

شناخت، رفتار، یادگیری

مدل ساختاری رابطه باورهای فراشناختی با بهزیستی روان شناختی با میانجی گری اضطراب سلامت در زنان مبتلا به سرطان

محمود رئیسی^۱، شهنام ابوالقاسمی^۲، خدیجه حاتمی پور^۳

۱. گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. گروه پرستاری، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

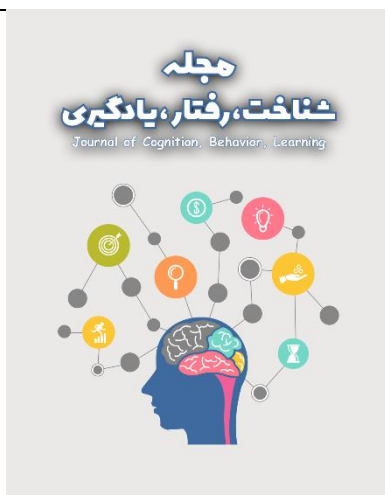
* ایمیل نویسنده مسئول: sh.abolghasemi@iau.ac.ir

تاریخ چاپ: ۱۴۰۶/۰۳/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۰۸

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۴/۰۹

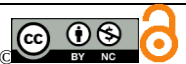


شیوه ا ستناددهی: رئیسی، محمود، ابوالقاسمی، شهنام، و رستم نژاد، مریم. (۱۴۰۶). مدل ساختاری رابطه باورهای فراشناختی با بهزیستی روان شناختی با میانجی گری اضطراب سلامت در زنان مبتلا به سرطان. شناخت، رفتار، یادگیری، ۴ (۳)، ۱۸-۱.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری رابطه باورهای فراشناختی با بهزیستی روان شناختی با میانجی گری اضطراب سلامت در زنان مبتلا به سرطان انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی مبتنی بر مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی هاشمی رفسنجانی و کلینیک تخصصی اسماعیل زاده در شهر تهران طی اردیبهشت تا آذر ۱۴۰۴ بود. پس از نمونه گیری در دسترس، جمع آوری و غربالگری داده ها، ۳۶۰ نفر وارد تحلیل نهایی شدند. داده ها با استفاده از فرم ۱۸ سؤالی پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف، فرم کوتاه ۳۰ سؤالی پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کارترایت-هاتون و فرم کوتاه ۱۸ سؤالی پرسشنامه اضطراب سلامت گردآوری شدند. تحلیل داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری در نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS انجام شد و برای آزمون اثر غیرمستقیم از روش بوت استرپ استفاده گردید. نتایج نشان داد باورهای فراشناختی با اضطراب سلامت رابطه مثبت و معنادار ($r=0.28, p<0.001$) و با بهزیستی روان شناختی رابطه منفی و معنادار ($r=-0.36, p<0.001$) داشتند؛ همچنین، رابطه اضطراب سلامت با بهزیستی روان شناختی منفی و معنادار بود ($r=-0.43, p<0.001$). شاخص های برازش مدل شامل $CM Ndf=249$ ، $RMSEA=0.064$ ، $CFI=0.919$ ، $I FI=0.923$ و $GFI=0.904$ ، برازش مطلوب مدل را تأیید کردند و مدل ۲۷ در صد از واریانس بهزیستی روان شناختی را تبیین کرد. اثر مستقیم باورهای فراشناختی بر بهزیستی روان شناختی منفی و معنادار ($\beta=-0.463, p<0.001$)، اثر آن بر اضطراب سلامت مثبت و معنادار ($\beta=0.427, p<0.001$) و همچنین، اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر بهزیستی روان شناختی از طریق اضطراب سلامت معنادار بود ($\beta=-0.0943, p=0.005$ ، $CI 95\%: -0.1265$ تا -0.0632) و نقش میانجی اضطراب سلامت تأیید شد. باورهای فراشناختی ناسازگارانه می توانند هم به طور مستقیم و هم از طریق افزایش اضطراب سلامت موجب کاهش بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان شوند؛ بنابراین، توجه هم زمان به اصلاح باورهای فراشناختی و کاهش اضطراب سلامت می تواند مبنای مناسبی برای طراحی مداخلات روان شناختی در این گروه از بیماران باشد.

کلیدواژه ها: باورهای فراشناختی، اضطراب سلامت، بهزیستی روان شناختی، سرطان، زنان مبتلا به سرطان.



