

Research Paper**The Association between Meta-Cognitive Beliefs and Dysfunctional Attitudes among Middle and Aged Patients with Cardiovascular Disease*****Mohsen Golparvar¹, Hossein Safari¹**

1. Department of General Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Citation: Golparvar M, Safari H. [The Association between Meta-Cognitive Beliefs and Dysfunctional Attitudes among Middle and Aged Patients with Cardiovascular Disease (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):52-63. <http://dx.doi.org/10.21859/sija-110152>**doi:** <http://dx.doi.org/10.21859/sija-110152>Received: 4 Dec. 2015
Accepted: 27 Jan. 2016**ABSTRACT****Objectives** This research was conducted with the aim of explaining the dysfunctional attitudes of hospitalized cardiovascular patients through dysfunctional metacognitive beliefs.**Methods & Materials** This cross-sectional study was conducted in Shariati Hospital in Isfahan, Iran, in 2012. The statistical population was the hospitalized cardiovascular patients of Shariati Hospital in Isfahan. Out of them, 87 patients were selected using simple random sampling method. Research instruments were the dysfunctional metacognitive beliefs questionnaire (Cartwright-Hatton and Wells) and dysfunctional attitudes scale (Wiseman and Beck). Data were analyzed using SPSS version 18 through performing multiple regression analysis and the Pearson correlation coefficient.**Results** The results of regression analysis revealed that "need to control thoughts" has significant predictive power for the "others' satisfaction" ($P<0.05$); positive beliefs about "worry" and "worry uncontrollability" have significant predictive power for the "concentration on self" ($P<0.05$); positive beliefs about worry have significant predictive power for the "perfectionism" ($P<0.01$); "worry uncontrollability" and "cognitive confidence" have significant predictive power for the "need for others' confirmation" ($P<0.01$); and positive beliefs about "worry" have significant predictive power for the "concentration on success" ($P<0.05$).**Conclusion** Findings of this research revealed that dysfunctional metacognitive beliefs have predictive power for dysfunctional attitudes, which may affect health of cardiovascular patients.**Key words:**

Cardiovascular patient, Meta-cognition beliefs, Dysfunctional attitudes

*** Corresponding Author:****Mohsen Golparvar, PhD****Address:** Department of General Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, University Blv., Arqavanieh Blv., Jey St., Khorasgan, Isfahan, Iran.**Tel:** +98 (313) 5354001**E-mail:** drmgolparvar@hotmail.com

بررسی قدرت باورهای فراشناختی معیوب برای پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی-عروقی سالمند و غیرسالمند

* محسن گل‌پرور، حسین صفری^۱

۱- گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳ آذر ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۷ بهمن ۱۳۹۴

اهداف: پژوهش حاضر با هدف تبیین نگرش‌های ناکارآمد بیماران قلبی و عروقی بستری در بیمارستان از طریق باورهای فراشناختی معیوب به اجرا درآمد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان شریعتی اصفهان انجام شد. جامعه آماری پژوهش را بیماران قلبی-عروقی بستری در بیمارستان شریعتی اصفهان تشکیل دادند که از میان آنها ۸۷ نفر بیمار قلبی-عروقی به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش را پرسشنامه باورهای فراشناختی معیوب (ولز و کارترایت-هانتن) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (وایزمن و بک) تشکیل می‌داد. داده‌ها با نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که به‌ترتیب نیاز به کنترل افکار دارای توان پیش‌بین معنادار برای رضایت دیگران ($P < 0/05$)، باورهای مثبت درباره نگرانی و کنترل‌ناپذیری نگرانی دارای توان پیش‌بین معنادار برای تمرکز بر خود ($P < 0/05$)، باورهای مثبت درباره نگرانی دارای توان پیش‌بین معنادار برای کمال‌گرایی ($P < 0/01$)، کنترل‌ناپذیری نگرانی و اطمینان‌شناختی دارای توان پیش‌بین معنادار برای نیاز به تأیید دیگران ($P < 0/01$) و باورهای مثبت درباره نگرانی دارای توان پیش‌بین معنادار برای تمرکز بر موفقیت ($P < 0/05$) هستند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی معیوب، توان پیش‌بینی‌کنندگی نگرش‌های ناکارآمد را دارد که برای سلامتی بیماران قلبی-عروقی خطرآفرین است.

کلیدواژه‌ها:

بیماران قلبی-عروقی، باورهای فراشناختی، نگرش‌های ناکارآمد

مقدمه

عوامل مختلف زیستی از جمله میزان غیرطبیعی چربی‌های خاص در خون، بالارفتن سطح کلسترول بد (LDL-C)، پایین‌آمدن تراکم سطح کلسترول خوب (HDL-C)، افزایش فشارخون، مصرف سیگار، فقدان فعالیت بدنی یا ورزش، داشتن اضافه وزن یا چاقی، افزایش سن و سابقه خانوادگی برای بیماری کرونر قلب زودرس، افراد را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های قلبی می‌کنند [۱].

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که عوامل فوق به‌تنهایی، نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی ندارند، بلکه عوامل روان‌شناختی نیز تأثیر عمده‌ای در ابتلای افراد به این بیماری ایفا می‌کنند. همچنین ویژگی‌های شخصیتی نقش مهمی در کاهش یا افزایش اثرات منفی فشار روانی بر عملکرد قلب و عروق دارند [۵].

از آنجاکه بیماری‌های قلبی-عروقی، از زمره بیماری‌های روان‌تنی محسوب می‌شوند، در بررسی عوامل مؤثر در پیدایش

از نقطه‌نظر بالینی، سکتة قلبی را می‌توان حالتی پاتوفیزیولوژیک در نظر گرفت که در آن اختلال در عملکرد قلب، از پمپاژ خون موردنیاز بافت‌های در حال سوخت‌وساز جلوگیری می‌کند [۱]. بیماری کرونری قلبی گسترده‌ترین نوع از بیماری‌های قلبی-عروقی است که هر ساله افراد زیادی در اثر ابتلا به آن، جان خود را از دست می‌دهند یا به انواع ناتوانی‌های دیگر دچار می‌شوند [۲].

اگرچه تاکنون در ایران آمار دقیقی از میزان شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی گزارش نشده است، با این حال، بر پایه برخی اطلاعات دردسترس، حدود چهل درصد مرگ‌ومیرها در ایران به‌گونه‌ای با بیماری‌های قلبی و عروقی ارتباط دارند و گفته می‌شود که شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی طی سال‌های اخیر نسبت به گذشته نه‌چندان دور، بین ۴۰-۲۰ درصد افزایش داشته است [۳ و ۴].

* نویسنده مسئول:

دکتر محسن گل‌پرور

نشانی: اصفهان، خوراسگان، خیابان جی، بلوار ارغوانیه، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، واحد خوراسگان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی عمومی.

