خودآگاهی شناختی	0/275	0/217		1/26	0/02
		R=0/378	R ² =0/143		

خروجی جدول 4 ضریب رگرسیون برای ابعاد متغیر باورهای فراشناخت و افسردگی را نشان می دهد. مقدار بتا در این آزمون درصد تاثیر هر یک از ابعاد متغیر مستقل را نشان می دهد، لذا می توان گفت مولفه اعتماد شناختی 18 درصد و خودآگاهی شناختی 17 درصد تاثیر بر روی افسردگی دارا می باشد و مابقی ابعاد باورهای فراشناخت تاثیری بر افسردگی ندارند.

جدول 5: ضرایب رگرسیون برای متغیرهای ابعاد باورهای فراشناخت و اضطراب

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد			
(ثابت)	-3/552	4/067		-0/873	0/385
باورهای مثبت	-0/159	0/212		-0/75	0/456
باورهای منفی	0/034	0/165		0/204	0/839
اعتماد شناختی	0/064	0/27		0/238	0/812

0/285	1/07	0/168	0/23	0/247	نیاز به کنترل افکار
0/007	2/77	0/353	0/169	0/47	خودآگاهی
R=0/491			R²=0/241		

خروجی جدول 5، ضریب رگرسیون برای ابعاد متغیر باورهای فراشناخت و اضطراب را نشان می دهد. مقدار بتا در این آزمون درصد تاثیر هر یک از ابعاد متغیر مستقل را نشان می دهد، لذا می توان گفت تنها مولفه خودآگاهی شناختی 35 درصد تاثیر بر روی اضطراب دارا می باشد. و مابقی ابعاد باورهای فراشناخت تاثیری بر اضطراب ندارند.

بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که از باورهای فراشناختی؛ باورهای مثبت در مورد نگرانی به صورت مثبت و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان بود. همچنین از باورهای فراشناختی؛ خودآگاهی شناختی بصورت منفی و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان بود. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار گرفت. بر اساس این نتایج می توان گفت که با افزایش سطح و میزان باور فراشناختی؛ باورهای مثبت در مورد نگرانی میزان و شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان افزایش می یابد. از سوی دیگر با افزایش سطح و میزان باور فراشناختی همچون خودآگاهی شناختی میزان و شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان کاهش می یابد. این یافته ها و نتایج همسو و در راستای نتایج پژوهش های پیشین همچون؛ مسگریان و همکاران (1393) است. یافته های مسگریان و همکاران (1393) نشان داد که بین میزان پذیرش درد مزمن با شدت درد، ناتوانی جسمی و اختلال در عملکرد روزانه به دلیل درد، ارتباط معنی داری وجود داشت. در تحلیل رگرسیون، میزان پذیرش درد مزمن توانست بعد از کنترل اثر متغیرهای زمینه ای و شدت درد، واریانس معنی داری ($P < 0/01$) از هر دو مقیاس ناتوانی (ناتوانی جسمی و اختلال عملکرد روزانه) را تبیین کند. نتایج این پژوهش نشان داد پذیرش درد مزمن از عوامل مهم و مؤثر بر میزان ناتوانی ادراک شده در بیماران درد مزمن است. بنابراین جهت به حداقل رساندن ناتوانی، علاوه بر کاهش شدت درد، میتوان استفاده از روش های درمانی را که بر افزایش میزان پذیرش درد مزمن تمرکز دارند، پیشنهاد کرد.