Cognition, Behavior, Learning

Structural Model of the Relationship Between Metacognitive Beliefs and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Health Anxiety in Women with Cancer

Mahmood Raeisi¹, Shahnam Abolghasemi^{1*}, Khadijeh Hatamipour²

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2. Department of Nursing, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

*Corresponding Author's Email: sh.abolghasemi@iau.ac.ir

Submit Date: 2026-06-30

Revise Date: 2026-08-30

Accept Date: 2026-10-07

Publish Date: 2027-05-22

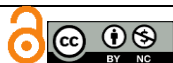
Abstract

This study aimed to examine a structural model of the relationship between metacognitive beliefs and psychological well-being through the mediating role of health anxiety in women with cancer. This fundamental study employed a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population consisted of women with cancer attending Hashemi Rafsanjani Specialized Hospital and Esmaeilzadeh Specialized Clinic in Tehran between May and December 2025. Following convenience sampling, data collection, and screening, 360 participants were included in the final analysis. Data were collected using the 18-item Ryff Psychological Well-Being Scale, the 30-item short form of the Wells and Cartwright-Hatton Metacognitions Questionnaire, and the 18-item short form of the Health Anxiety Inventory. Pearson correlation coefficients and structural equation modeling were performed using SPSS version 27 and AMOS, while bootstrapping was applied to test the indirect effect of metacognitive beliefs on psychological well-being through health anxiety. Metacognitive beliefs were positively and significantly associated with health anxiety ($r=0.28$, $p<0.001$) and negatively and significantly associated with psychological well-being ($r=-0.36$, $p<0.001$). Health anxiety was also negatively related to psychological well-being ($r=-0.43$, $p<0.001$). The structural model demonstrated satisfactory fit ($CMIN/df=2.49$, $RMSEA=0.064$, $CFI=0.919$, $IFI=0.923$, $GFI=0.904$) and explained 27% of the variance in psychological well-being. Metacognitive beliefs had a significant negative direct effect on psychological well-being ($\beta=-0.463$, $p<0.001$) and a significant positive effect on health anxiety ($\beta=0.427$, $p<0.001$). Health anxiety, in turn, exerted a significant negative effect on psychological well-being ($\beta=-0.221$, $p<0.001$). Bootstrapping confirmed a significant indirect effect of metacognitive beliefs on psychological well-being through health anxiety ($\beta=-0.0943$, $p=0.005$, 95% CI [-0.1265, -0.0632]), supporting the mediating role of health anxiety. Maladaptive metacognitive beliefs may reduce psychological well-being in women with cancer both directly and indirectly by increasing health anxiety. Accordingly, psychological interventions targeting maladaptive metacognitive beliefs and health-related anxiety may contribute to improving psychological well-being and adaptation among women experiencing cancer.

Keywords: *Metacognitive beliefs, Health anxiety, Psychological well-being, Cancer, Women with cancer.*



How to cite: Raeisi, M., Abolghasemi, Sh., Rostamnejad, M. (2027). Structural Model of the Relationship Between Metacognitive Beliefs and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Health Anxiety in Women with Cancer. *Cognition, Behavior, Learning*, 4(3), 1-18.



© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

سرطان از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات است که پیامدهای آن تنها به سطح جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد شناختی، هیجانی، اجتماعی و وجودی زندگی بیمار را نیز دربرمی‌گیرد. تشخیص سرطان، آغاز فرایندهای درمانی طولانی‌مدت، تجربه درد و خستگی، تغییرات ظاهری و عملکردی بدن، نگرانی درباره اثربخشی درمان، احتمال عود بیماری و ترس از مرگ، مجموعه‌ای از عوامل فشارزا را ایجاد می‌کنند که می‌توانند سلامت روان‌شناختی بیماران را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهند. یافته‌های حاصل از مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها نشان می‌دهد که اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان شیوع قابل‌توجهی دارد و حتی پس از پایان دوره‌های اصلی درمان، نگرانی‌های مرتبط با بازگشت بیماری و آینده سلامت می‌توانند برای مدت طولانی ادامه یابند (Niedere et al., 2021). این وضعیت در زنان مبتلا به سرطان از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا در کنار تهدیدهای عمومی ناشی از بیماری، عواملی مانند تغییر تصویر بدنی، اختلال در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی، کاهش احساس کنترل بر بدن و زندگی، نگرانی درباره روابط بین‌فردی و پیامدهای درمان می‌توانند فشار روان‌شناختی مضاعفی ایجاد کنند. پژوهش‌های جدید نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی و تکمیلی می‌توانند اضطراب، درد، خستگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار دهند و از این منظر، شناخت دقیق سازوکارهای روان‌شناختی دخیل در سازگاری با بیماری اهمیت ویژه‌ای دارد (Marcondes et al., 2025; Moradi & Esfahani Asl, 2025). بنابراین، بررسی عواملی که می‌توانند تفاوت‌های فردی در سازگاری روان‌شناختی، میزان اضطراب و سطح بهزیستی زنان مبتلا به سرطان را توضیح دهند، نه تنها از دیدگاه نظری، بلکه از منظر طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند نیز ضروری است.

یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی که می‌تواند کیفیت سازگاری فرد با بیماری را نشان دهد، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی صرفاً به معنای فقدان علائم اختلال روانی نیست، بلکه به سطح مطلوب عملکرد روانی، برخورداری از احساس معنا و هدف، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط و تجربه رشد فردی اشاره دارد. در رویکردهای جدید سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که ظرفیت فرد برای حفظ کارکرد مثبت در شرایط دشوار و مواجهه مؤثر با چالش‌های زندگی را بازتاب می‌دهد (Dhanabhakhyam & Sarath, 2023). در بیماران مبتلا به سرطان، این مؤلفه‌ها ممکن است به شیوه‌های مختلف تحت تأثیر قرار گیرند؛ برای مثال، وابستگی به مراقبت پزشکی می‌تواند احساس خودمختاری را کاهش دهد، محدودیت‌های جسمانی ممکن است احساس تسلط بر محیط را تضعیف کند و نگرانی درباره عود یا پیشرفت بیماری می‌تواند تجربه هدفمندی و برنامه‌ریزی برای آینده را مختل سازد. در همین راستا، مطالعات انجام‌شده در زنان مبتلا به سرطان نشان داده‌اند که ترس از عود بیماری می‌تواند با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه باشد و عوامل مرتبط با تجربه بیماری و برداشت فرد از وضعیت سرطان در پیش‌بینی کیفیت سازگاری روانی نقش دارند (Sharifi, 2021). همچنین، مطالعات مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند که بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند تحت تأثیر سازه‌های شناختی و هیجانی همچون باورهای فراشناختی، اجتناب تجربی و اضطراب سلامت قرار گیرد (Hosseini et al., 2023). یافته‌های پژوهشی در جمعیت‌های غیربالینی نیز حاکی از آن است که باورهای فراشناختی با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارند و تغییر در شیوه‌های ارزیابی و تنظیم شناخت می‌تواند با تفاوت در سطح بهزیستی همراه باشد (Jahani & Nejat, 2022; Zahedinasab et al., 2025). این شواهد نشان می‌دهند که برای تبیین دقیق‌تر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان، صرف توجه به ویژگی‌های پزشکی بیماری کافی نیست و باید سازوکارهای شناختی و فراشناختی نیز مورد بررسی قرار گیرند.

در میان متغیرهای شناختی مؤثر بر سازگاری روان‌شناختی، باورهای فراشناختی جایگاه ویژه‌ای دارند. فراشناخت به دانش، باورها، ارزیابی‌ها و راهبردهایی اشاره دارد که فرد درباره فرایندهای شناختی خود، از جمله نگرانی، توجه، حافظه و کنترل افکار دارد. در چارچوب نظری ولز و متیوس، باورهای فراشناختی نقش مهمی در ایجاد و تداوم «سندرم شناختی - توجهی» ایفا می‌کنند؛ الگویی که با نگرانی مکرر، نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مشخص می‌شود (Wells & Matthews, 2015). از این دیدگاه، خود

افکار منفی یا تهدیدآمیز لزوماً عامل اصلی ایجاد پریشانی پایدار نیستند، بلکه نحوه ارزیابی فرد از این افکار و باور او درباره ضرورت، کنترل پذیری یا خطرناک بودن آنها می تواند شدت و تداوم پریشانی را تعیین کند. برای نمونه، فردی که باور دارد نگرانی به او کمک می کند خطرهای احتمالی را پیش بینی کند، ممکن است به طور مداوم درگیر نگرانی شود؛ از سوی دیگر، اگر همان فرد باور داشته باشد که نگرانی هایش کنترل ناپذیر یا زیان بارند، سطح بیشتری از اضطراب و درماندگی را تجربه خواهد کرد. مطالعات جدید در حوزه فراشناخت نشان داده اند که سوگیری های فراشناختی می توانند در طیفی از مشکلات اضطرابی، افسردگی و رفتارهای اجباری ظاهر شوند و محدود به یک حوزه شناختی خاص نیستند (Seow et al., 2025). همچنین، در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، تفاوت هایی در فراشناخت و کارکردهای اجرایی مشاهده شده است که نقش فرایندهای سطح بالاتر شناختی را در آسیب پذیری روان شناختی برجسته می کند (Karaca Cengiz et al., 2025). افزون بر این، ارتباط میان فراشناخت، نشخوار فکری و مشکلات مرتبط با اضطراب در مطالعات دانشجویی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (Yu et al., 2024). بر این اساس، می توان انتظار داشت که در شرایطی مانند ابتلا به سرطان، که به طور طبیعی با عدم قطعیت، تهدید سلامت و افکار تکرارشونده درباره آینده همراه است، باورهای فراشناختی ناسازگارانه نقش مهم تری در شدت یافتن پریشانی روان شناختی ایفا کنند.