تلفن: ۰۱ ۵۳۵۴۰۰۱ (۳۱۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: drmgolparvar@hotmail.com

باورها مشتمل بر میزان توجهی است که فرد به افکار خود معطوف می‌دارد [۱۱].

باورهای فراشناختی معیوب مطرح‌شده توسط ولز [۸]، تاکنون در تبیین تعدادی از اختلالات روانی و روان‌تنی استفاده شده است [۱۷-۱۲]. آنستی، مک و ونساندن (۲۰۰۶) در پژوهشی درباره رابطه بین شناخت و مرگ در بیماران سکتة مغزی، قلبی و سرطان، ۴۷ مطالعه طولی را در ارتباط با موضوع مورد بررسی خود، جمع‌آوری و نتیجه‌گیری نمودند که عملکرد شناختی با نارسایی‌های شناختی از جمله عوامل مهم تعیین‌کننده در مرگ‌ومیر در میان بیماران سکتة مغزی، بیماران قلبی و بیماران سرطانی است. این پژوهشگران گزارش کردند که نقش عملکرد شناختی به‌همراه نارسایی‌های شناختی در مرگ‌ومیر بیماران قلبی، کمتر از نقش این عوامل در دو گروه بیماران سکتة مغزی و بیماران سرطانی است [۱۸].

گالو، قائد و براکن (۲۰۰۴) در یک بررسی مروری با عنوان «هیجان‌ها و شناخت در بیماری‌های قلبی و عروقی: خطر، تاب‌آوری و زمینه اجتماعی»، از گذرگاه‌های رفتاری و فیزیولوژیکی که با هیجان‌ها و شناخت‌های منفی ماهیتی درآمیخته دارند، سخن به‌میان آورده‌اند. این اندیشمندان عاطفه منفی، خصومت‌گرایی، خشم، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و احساس درماندگی را عوامل ترکیبی از عناصر شناختی و هیجانی معرفی نموده‌اند که پس از تأثیر بر محیط و بافت اجتماعی اطراف افراد، زمینه‌ساز الگوهای رفتاری معطوف به بیماری‌های قلبی می‌شوند [۲۰ و ۱۹].

لی (۲۰۰۹) در پژوهشی در مورد کیفیت زندگی پس از پنج سال در بیماران قلبی-عروقی نشان داد که مؤلفه‌های جسمی و روانی سبک زندگی، پس از گذشت پنج سال همچنان با میزان سلامتی افرادی که دچار حمله قلبی شده‌اند، در ارتباط است. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی و اضطراب از زمره پیش‌بینی‌کننده‌های وضعیت سلامتی بیماران قلبی و عروقی است. از آنجایی که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد افسردگی و اضطراب هر دو با باورهای فراشناختی و نگرش‌های ناکارآمد رابطه دارند [۲۱]، به نوعی با اهداف پژوهش حاضر ارتباط می‌یابد.

ندلیوکویچ و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی و توانایی کارکردی پس از عمل جراحی بای‌پس^۲ که روی ۸۹ بیمار انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که کارکردهای شناختی و رفتاری و کیفیت زندگی بیماران رابطه متقابل و تعیین‌کننده‌ای در بیماران قلبی دارند [۲۲].

اسماعیلی‌دوکی و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی در حوزه

آنها باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه نمود. شواهدی که بیماری قلبی را با متغیرهای روان‌شناختی مرتبط می‌سازند، برگرفته از پژوهش‌هایی هستند که نخستین‌بار توسط دو متخصص قلب به نام‌های فریدمن و روزمن [۲] صورت گرفت. به‌دنبال این پژوهش‌ها، به‌تدریج توجه دانشمندان و پژوهشگران به نقش عوامل شناختی معطوف شد. در این پژوهش از میان عوامل شناختی متعدد، بر باورهای فراشناختی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی-عروقی تمرکز شده است.

فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند [۷ و ۶]. بیشتر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته هستند که بر آنها نظارت و کنترل دارند. ولز (۲۰۰۹) در الگوی فراشناختی خود کوشیده است تا تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود بین نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب‌شناختی را تبیین کند [۸]. در این الگو، بر نقش باورهای منفی فراشناختی و فرانتگرانی^۱ (نگرانی در مورد نگرانی) در شکل‌گیری و پایداری برخی اختلالات، نظیر اختلالات اضطرابی تأکید می‌شود [۹].

ولز در دیدگاه فراشناختی خود، چنین فرضی را مطرح می‌کند که نگرانی از دانشی مجزا، شامل عقاید و باورهای مثبت و منفی در رابطه با تفکر نشئت می‌گیرد [۸]. در این رویکرد، این الگوی شناختی و فراشناختی فرد است که باعث پدیداری نگرانی می‌شود؛ بنابراین، تمرکز و تأکید زیادی بر نشخوار، تمرکز توجه بر منابع تهدید و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد وجود دارد [۱۰].

در این دیدگاه باورهای فراشناختی معیوب مطرح‌شده شامل پنج دسته اصلی هستند:

• دسته اول، به باورهای مثبت درباره نگرانی موسوم هستند. این باورها به میزان باور فرد در مورد اینکه نگرانی یاری‌رسان و پدیده‌ای مثبت است، اطلاق می‌گردد.

• دسته دوم، شامل غیرقابل کنترل بودن نگرانی است. این باورها به باور فرد در این باره که نگرانی‌ها غیرقابل کنترل و برای فرد خطرآفرین هستند، گفته می‌شود.

• دسته سوم را اطمینان‌شناختی می‌گویند. این دسته از باورهای فراشناختی به شک و تردیدی که فرد نسبت به توانایی حافظه و یادآوری خود دارد، مربوط می‌شود.

• دسته چهارم با ناتوانی در کنترل افکار نگران‌کننده‌ای که به سراغ فرد می‌آیند، ارتباط دارد که به آنها نیاز به کنترل افکار گفته می‌شود.

• دسته پنجم، به خودآگاهی شناختی معروف هستند. این

2. Bypass

1. Meta-worry.

شد؛ بنابراین، گروه نمونه به ۸۷ نفر تقلیل یافت.

پرسشنامه‌هایی که از روند پژوهش کنار گذاشته شدند، پرسشنامه‌هایی بودند که بیماران قلبی سؤالات آنها را به‌طور کامل پاسخ نداده بودند. این وضعیت با توجه به اینکه بیماران قلبی لازم است در کمترین خستگی و فشار در بیمارستان تحت‌درمان قرار گیرند تا بهبود یابند، طبیعی به‌نظر می‌رسد. پرسشنامه‌های پاسخ داده‌نشده هم در موارد خودگزارش‌دهی بیماران قلبی عروقی و هم در مواردی که پرسشنامه‌ها به‌صورت مصاحبه نظام‌مند اجرا می‌شد، وجود داشتند.