باتلرگ¹ و همکاران (1995) دریافتند که در برخی شرایط، نگرانی با افزایش افکار مزاحم همراه است و می توان نگرانی را به عنوان یک راهبرد پردازش در نظر گرفت که موجب بسط و گسترش افکار مزاحم می شود. باورهای مثبت درباره نگرانی به باورهایی اشاره دارد که طبق آن افراد مبتلا به سرطان تمایل دارند که سودهای نگرانی را بیشتر و زبان های آن را کمتر برآورد کنند. بر پایه یافته های پژوهشی حاضر می توان گفت که افراد مبتلا به سرطان درباره نگرانی دارای این باور فراشناختی منفی هستند که نگرانی غیر قابل کنترل است» و این امر موجب حفظ نگرانی در این بیماران می شود. با توجه به مطالب عنوان شده می توان نتیجه گیری کرد که بالا بودن باورهای مثبت در مورد نگرانی در افراد مبتلا به سرطان موجب تحلیل توانایی های فرد برای به کارگیری راهبردهای مقابله ای فعال در مواجهه با شرایط نامساعد جسمانی و روحی شده و استفاده از راهبردهای مقابله ای ناکارآمد و منفی را اجتناب ناپذیر می سازد. همچنین، این مؤلفه از باورهای فراشناختی، اشتغال و نگرانی مرضی را افزایش داده و باعث کاهش سلامت روانی می شود و در نتیجه فرد درد بیشتری احساس می کند. همچنین این متغیر از پژوهش، باورهای فراشناختی فرد در زمینه خودآگاهی شناختی خویش را نشان می دهد و تمرکز و توجه فرد را درباره فرایندهای فکری خود بیان می نماید. در واقع هر چه آگاهی های فرد از اندیشه ها، باورها و فرایندهای فکری خود بیشتر باشد، بهتر و زودتر می تواند موقعیت های گوناگون را تحلیل کند و رفتار مناسبی را در پیش گیرد و کمتر احتمال دارد که در تصمیم گیری های خود تعلل ورزی نشان دهد.

همچنین بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که باورهای فراشناختی قادر به پیش بینی و تبیین ناتوانی حاصل از درد در بیماران مبتلا به سرطان نمی باشد. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار نگرفت. بر اساس این نتایج می توان گفت که باورهای فراشناختی هیچ تاثیری در ناتوانی حاصل از درد بیماران مبتلا به سرطان ندارد. این یافته ها با نتایج پژوهش های تورنر² و همکاران (2000) ناهمسو و با یافته های دیسویک³ و همکاران (2001) همسو می باشد. تورنر و همکاران (2000) نشان دادند که باورهای مرتبط با درد نقش کلیدی در عملکرد فیزیکی و روانشناختی دارند با توجه به

¹ Butlerg

² Turner

³ De wit

نتایج به دست آمده می توان چنین تبیین کرد که بیماری سرطان طیف وسیعی از توانایی های فرد را تحت تاثیر قرار می دهد به طوری که باورهای سازگاران و ناسازگاران فراسناختی هیچ تاثیری بر ناتوانی فرد ندارد.

نتایج دیگر پژوهش نشان دادند که باورهای فراسناختی؛ اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی بصورت مثبت و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان بودند. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار گرفت. بر اساس این نتایج می توان گفت که با افزایش سطوح و میزان باورهای فراسناختی؛ اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان افزایش می یابد. این یافته ها و نتایج همسو و در راستای نتایج پژوهش های پیشین همچون؛ اسپادا¹ و همکاران (۲۰۰۶) می باشد. افرادی که باورهای منفی درباره کفایت شناختی خود دارند، در مورد توانایی های خود در آغاز یا تکمیل تکلیف تردید دارند و این موضوع افزایش اثرات منفی انگیزشی برای آغاز و تداوم تکلیف را در پی دارد. این یافته را می توان این گونه تفسیر کرد که نمرات بالا در مؤلفه اطمینان شناختی در افراد مبتلا به سرطان نشان دهنده کاهش اعتماد به فعالیت های شناختی از جمله حافظه می باشد. به نظر می رسد این افراد نسبت به افراد سالم اطمینان کمتری به توانایی های شناختی خود دارند، بنابراین باورهای این افراد درباره توانایی های حافظه خود با ایجاد یک چرخه معیوب که در آن تردیدهای اولیه درباره اعمال و یادآوری این اعمال، به رفتارهای نامناسب و کاهش بیشتر اعتماد به حافظه خویش منجر می شود که موجب افزایش و تداوم مشکلات در فرد می شود. علاوه بر این، کاهش اطمینان شناختی در افراد مبتلا به سرطان موجب تحلیل توانایی های فرد برای به کارگیری راهبردهای مقابله ای مناسب در شرایط تهدید زا و خطرناک شده و این مسأله این افراد را در جهت استفاده از راهبردهای ناکارآمد و نامناسب سوق می دهد. این راهبردهای نامناسب احتمال ابتلای این افراد را به مشکلات روانی و اجتماعی افزایش می دهد؛ به عبارت دیگر کاهش سطح اطمینان شناختی از طریق افزایش سطح افسردگی در این زنان، سلامت روانی آنها را تحت تاثیر قرار داده و در نتیجه منجر به مشکلات جسمانی و روانی می شود. همچنین این متغیر از پژوهش، باورهای فراسناختی فرد در زمینه خودآگاهی شناختی خویش را نشان می دهد و تمرکز و توجه فرد را درباره فرایندهای فکری خود بیان می نماید. به عبارتی ارزیابی های ما را شکل می دهد پس بر انواع راهبردهایی که برای تنظیم افکار و احساساتمان به کار می بریم اثر می گذارد. محتوای باورها و افکار، نوع اختلال تجربه شده را تعیین می کند و اختلال هیجانی پیامد فرایندهای فراسناختی است که به شکل گیری سیک های تفکر خاصی منجر می شوند و فرد را در وضعیت های طولانی مدت و عود کننده پردازش منفی اطلاعات مربوط به خود گرفتار می سازد و موجب افسردگی می شود.