اهمیت باورهای فراشناختی در بیماران جسمانی از آنجا بیشتر آشکار می شود که بیماری مزمن، فرد را به طور مکرر با نشانه های جسمانی، بررسی های پزشکی، تغییرات بدنی و پیام های مرتبط با خطر مواجه می کند. مرور نظام مند پژوهش ها نشان داده است که باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی در بیماری های جسمانی ارتباط دارند و می توانند به عنوان یکی از سازوکارهای شناختی مشترک در تداوم مشکلات هیجانی این بیماران مطرح شوند (Capobianco et al., 2020). از دیدگاه فراشناختی، هنگامی که فرد مبتلا به سرطان نشانه ای جسمانی مانند درد، ضعف، تغییر اشتها یا خستگی را تجربه می کند، نحوه تفسیر این تجربه تنها در سطح باورهای مربوط به بیماری باقی نمی ماند، بلکه باورهای او درباره افکار و نگرانی هایش نیز فعال می شوند. اگر فرد تصور کند که باید دائماً نشانه های بدن خود را بررسی کند، نگرانی درباره بیماری را مفید بداند یا فکر کند قادر به کنترل افکار مربوط به سرطان نیست، احتمال شکل گیری چرخه ای از توجه به تهدید، نگرانی و ارزیابی منفی افزایش می یابد. شواهد تجربی جدید نیز نشان می دهند که فراشناخت می تواند در شکل گیری اضطراب سلامت نقش مهمی داشته باشد؛ به گونه ای که مرور نظام مند و فراتحلیل پژوهش های اخیر، ارتباط معنادار باورهای فراشناختی با اضطراب سلامت آسیب شناختی را مورد تأیید قرار داده است (Foerster et al., 2025). همچنین، پژوهش های مرتبط با تقویت احساسات جسمانی نشان داده اند که فراشناخت می تواند در رابطه میان بزرگ نمایی احساسات بدنی و اضطراب سلامت نقش واسطه ای داشته باشد (Li et al., 2025). این یافته ها با این دیدگاه همسو هستند که شدت اضطراب سلامت تنها تابع میزان واقعی خطر پزشکی نیست، بلکه شیوه نظارت، تفسیر و کنترل شناختی فرد در برابر نشانه های سلامت نیز در آن نقش تعیین کننده دارد.

اضطراب سلامت یکی دیگر از سازه های محوری در تجربه روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان است. اضطراب سلامت به نگرانی مداوم یا بیش از حد درباره وضعیت سلامت، ابتلا به بیماری یا پیامدهای آن اشاره دارد و می تواند از حساسیت طبیعی نسبت به نشانه های جسمانی تا الگوهای شدید و ناتوان کننده نگرانی گسترش یابد (Bailer et al., 2016). در افراد مبتلا به بیماری واقعی مانند سرطان، تمایز میان نگرانی منطقی و اضطراب سلامت شدید اهمیت زیادی دارد؛ زیرا وجود بیماری، نشانه های جسمانی و ضرورت پیگیری پزشکی می توانند زمینه مناسبی برای افزایش پایش بدنی و اشتغال ذهنی فراهم کنند. مرور پژوهش ها در طیف گسترده ای از بیماری های مزمن نشان داده است که اضطراب سلامت و ترس های مرتبط با بیماری پدیده هایی شایع اند و با عوامل متعددی مانند عدم قطعیت، ادراک تهدید، نشانه های جسمانی، تاریخچه بیماری و سبک های شناختی ارتباط دارند (Lebel et al., 2020). در زنان مبتلا به سرطان، اضطراب سلامت ممکن است به شکل ترس از عود، نگرانی درباره گسترش بیماری، تفسیر تهدیدآمیز علائم بدنی و نگرانی دائمی درباره نتایج آزمایش ها یا اثربخشی درمان ظاهر شود. مطالعات طولی نیز نشان داده اند که اضطراب سلامت می تواند به طور مستقیم با کاهش بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان ارتباط داشته باشد و در طول زمان، کیفیت سازگاری هیجانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (Fardell et al., 2021). در چنین شرایطی، بیمار ممکن است بخش زیادی از

منابع شناختی خود را صرف بررسی نشانه‌های جسمانی، جست‌وجوی اطمینان، مقایسه وضعیت فعلی با تجربیات پیشین و تصور پیامدهای منفی آینده کند؛ فرایندی که به تدریج فرصت تجربه هیجان‌های مثبت، مشارکت اجتماعی، تمرکز بر اهداف زندگی و حفظ احساس کنترل را کاهش می‌دهد.