دلیل در نظر گرفتن ۸۷ نفر به‌عنوان حجم نمونه نهایی برای پژوهش حاضر این بود که حجم نمونه برای مطالعات تحلیل رگرسیونی ۱۵ نفر و بیشتر به‌ازای هر متغیر پیش‌بین توصیه شده است. برای مثال، اگر در یک مطالعه هشت متغیر پیش‌بین وجود داشته باشد، حجم نمونه ۱۲۰ نفر و بالاتر توصیه شده است [۲۵]. به‌دلیل آنکه مؤلفه‌های باورهای فراشناختی معیوب که در این پژوهش به‌عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شدند، پنج مؤلفه بودند، در آغاز در برابر هر متغیر پیش‌بین ۲۲ نفر و در پایان پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش، به‌ازای هر متغیر پیش‌بین ۱۷ نفر در نظر گرفته شد.

گروه نمونه به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده و بر مبنای فهرست اسامی بیماران در بخش اطلاعات بیمارستان نمونه‌گیری شدند. نمونه‌گیری نیز به این ترتیب بود که فهرست بیماران بستری‌شده جدید در هر هفته در دوره زمانی پژوهش دریافت و بررسی (کنترل توانایی یا ناتوانی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌های پژوهش در این مرحله با کمک کادر پرستاری و درمانی بیماران) و سپس از میان بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به‌شیوه تصادفی ساده نمونه‌های موردنیاز انتخاب شدند.

پرسشنامه‌های پژوهش که دو پرسشنامه باورهای فراشناختی معیوب و نگرش‌های ناکارآمد بودند، به دو صورت اجرا شدند. برای بیماران قلبی-عروقی که خودشان توانایی پاسخ‌گویی داشتند، پس از توضیحات مختصر در مورد پرسشنامه‌ها، پرسشنامه در اختیار آنها قرار می‌گرفت تا پاسخ دهند. زمان مراجعه به بیماران با هماهنگی کادر پرستاری و درمانی انجام می‌گرفت تا بیماران در زمان مناسب امکان پاسخ‌گویی را داشته باشند. گروهی دیگر از بیماران قلبی-عروقی که تمایل و توان پاسخ‌گویی شخصی را نداشتند، سؤالات پرسشنامه‌ها و مقیاس آن به‌آرامی برای آنها خوانده می‌شد و سپس پاسخ‌های بیماران در پرسشنامه ثبت می‌گردید.

برای سنجش باورهای فراشناختی، پرسشنامه باورهای فراشناختی فرم کوتاه که توسط ولز و کارترایت-هاتن (۲۰۰۴) معرفی شده، مورد استفاده قرار گرفت [۲۶]. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال و مقیاس پاسخ‌گویی چهار درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) و پنج خرده‌مقیاس به نام‌های اطمینان‌شناختی،

اضطراب قبل و بعد از عمل جراحی و رابطه آن با کیفیت زندگی که روی ۱۸۷ بیمار با هجده ماه پیگیری به انجام رساندند، نشان داده‌اند که بیماران مورد مطالعه قبل و بعد از عمل جراحی قلبی، سطحی پایینی از اضطراب دارند. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد اضطراب حالت قبل و بعد از عمل جراحی با سلامت روانی در بیماران رابطه معناداری دارد و سلامت روان پیش از عمل جراحی با اضطراب حالت پیش از عمل، دارای رابطه منفی است [۲۳].

هیلم و همکاران (۲۰۱۲) یک پژوهش طولی یازده ساله را با عنوان تأثیر بیماری قلبی بر تغییرات طولی در شناخت افراد هشتادساله و بیشتر روی ۷۰۲ نفر انجام و نشان داده‌اند که در توانایی فضایی و نظام حافظه بیماران قلبی مسن در طول زمان اختلالات جدی به‌وجود می‌آید. همچنین این پژوهشگران نشان داده‌اند که حافظه رویدادی نیز می‌تواند در ارتباط با بیماری قلبی دچار اختلال شود [۲۴].

با توجه به شواهد تحقیقات ارائه‌شده و بررسی‌های صورت‌گرفته، پژوهشی یافت نشد که در آن نقش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای فراشناختی معیوب در بیماری قلبی و عروقی مشخص شده باشد. بنابراین، در این پژوهش این پرسش به‌عنوان مسئله اصلی پژوهش مدنظر قرار گرفته است که «آیا باورهای فراشناختی قادر به پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی هستند یا خیر؟».

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر، روش همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه بیماران قلبی-عروقی که در سه ماهه پاییز ۱۳۹۱ به بیمارستان شریعتی اصفهان مراجعه کرده و برای درمان بیماری قلبی-عروقی بستری شده بودند، تشکیل می‌داد. براساس اطلاعات به‌دست‌آمده از بخش اطلاعات و پرونده بیماران، تعداد کل بیماران قلبی و عروقی مراجعه‌کننده در سه ماهه زمان اجرای پژوهش که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، حدود ۱۵۰ نفر بوده است.

معیار ورود بیماران قلبی-عروقی برای شرکت در پژوهش حاضر عدم ابتلا هم‌زمان به بیماری‌های دیگر جسمی، ابتلا به یکی از انواع اختلالات قلبی و عروقی، بستری‌بودن در بیمارستان و توانایی مشارکت در پژوهش برای پاسخ‌گویی پرسشنامه‌ها بود. معیارهای خروج نیز عبارت بود از: ابتلای هم‌زمان به بیماری‌های جسمی دیگر، ناتوانی در پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌های پژوهش و وضعیت سرپایی (بستری‌نشدن در بیمارستان). این اطلاعات با توجه به پرونده هر یک از بیماران در پژوهش کنترل گردید.

حجم نمونه پژوهش حاضر در راستای هدف پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد از طریق راهبردهای فراشناختی معیوب در بیماران قلبی-عروقی، ۱۱۰ نفر در نظر گرفته شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۲۳ پرسشنامه به‌دلیل ناقص‌بودن پاسخ‌ها از پژوهش کنار گذاشته

و عروقی اجرامی شد، برای اطمینان از روایی سازه پرسشنامه، روی سؤالات آن تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس انجام گرفت. نتیجه این تحلیل عاملی نشان داد که ۲۴ سؤال از ۴۰ سؤال واجد شرایط مناسب هستند (قرار گرفتن بر یک عامل بدون داشتن بار عاملی مشترک بر عوامل دیگر).

علاوه بر بار عاملی فقط روی یک عامل، دومین معیار برای حذف ۱۶ سؤال از ۴۰ سؤال، بررسی نقش سؤالات در آلفای کرونباخ بود که این مورد نیز نشان داد که در نظر گرفتن ۲۴ سؤال برای هفت عامل قابل استخراج در تحلیل عاملی اکتشافی منطقی است. براساس سؤالاتی که روی هر یک از این عوامل قرار گرفتند، هفت عامل قابل استخراج به ترتیب به عنوان نگرش‌های غیرمنطقی درباره خود و دیگران، رضایت دیگران، تمرکز بر خود، کمال‌گرایی، نیاز به تأیید دیگران، تمرکز بر موفقیت و عدم اعتماد به دیگران نام‌گذاری شدند.