بر طبق نتایج بدست آمده مشخص شد که باورهای فراسناختی؛ خودآگاهی شناختی بصورت مثبت و معنادار قادر به پیش بینی و تبیین اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان بود. با توجه به این یافته ها فرضیه پژوهش حاضر مورد تایید و پذیرش قرار گرفت. بر اساس این نتایج می توان گفت که با افزایش سطوح و میزان باورهای فراسناختی؛ خودآگاهی شناختی اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان افزایش می یابد. این یافته ها و نتایج پژوهش حاضر در مورد رابطه باورهای فراسناختی و علائم اضطرابی یا یافته های پژوهشی بهرامی و رضوان (۱۳۸۶) همخوانی دارد که این پژوهش با عنوان بررسی رابطه افکار اضطرابی یا باورهای فراسناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطرابی فراگیر انجام شد، نتایج نشان داد که باورهای فراسناختی منفی و مثبت می تواند سبب تداوم اضطراب شوند. در تبیین این یافته ها می توان گفت، باورهای فراسناختی فرد در زمینه خودآگاهی شناختی خویش و تمرکز و توجه فرد را درباره فرایندهای فکری خود ارزیابی های ما را شکل می دهد پس بر انواع راهبردهایی که برای تنظیم افکار و احساساتمان به کار می بریم اثر می گذارد. محتوای باورها و افکار، نوع اختلال تجربه شده را تعیین می کند. و اختلال هیجانی پیامد فرایندهای فراسناختی است که به شکل گیری سیک های تفکر خاصی منجر می شوند و فرد را در وضعیت های طولانی مدت و عود کننده پردازش منفی اطلاعات مربوط به خود گرفتار می سازد و موجب اضطراب می شود.

نظر به اینکه هر پژوهشی دارای محدودیت هایی است، پژوهشی حاضر نیز از این امر مستثنی نبوده و دارای محدودیت ها و نواقصی همچون تعداد کم نمونه، عدم امکان نمونه گیری تصادفی، استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی بود و از آنجایی که این پژوهش بر روی نمونه ای از بیماران سرطانی بیمارستان شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شده، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا باید احتیاط شود و انجام پژوهش بر روی حجم بزرگتری از افراد، بررسی میزان باورهای فراسناختی منفی در دیگر بیماری های صعب العلاج، استفاده از نمونه گیری تصادفی و روش های عینی تر در مطالعات آتی پیشنهاد می گردد. همچنین با توجه به یافته های این پژوهش، پیشنهاد می گردد شناسایی و تغییر باورهای فراسناختی و ابعاد آن در درمان افراد دارای پیامدهای درد مبتلا به سرطان مورد توجه قرار گیرد و با توجه به نتایج پژوهشی حاضر می توان گفت گرچه نمی توان از مشکلات جسمی و اقتصادی بیماری سرطان پیشگیری کرد، ولی با انجام مشاوره و ارائه آموزش جهت شناخت باورهای فراسناختی منفی، می توان نیروی تطابق این بیماران را تقویت کرده و از پیشرفت یا تجدید مشکلات خانوادگی و زناشویی آن ها پیشگیری کرد.