علاوه بر این، برای اطمینان از هفت عامل با ۲۴ سؤال، تحلیل عاملی تأییدی بر هفت عامل استخراج‌شده از تحلیل عاملی اکتشافی انجام گرفت. این تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد با هفت عامل و ۲۴ سؤال از شاخص‌های برازش بسیار مطلوبی برخوردار است ($\chi^2=12/76$ ، $P>0/05$ ، $df=13$ ، $CFI=1$ ، $GFI=0/97$ ، $RMSEA=0/01$ ، $NFI=0/91$ ، $TLI=1$ ، $RMR=0/1$ ، $AIC=42/76$). آلفای کرونباخ هفت خرده‌مقیاس در پژوهش حاضر بین ۰/۷۵-۰/۶ به دست آمدند.

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها به وسیله تحلیل رگرسیون چندگانه، برای پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد از طریق باورهای فراشناختی در بیماران قلبی-عروقی با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه پژوهش ارائه شده است. چنانکه در این جدول مشاهده می‌شود از گروه نمونه، ۴۲ نفر (معادل ۴۸/۳ درصد) مرد و ۴۵ نفر (معادل ۵۱/۷ درصد) زن بوده‌اند. از نظر وضعیت تأهل نیز بیشتر افراد (۶۷ نفر معادل ۷۷ درصد) متأهل و در گروه سنی (۴۷ نفر معادل ۵۴ درصد) ۶۱ سال و بالاتر بوده‌اند.

در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با توجه به این جدول، میانگین باورهای فراشناختی حداقل برابر با ۲/۳۱ برای باورهای مثبت درباره نگرانی و نیاز به کنترل حداکثر برابر با ۲/۴۸ برای خودآگاهی شناختی در نوسان بوده است. همچنین براساس نتایج گزارش‌شده در جدول شماره ۲، میانگین نگرش‌های ناکارآمد در کمترین حد برای کمال‌گرایی برابر با ۳/۲۲ تا بیشترین حد برای نیاز به تأیید دیگران برابر با ۵/۲۲، در نوسان بوده است.

باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، کنترل‌ناپذیری نگرانی و نیاز به کنترل افکار است. ولز و کارترایت-هاتن (۲۰۰۴) شواهد گسترده‌ای درباره روایی سازه (براساس تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، روایی سازه همگرایی) و پایایی همسانی درونی و بازآزمایی این پرسشنامه ارائه نموده‌اند [۲۶].

تاکنون در ایران این پرسشنامه توسط پژوهشگران مختلفی مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است [۲۷]. برای نمونه، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ و ۰/۸۹ و ضرایب همبستگی امتیازات پرسشنامه باورهای فراشناختی با پرسشنامه اضطراب بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ در نوسان گزارش شده است [۲۷].

از آنجایی که این پرسشنامه برای اولین بار روی بیماران قلبی و عروقی اجرا می‌شد، برای اطمینان از روایی سازه، روی سؤالات پرسشنامه تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس انجام گرفت که طی دو مرحله، همان پنج عامل اصلی در پرسشنامه ولز و کارترایت-هاتن (۲۰۰۴) به دست آمد [۲۴]. علاوه بر تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که پرسشنامه باورهای فراشناختی دارای شاخص‌های برازش مطلوبی در این پژوهش است ($\chi^2=1/95$ ، $P>0/05$ ، $df=4$ ، $CFI=1$ ، $GFI=0/99$ ، $RMSEA=0/06$ ، $NFI=1$ ، $TLI=1$ ، $FI=1$ ، $AIC=23/95$ و $RMSEA=0/01$). آلفای کرونباخ پنج عامل باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری نگرانی، اطمینان‌شناختی، نیاز به کنترل و خودآگاهی شناختی نیز در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۸۵ و ۰/۷۹ به دست آمد.

برای سنجش نگرش‌های ناکارآمد از فرم کوتاه پرسشنامه معرفی شده توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) استفاده شد [۲۸]. این مقیاس که یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارها در حیطه پژوهش‌های شناختی است، دارای ۴۰ سؤال و مقیاس پاسخ‌گویی هفت درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) است و در فرم اصلی دو خرده‌مقیاس به نام‌های کمال‌گرایی (و نیاز به تأیید دیگران و راضی کردن دیگران) و آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد دارد که برای تعیین نگرش‌های زمینه‌ساز افسردگی تهیه شده است.

وایزمن و بک (۱۹۷۸) شواهد گسترده‌ای درباره روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک، نیمرخ حالات خلقی و تحریف‌های شناختی در افراد افسرده در نمونه‌ای متشکل از ۲۰۲۳ نفر از بیماران سرپایی که برای درمان شناختی مراجعه کرده بودند، گزارش نموده‌اند [۲۸ و ۲۹]. این پرسشنامه در ایران توسط پژوهشگران مختلفی تاکنون مورد استفاده قرار گرفته است.

در پژوهشی با استفاده از روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفره، پایایی زمانی این پرسشنامه برابر با ۰/۷۲ گزارش شده است [۲۹]. از آنجایی که این پرسشنامه برای اولین بار روی بیماران قلبی

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی گروه نمونه برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی.

متغیر	زیرگروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۴۲	۴۸/۳
	زن	۴۵	۵۱/۷
	کل	۸۷	۱۰۰
وضعیت تأهل	متأهل	۶۷	۷۷
	مجرد (ازدواج نکرده)	۱۰	۱۱/۵
	بیوه (همسر فوت کرده)	۱۰	۱۱/۵
	کل	۸۷	۱۰۰
سن	تا ۵۰ سال	۱۵	۱۷/۲
	۵۱ تا ۶۰ سال	۲۵	۲۸/۷
	۶۱ سال به بالا	۴۷	۵۴
	کل	۸۷	۱۰۰

سالمند

دیگران بوده است. در ردیف ۳ نیز مشاهده می‌شود که از پنج مؤلفه راهبردهای فراشناختی معیوب، باورهای مثبت درباره نگرانی ($\beta=0/28, P \geq 0/05$) و کنترل‌ناپذیری خطر ($P \leq 0/05, \beta=0/28$) پیش‌بینی‌کننده تمرکز بر خود بوده‌اند.

در ردیف ۴، نشان داده شده که از پنج مؤلفه راهبردهای فراشناختی معیوب، باورهای مثبت درباره نگرانی ($P < 0/01$)، پیش‌بینی‌کننده کمال‌گرایی بوده‌اند. در ردیف ۵ دیده می‌شود که از پنج مؤلفه راهبردهای فراشناختی معیوب،

در جدول شماره ۳، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد از طریق پنج مؤلفه باورهای فراشناختی معیوب ارائه شده است.

چنانکه در ردیف ۱ جدول مذکور مشاهده می‌شود، از پنج مؤلفه راهبردهای فراشناختی معیوب، هیچ‌یک قادر به پیش‌بینی نگرش‌های غیرمنطقی درباره خود و دیگران نبوده‌اند. در ردیف ۲، نشان داده شده که از پنج مؤلفه راهبردهای فراشناختی معیوب، نیاز به کنترل افکار ($\beta=0/23, P \leq 0/05$) پیش‌بینی‌کننده رضایت

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار راهبردهای فراشناختی و نگرش‌های ناکارآمد.

ردیف	متغیر	مؤلفه‌های متغیرها	M	SD
۱	باورهای فراشناختی معیوب	باورهای مثبت درباره نگرانی	۲/۳۱	۰/۶
۲		کنترل‌ناپذیری نگرانی	۲/۴۴	۰/۵۳
۳		اطمینان‌شناختی	۲/۲۹	۰/۵۴
۴		نیاز به کنترل	۲/۳۱	۰/۵۴
۵		خودآگاهی شناختی	۲/۴۸	۰/۵
۶	نگرش‌های غیرمنطقی درباره خود و دیگران	نگرش‌های غیرمنطقی درباره خود و دیگران	۴/۵۲	۱/۳۶
۷		رضایت دیگران	۴/۷۱	۱/۶۷
۸		تمرکز بر خود	۳/۹۳	۰/۶۷
۹		کمال‌گرایی	۳/۲۲	۱/۱۸
۱۰		نیاز به تأیید دیگران	۵/۲۵	۰/۹۳
۱۱		تمرکز بر موفقیت	۳/۷۷	۱/۷۳
۱۲		عدم‌اعتماد به دیگران	۴/۷۶	۱/۲۶

سالمند

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به‌شيوه هم‌زمان برای پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد از طریق باورهای فراشناختی معیوب.

ردیف	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	b	ES	β	t	p	R	R ²	F
۱	باورهای مثبت درباره نگرانی	نگرش‌های غیرمنطقی درباره خود و دیگران	-۰/۳۳	۰/۲۵	-۰/۱۷	۱/۳۵	۰/۱۸	۰/۲۶۲	۰/۰۶۹	۱/۵۱
	کنترل ناپذیری نگرانی		-۰/۵۴	۰/۳	-۰/۲۴	۱/۸۳	۰/۰۷			
	اطمینان شناختی		۰/۱	۰/۲۷	-۰/۰۴	۰/۳۶	۰/۷۲			
	نیاز به کنترل افکار		-۰/۲۷	۰/۲۷	-۰/۱۲	۱	۰/۳۲			
	خودآگاهی شناختی		-۰/۰۳	۰/۳۱	-۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۹۳			
۲	باورهای مثبت درباره نگرانی	رضایت دیگران	-۰/۶۴	۰/۳۴	-۰/۲۳	۱/۸۷	۰/۰۶	۰/۳۳۷	۰/۱۱۴	۲/۶۱۰
	کنترل ناپذیری نگرانی		-۰/۴۵	۰/۴۱	-۰/۱۴	۱/۱	۰/۲۷			
	اطمینان شناختی		-۰/۱۵	۰/۳۷	-۰/۰۵	۰/۴	۰/۶۹			
	نیاز به کنترل		-۰/۷۲	۰/۲۸	-۰/۲۳	۲/۵	۰/۰۵			
	خودآگاهی شناختی		-۰/۰۴	۰/۴۳	-۰/۰۱	-۰/۰۸	۰/۹۳			
۳	باورهای مثبت درباره نگرانی	تمرکز غیرمنطقی بر خود	-۰/۳	۰/۱۳	-۰/۲۸	۲/۳۲	۰/۰۲	۰/۳۱۵	۰/۱	۲/۲۵۰
	کنترل ناپذیری نگرانی		-۰/۳۳	۰/۱۵	-۰/۲۸	۲/۱۸	۰/۰۳			
	اطمینان شناختی		-۰/۰۳	۰/۱۴	-۰/۰۳	۰/۲۳	۰/۸۲			
	نیاز به کنترل افکار		-۰/۰۴	۰/۱۴	-۰/۰۴	۰/۳	۰/۷۶			
	خودآگاهی شناختی		۰/۱	۰/۱۶	-۰/۰۸	۰/۶۵	۰/۵۲			
۴	باورهای مثبت درباره نگرانی	کمال‌گرایی غیرمنطقی	-۰/۹۱	۰/۲۷	-۰/۳۹	۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵	۰/۱۹۲	۴/۸۳۰۰
	کنترل ناپذیری نگرانی		-۰/۴۱	۰/۳۲	-۰/۱۵	۱/۲۸	۰/۲			
	اطمینان شناختی		-۰/۲۳	۰/۲۹	-۰/۰۹	۰/۷۹	۰/۳۳			
	نیاز به کنترل افکار		-۰/۰۸	۰/۲۹	-۰/۰۳	۰/۲۹	۰/۷۷			
	خودآگاهی شناختی		۰/۱	۰/۳۴	-۰/۰۴	۰/۳	۰/۷۶			
۵	باورهای مثبت درباره نگرانی	تمرکز غیرمنطقی بر موفقیت	-۰/۲۳	۰/۱۹	-۰/۱۵	۱/۲۴	۰/۲۲	۰/۳۹۳	۰/۱۵۵	۳/۷۴۰۰
	کنترل ناپذیری نگرانی		-۰/۴۸	۰/۲۳	-۰/۲۶	۲/۱۳	۰/۰۳			
	اطمینان شناختی		-۰/۰۶	۰/۲	-۰/۳۴	-۲/۹۳	۰/۰۰۴			
	نیاز به کنترل افکار		۰/۱	۰/۲۱	-۰/۰۶	۰/۵	۰/۶۲			
	خودآگاهی شناختی		-۰/۲۳	۰/۲۴	-۰/۱۲	۰/۹۷	۰/۳۳			
۶	باورهای مثبت درباره نگرانی	تمرکز غیرمنطقی بر موفقیت	۱/۰۵	۰/۳۹	-۰/۳۲	۲/۶۹	۰/۰۰۸	۰/۳۴۲	۰/۱۱۷	۲/۷۱۰
	کنترل ناپذیری نگرانی		-۰/۳۲	۰/۴۷	-۰/۰۸	۰/۶۸	۰/۵			
	اطمینان شناختی		-۰/۲۳	۰/۴۲	-۰/۰۶	-۰/۵۴	۰/۵۹			
	نیاز به کنترل افکار		-۰/۲۵	۰/۴۳	-۰/۰۷	-۰/۵۸	۰/۵۶			
	خودآگاهی شناختی		۰/۶۹	۰/۵	-۰/۱۷	۱/۳۹	۰/۱۷			