¹ Spadaa

منابع و مراجع:

- اصغری مقدم، محمد علی؛ ساعد، فواد؛ دیباج نیا، پروین؛ زنگنه، جعفر. (1387). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه های غیر بالینی. نشریه دانشور رفتار، دوره 15، شماره 31، صص 23-38.
- اصغری مقدم، محمد علی؛ گلک، ناصر. (1384). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن؛ نشریه دانشور رفتار، دوره 12، شماره 10، صص 1-22.
- اصغری مقدم، محمد علی؛ گلک، ناصر. (1387). بررسی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه چند وجهی درد در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن، مجله روانشناسی، 1387، دوره 12، شماره 1، صص 50-71.
- افشار نژاد، طاهر؛ رضائی، سجاد؛ یوسف زاده، شاهرخ. (1389). ارتباط ترس از حرکت و شدت درد با ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. مجله توانبخشی. دوره 11، شماره 2، صص 21-28.
- بهرامی، فاطمه؛ رضوان، شیوا. (1386). رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال سیزدهم، شماره 3، 255-249.
- حقیقت، فرشته؛ زادهوش، سمیه، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم و اعتمادی فر، مسعود. (1390). رابطه بین خودکارآمدی مربوط به درد و شدت درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. مجله علوم رفتاری، دوره 5، شماره 1: 47-54.
- شیرین زاده دستگیری، صمد. (1385). مقایسه باورهای فراشناختی و مسولیت پذیری در بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز. عمید، حسن. (1390). فرهنگ فارسی عمید، تهران، انتشارات آگاه، چاپ 38.
- فتحی آشتیانی، علی. (1388). آزمون روانشناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت.
- مسگریان، فاطمه؛ اصغری مقدم، محمد علی؛ شعیری، محمد رضا؛ برومند، اکرم. (1393). بررسی نقش تعدیل کننده فاجعه آمیز کردن درد بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن، مجله روان شناسی بالینی و شخصیت. شماره 10، صص 2-17.
- پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
- Butler, G., Wells, L., & Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: a pilot study. *Behavioral Assessment Review*, 23, 45-56.
- Crichton P, Moorey S. (2002) Treating pain in cancer patients. In: DC, Turk and RJ Gatchel (eds). *Psychological Approaches to pain Management* (pp.501-514). New York, The Guilford press
- De wit R, van Dam F, Litjens MJ. (2001) Assessment of pain cognitions in cancer patients with chronic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*; 22:911-924.
- Lesage p, portenoy RK, (1998) Trends in cancer pain management, *cancer control*; 6:126-145.
- Spadaa MM (2006), nikcevic AV, moneta GB, wells A. metacognition, perceived stress, and negative emotion pers indiv diff
- Turk DC, Melzack R. (2001) The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In: DC, Turk and R. melzack (eds.). *Handbook of Pain Assessment* (pp.3-12), New York : Guilford Press.

- Turk DC, Sist TC, Okifuji A, Miner MF, Florio G, Harrison p, Massey J, Lema ML, Zevon MA. (1998) Adaptation to metastatic cancer pain. regional/local cancer pain and non-cancer pain: role of psychological and behavioural factors. *pain*;74:247-256.
- Turner J, Jensen MP, Romano J. (2000) Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain. *Pain*;85:115-125.
- Wells A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression* (translated by Mohammadkhani S). Tehran: Varaye Danesh
- Wells A. & Carter K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy* .32 .85-102