ردیف	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	b	ES	β	t	p	R	R ²	F
	باورهای مثبت درباره نگرانی	عدم اعتماد به دیگران	۰/۳۹	۰/۳۴	۰/۲	۱/۶۲	۰/۱۱			
	کنترل ناپذیری نگرانی		۰/۱۳	۰/۲۹	۰/۰۶	۰/۴۴	۰/۶۶			
۷	اطمینان شناختی		-۰/۲۹	۰/۲۶	-۰/۱۴	-۱/۱۲	۰/۲۷	۰/۲۵۳	۰/۰۶۴	۱/۳۹
	نیاز به کنترل افکار		۰/۰۴	۰/۲۶	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۸۹			
	خودآگاهی شناختی		۰/۳۳	۰/۳	۰/۱۴	۱/۱	۰/۲۷			

سند

$P < 0.05^*$

$P < 0.01^{**}$

مانند آنستی و همکاران (۲۰۰۶) در حوزه نقش نسبی عوامل شناختی در وخامت وضعیت بیماران قلبی-عروقی [۱۸]، گالو و همکاران (۲۰۰۴) درباره نقش عاطفه منفی، خصومت‌گرایی، خشم، اضطراب، افسردگی و احساس درماندگی در الگوهای رفتاری معطوف به بیماری‌های قلبی [۱۹ و ۲۰]، لی (۲۰۰۹) درباره رابطه شناخت‌های مطرح در افسردگی و اضطراب با وضعیت سلامتی بیماران قلبی و عروقی [۲۱]، ندلیوکویچ و همکاران (۲۰۰۱) در مورد رابطه کارکردهای شناختی و رفتاری و کیفیت زندگی بیماران قلبی [۲۲] و هیلم و همکاران (۲۰۱۲) در زمینه تغییر در برخی توانایی‌های شناختی بیماران قلبی مسن [۲۴] همسویی ضمنی نشان می‌دهد.

رابطه برخی باورهای فراشناختی معیوب با نگرش‌های ناکارآمد در پژوهش حاضر با این ایده که عوامل فراشناختی می‌توانند بر شناخت افراد تاثیر بگذارند، تا اندازه‌ای همسو است [۲۵، ۸ و ۶]. در درجه نخست یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند از طریق باورهای فراشناختی معیوب تغذیه شوند؛ به این معنی که به احتمال زیاد در نظام پردازش شناختی انسان‌ها، در صورت ایجاد باورهای فراشناختی معیوب، به تدریج در سطح شناختی نیز باورها و نگرش‌های ناکارآمد شکل می‌گیرد و این دو با ایجاد یک نظام پردازشی معیوب و ناکارآمد، یک چرخه بازخوردی فراشناخت-شناخت معیوب یا برعکس را بر افراد تحمیل می‌کنند [۸-۶].

اگر به محتوای باورها و نگرش‌های ناکارآمدی نظیر باورهای ضرورت (ضرورت‌هایی درباره خود، ضرورت‌هایی درباره دیگران، ضرورت‌هایی درباره شرایط زندگی)، باورهای فاجعه‌سازی، باور عدم تحمل ناکامی، باور ناچیزانگاری (بی‌ارزش‌سازی)، انکار مشکل هیجانی، قبول نکردن مسئولیت مشکلات هیجانی، ناراحتی به دلیل ناراحتی هیجانی، اضطراب در مورد اضطراب، احساس گناه به دلیل ابراز خشم، افسردگی ناشی از افسردگی، تمرکز بر مزیت‌های مشکلات هیجانی، اجتناب از بهای سلامت روان شناختی و خودگویی‌های فریبنده به‌عنوان موانعی برای

کنترل ناپذیری نگرانی ($\beta = 0.26, P < 0.01$) و اطمینان‌شناختی ($\beta = -0.34, P < 0.01$) پیش‌بینی‌کننده نیاز به تأیید دیگران بوده‌اند. در ردیف ۶ نشان داده شده که از پنج مؤلفه راهبردهای فراشناختی معیوب، باورهای مثبت درباره نگرانی ($P < 0.01$)، $\beta = 0.32$) پیش‌بینی‌کننده تمرکز بر موفقیت بوده است. بالاخره، در ردیف ۷ نیز نشان داده شده که از پنج مؤلفه راهبردهای فراشناختی معیوب، هیچ‌یک قادر به پیش‌بینی عدم اعتماد به دیگران نبوده‌اند.

بحث

این پژوهش که در راستای بررسی نقش راهبردهای فراشناختی (باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری نگرانی، اطمینان‌شناختی، نیاز به کنترل و خودآگاهی شناختی) بر نگرش‌های ناکارآمد (نگرش‌های غیرمنطقی درباره خود و دیگران، رضایت دیگران، تمرکز بر خود، کمال‌گرایی، نیاز به تأیید دیگران، تمرکز بر موفقیت و عدم اعتماد به دیگران) در بیماران قلبی-عروقی اجرا شد، جز در مورد نگرش‌های غیرمنطقی درباره خود و دیگران و عدم اعتماد به دیگران که هیچ‌یک از باورهای فراشناختی معیوب قادر به پیش‌بینی آنها نبودند، به ترتیب در مورد توان پیش‌بینی نیاز به کنترل افکار برای رضایت دیگران، در مورد توان پیش‌بینی باورهای مثبت درباره نگرانی و کنترل ناپذیری خطر برای تمرکز بر خود، در مورد توان پیش‌بینی باورهای مثبت درباره نگرانی برای کمال‌گرایی، در مورد توان پیش‌بینی کنترل ناپذیری نگرانی و خطر و اطمینان‌شناختی برای نیاز به تأیید دیگران و در مورد توان پیش‌بینی باورهای مثبت درباره نگرانی برای تمرکز بر موفقیت شواهد تأییدکننده‌ای به‌دست داد.

جستجوهای انجام‌شده در پایگاه‌ها و منابع اطلاعاتی در دسترس، پژوهشی که طی آن رابطه باورهای فراشناختی معیوب و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی-عروقی در آن مورد بررسی قرار گرفته باشد، یافت نشد. با این حال، پژوهش‌هایی به‌دست‌آمده نشان داد که باورهای فراشناختی می‌توانند با نگرش‌های ناکارآمد رابطه داشته باشد [۱۶]. با در نظر گرفتن این تذکر می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پژوهشگرانی

مقاومت نشان بدهند [۱۶].

تبیین اشاره شده چنانکه به حضور کنترل ناپذیری خطر در کنار باورهای مثبت درباره نگرانی برای پیش‌بینی تمرکز بر خود توجه شود، اندکی تقویت می‌شود (جدول شماره ۳ را نگاه کنید). درحقیقت، احتمال دارد که بیماران قلبی-عروقی به دلیل احساس خطر و نگرانی که دارند به این باور رسیده باشند که لازم است بیش‌ازپیش بر خود تمرکز نمایند. با وجود این، تبیین بعدی به نقش نیاز به کنترل (غیرقابل کنترل بودن نگرانی‌ها) برای جلب رضایت دیگران مربوط می‌شود که چنین یافته‌ای در نوع خود بسیار جالب توجه است. این یافته نشان از آن دارد که نگرانی‌ها برای افراد و به‌ویژه برای بیماران قلبی-عروقی می‌تواند رنج‌آور و نگران‌کننده باشد؛ زیرا باعث می‌شود تا فرد یا افراد به احتمال زیاد به دلیل احساس نیاز به حمایت و کمک دیگران، سعی در جلب توجه و رضایت دیگران نمایند تا دیگران نیز به آنها به‌طور خواسته یا ناخواسته کمک کنند و نگرانی‌های خود را برطرف و یا مدیریت کنند.

آخرین تبیین به نقش کنترل ناپذیری افکار نگران‌کننده و عدم اطمینان شناختی (شک و تردیدی که فرد نسبت به توانایی حافظه و یادآوری خود دارد) برای نیاز به تأیید دیگران مربوط می‌شود. این بخش از یافته‌ها در پژوهش حاضر، با این ایده که نگرانی‌ها برای افراد و به‌ویژه برای بیماران قلبی-عروقی می‌تواند رنج‌آور و نگران‌کننده باشد و به همین دلیل باعث روی آوردن آنها به دیگران برای جلب حمایت و کمک می‌شود، به‌طور محسوسی همسو است. بنابراین، احتمال دارد که گرایش به باورهای ناکارآمدی نظیر الزام شناختی برای جلب رضایت و تأیید دیگران، در احساس ناتوانی برای مقابله با خطرات و نگرانی‌ها در بیماران قلبی-عروقی ریشه داشته باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این پژوهش نشان داد که برخی از ابعاد باورهای فراشناختی معیوب به‌عنوان یکی از عوامل شناختی مطرح در حوزه روان‌شناسی شناختی می‌توانند زمینه‌ساز تقویت نگرش‌های ناکارآمد نظیر جلب افراطی رضایت دیگران، تمرکز بر خود، کمال‌گرایی، نیاز به تأیید دیگران و تمرکز بر موفقیت باشند. از آنجایی که نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند برای بیماران قلبی مشکل‌آفرین شود و وضعیت بیماری آنها را وخیم‌تر کند، لازم است درباره کنترل باورهای فراشناختی معیوب و به‌دنبال آن، کنترل نگرش‌های ناکارآمد تدابیری اندیشیده شود.

پیشنهادها و محدودیت‌ها

پیشنهاد کاربردی مبتنی بر نتایج پژوهش حاضر، به اجرای برنامه‌هایی در راستای تغییر و کنترل باورهای فراشناختی معیوبی معطوف است که منجر به نگرش‌های ناکارآمد می‌شوند (براساس یافته‌های ارائه‌شده در جداول شماره ۲ و ۳). از آنجایی که به‌احتمال

تغییر شخصی نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد توجه کنیم [۲۰ و ۱۷، ۱۶، ۱۴]، مشخص می‌شود که چرا برخی باورهای فراشناختی معیوب با نگرش‌های ناکارآمدی نظیر تمایل به جلب رضایت دیگران به‌طور غیرمنطقی، تمرکز غیرمتعارف بر خود، نیاز به تأیید دیگران، تمرکز ناکارآمد بر موفقیت و طرح‌واره‌های وابسته به آن ارتباط برقرار می‌کنند.

باورهای فراشناختی معیوب درون‌مایه تمرکز افراطی بر نگرانی‌ها و فرانگرانی‌ها دارند [۱۰]. به‌نظر منطقی می‌رسد وقتی فرد نگران تأیید دائمی دیگران یا کنترل افکار نگران‌کننده است، به‌تصور اینکه می‌تواند با برخی باورها و نگرش‌ها، خود را از این نگرانی‌ها نجات دهد، اسیر باورها و نگرش‌های ناکارآمد کند. از این دیدگاه، ممکن است نگرش‌های ناکارآمد در آغاز، راهکارهای مقابله‌ای شناختی بوده‌اند که بیماران قلبی-عروقی (حتی افراد سالم یا بیماران دیگر) برای رهایی از نگرانی‌ها و فرانگرانی‌های خود به آنها روی آورده‌اند.

با این حال، روی آوردن به نگرش‌های ناکارآمد دارای خطر تشکیل چرخه‌های فراشناخت-شناخت معیوب است که ممکن دارد تا مرز تهدید جدی بقای فرد پیش رود. کارکرد بعدی چرخه فراشناخت-شناخت معیوب به احتمال زیاد ایجاد زمینه‌های شخصیت مستعد نگرانی است که نوعی شخصیت بیمارگون با حالات نگرانی افراطی محسوب می‌شود. به‌معنای دیگر، چرخه معیوب فراشناخت-شناخت می‌تواند افراد را مستعد نوعی شخصیت که ویژگی اصلی و اعتیادگونه آن نگرانی است، پدید آورد [۱۶ و ۸]. نگاهی جزئی‌تر به نتایج تحلیل رگرسیون این بحث را کمی روشن‌تر خواهد کرد.

نقش جزئی‌تر باورهای فراشناختی برای نگرش‌های ناکارآمد که در تحلیل رگرسیون در پژوهش حاضر به‌دست آمد (جدول شماره ۲ را نگاه کنید) نیز از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. نگاهی به نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن است که باورهای مثبت درباره نگرانی در پیش‌بینی سه نگرش ناکارآمد جلب رضایت افراطی دیگران، تمرکز غیرمتعارف بر خود مستقل از دیگران و کمال‌گرایی حضور دارد. چنین حضوری با این تبیین که نگرش‌های ناکارآمد از طریق فرانگرانی تغذیه می‌شوند، بسیار همسو است.

به بیان دیگر، وقتی بیماران قلبی-عروقی به این نتیجه می‌رسند که نگرانی برای آنها امری مفید و مؤثر است (باور مثبت در مورد نگرانی)، در درجه اول بسیار احتمال دارد به باورهای کمال‌گرایانه و به‌دنبال آن یا به‌طور موازی بر عملکرد و موفقیت، به‌طور غیرمنطقی متمرکز متمایل شوند. شاید دلیل این امر آن باشد که تمرکز بر خود و موفقیت با باورهای کمال‌گرایانه شکلی از امنیت روان‌شناختی پنهان را برای بیماران قلبی-عروقی یا حتی افراد سالم پدید می‌آورد. چنین امنیتی می‌تواند عاملی باشد تا بیماران قلبی-عروقی در برابر تغییر باورهای ناکارآمد از خود

References

- [1] Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill Book Company; 2012.
- [2] Davison G, Neal J, Kring A. Abnormal psychology. New York: John Wiley & Sons; 2007.
- [3] Hajsheikhholeslami F, Hatami M, Hadaegh F, Ghanbarian A, Azizi F. Association of educational status with cardiovascular disease: Teheran lipid and glucose study. *International Journal of Public Health*. 2011; 56(3):281-7.
- [4] Gholipour M, Tabrizi A. Prevalence of cardiovascular risk factors among students of Sharif University of Technology. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2012; 1(2):48-56.
- [5] Gustavsson JP. The HP5 inventory: Definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Journal of Personality and Individual Differences*. 2003; 35(1):69-89.
- [6] Flavell JH. Speculations about the nature and development of metacognition. In: Weinert FE, Kluwe RH, editors. *Metacognition, Motivation, and Understanding*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1987, pp. 21-29.
- [7] Moses LJ, Baird JA. Meta-cognition. In: Wilson RA, Keil FC, editors. *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press; 2002, pp. 187-205.
- [8] Wells A. *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009.
- [9] Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004; 11:137-144.
- [10] Vaziri V, Mousavi Nik M. [The relation between meta-worry and meta-cognition beliefs with phobia (Persian)]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2009; 10:59-70.
- [11] Jones SR, Fernyhough C. The roles of thought suppression and meta-cognitive beliefs in proneness to auditory verbal hallucinations in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*. 2006; 41(8):1421-1432.
- [12] Gholamalavi Lavasani M, Keyvanzadeh M, Arjmand N. [Relation of medical and psychological risk factors to coronary heart disease (Persian)]. *Psychological Research*. 2009; 3:11-26.
- [13] Khayam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. [The effect of cognitive-behavioral therapy on the improvement of cardiac patients' life quality (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2010; 10(2):148-153.
- [14] Cribb G, Moulds ML, Carter S. Rumination and experiential avoidance in depression. *Behavior Change*. 2006; 23(3):165-176.
- [15] Kring AM, Davison GC, Neale JM, Johnson SL. *Abnormal psychology*. 10th ed. New York: John Wiley & Sons; 2007.
- [16] Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(8):969-977.
- [17] Colman LK. Maladaptive schemas and depression severity: Support for incremental validity when controlling for cognitive correlates of depression [MA thesis]. Knoxville, Tennessee: University of Tennessee; 2010. Available from: http://trace.tennessee.edu/utk_gradthes/615.

فراوان باورهای فراشناختی معیوب باعث تقویت نگرش‌های ناکارآمد و نگرش‌های ناکارآمد نیز موجب تقویت علائم اضطراب و افسردگی می‌شوند و هر دو این موارد برای بیماران قلبی-عروقی زیانبار است، توصیه می‌شود در صورت وجود باورهای فراشناختی معیوب در بیماران قلبی-عروقی، درمان فراشناختی معطوف به باورهای فراشناختی معیوب [۱۴، ۹ و ۸] در فرایند درمانی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

در پایان نیز لازم است به محدودیت‌های پژوهش حاضر اشاره شود. محدودیت اول پژوهش حاضر به روش همبستگی مورد استفاده در این پژوهش بازمی‌گردد. این روش از جمله پژوهش‌های غیرآزمایشی است؛ بنابراین، تعبیر علت و معلولی نتایج منطقی و صحیح نیست. محدودیت دیگر این پژوهش، به گروه نمونه بیماران قلبی-عروقی مربوط است. از آنجایی که بیماران قلبی-عروقی احتمالاً از نظر ماهیت بیماری خود با دیگر بیماران تفاوت دارند؛ بنابراین، در تعمیم نتایج به بیماران دیگر باید احتیاط شود.

محدودیت بعدی پژوهش حاضر این است که متغیرهای جمعیت‌شناختی دیگر نظیر وضعیت اشتغال نیز ممکن است بر نتایج پژوهش‌هایی نظیر پژوهش حاضر تأثیر گذار باشند. به همین دلیل توصیه می‌شود که در مطالعات بعدی روی بیماران قلبی-عروقی، متغیرهایی نظیر اشتغال نیز سنجیده و نقش احتمالی آن در نتایج بررسی شود. از سوی دیگر، باید به این محدودیت توجه داشت که کلیه اعضای گروه نمونه پژوهش حاضر از نظر سنی دارای وضعیت سالمندی نبوده‌اند. با وجود اینکه نتایج بررسی تفکیکی گروه‌های سنی زیر و بالای شصت سال نشان داد که در نتایج تفاوتی به وجود نمی‌آید، در تعمیم نتایج لازم است هم گروه‌های سالمند و هم غیرسالمند مدنظر قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بدون همکاری مدیریت، پزشکان متخصص، پرستاران و بیماران قلبی-عروقی بیمارستان شریعتی انجام نمی‌گرفت. در اینجا ضمن تشکر و قدردانی از کلیه این عزیزان، برای آنها از خداوند منان آرزوی توفیق، سلامتی و سربلندی می‌کنیم.

- [18] Anstey J, Mack HA, von Sanden C. The relationship between cognition and mortality in patients with stroke, coronary heart disease, or cancer. *European Psychologist*. 2006; 11(3):182-195.
- [19] Gallo LC, Ghaed SG, Bracken WS. Emotions and cognitions in coronary heart Disease: Risk, resilience, and social context. *Cognitive Therapy and Research*. 2004; 28(5):669-694.
- [20] Sturman ED, Mongrain M, Kohn PM. Attributional style as a predictor of hopelessness depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2006; 20:447-458.
- [21] Lee GA. Determinants of quality of life five years after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2009; 38(2):91-99.
- [22] Nedeljković UD, Krstić NM, Varagić-Marković SLJ, Putnik SM. Quality of life and functional capacity one year after coronary artery bypass graft surgery. *Acta Chirurgica Iugoslavica*. 2001; 58(3):81-86.
- [23] Esmaeeli Douki Z, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S, Shahhosseini S, Ziabakhsh Tabary S, Mohammadpour RA, et al. Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: Relationship to QOL. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2011; 7(1):103-108.
- [24] Hjelm C, Dahl A, Broström A, Martensson J, Johansson B, Strömberg A. The influence of heart failure on longitudinal changes in cognition among individuals 80 years of age and older. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(7-8):994-1003.
- [25] Knofczynski GT, Mundfrom D. Sample sizes when using multiple linear regression for prediction. *Educational and Psychological Measurement*. 2008; 68(3):431-442.
- [26] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*. 2004; 42(4):385-396.
- [27] Aboulghasemi A, Narimani M. [Psychological tests (Persian)]. 1th ed. Ardebil: Baghe Rezvan Press; 2005.
- [28] Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation. Paper presented at: The Annual Meeting of the American Educational Research Association; 1978 Mar. 27-31; Toronto, Ontario, Canada.
- [29] Hassanshahi MM. [Non-efficient beliefs and strategies of thought control among non-clinical patients of obsessive-compulsive disorder (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2003; 5(4):50-56.