از منظر بالینی نیز اضطراب سلامت در بیماری‌های مزمن اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا می‌تواند عملکرد روزمره بیمار، کیفیت تصمیم‌گیری درباره درمان و شیوه تعامل با خدمات پزشکی را تحت تأثیر قرار دهد. افراد دارای اضطراب سلامت بالا ممکن است به‌طور مکرر در پی اطمینان‌جویی پزشکی باشند، نشانه‌های خفیف یا طبیعی بدن را تهدیدآمیز ارزیابی کنند یا در مقابل، به دلیل ترس از دریافت اخبار ناخوشایند از مراجعه یا پیگیری پزشکی اجتناب ورزند. مرور مداخلات روان‌شناختی در این حوزه نشان داده است که اضطراب سلامت قابلیت مداخله دارد و رویکردهای شناختی و رفتاری می‌توانند در کاهش نگرانی‌های مرتبط با سلامت مؤثر باشند (Petricone-Westwood et al., 2019). همچنین، مرورهای متمرکز بر مداخلات روان‌شناختی اضطراب سلامت بر ضرورت شناسایی دقیق فرایندهای زیربنایی این پدیده و انتخاب مداخلات متناسب با عوامل شناختی و هیجانی تأکید کرده‌اند (Madanlou & Bagherzadeh Ladari, 2023). در این میان، باورهای فراشناختی می‌توانند یکی از اهداف مهم مداخله باشند؛ زیرا فرد ممکن است حتی در صورت دریافت اطلاعات اطمینان‌بخش پزشکی، همچنان تحت تأثیر باورهایی مانند «اگر نگران نباشم، خطر را از دست می‌دهم» یا «نمی‌توانم افکار مربوط به بیماری را کنترل کنم» باقی بماند. ابزارهای سنجش اختصاصی فراشناخت مرتبط با سلامت نیز نشان داده‌اند که باورهای فرد درباره افکار و نگرانی‌های مرتبط با بیماری را می‌توان به‌طور معتبر ارزیابی کرد و این سازه ارتباط نزدیکی با اضطراب سلامت دارد (Dai et al., 2018). بنابراین، اضطراب سلامت را می‌توان حلقه‌ای واسط میان باورهای فراشناختی و پیامدهای گسترده‌تر روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفت.

از سوی دیگر، رابطه میان باورهای فراشناختی و بهزیستی روان‌شناختی نیز از نظر نظری و تجربی قابل توجه است. باورهای فراشناختی ناسازگارانه می‌توانند با افزایش توجه انتخابی به تهدید، نشخوار فکری، نگرانی پایدار و کاهش انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی فرد را برای حفظ عملکرد روان‌شناختی مثبت تضعیف کنند. در مقابل، الگوهای فراشناختی سازگارتر می‌توانند به فرد کمک کنند تا افکار منفی را به‌عنوان رویدادهای ذهنی موقتی تجربه کند، بدون آنکه الزاماً آنها را نشانه‌ای قطعی از خطر یا شکست تلقی کند. پژوهش‌های انجام‌شده درباره رابطه باورهای فراشناختی با بهزیستی نشان داده‌اند که این باورها می‌توانند به‌طور مستقیم با کیفیت عملکرد روان‌شناختی ارتباط داشته باشند (Jahani & Nejat, 2022; Zahedinasab et al., 2025). در بیماران مزمن نیز مدلی که باورهای فراشناختی را همراه با عوامل هیجانی و اضطراب سلامت در تبیین بهزیستی بررسی کرده، از اهمیت نقش همزمان این متغیرها حمایت کرده است (Hosseini et al., 2023). این شواهد نشان می‌دهند که تأثیر باورهای فراشناختی بر بهزیستی احتمالاً صرفاً یک مسیر مستقیم نیست، بلکه می‌تواند از طریق افزایش فرایندهایی مانند اضطراب سلامت نیز اعمال شود. به بیان دیگر، باورهای فراشناختی ناسازگارانه می‌توانند فرد را مستعد تمرکز مداوم بر تهدیدهای مرتبط با بیماری کنند، این تمرکز به افزایش اضطراب سلامت منجر شود و اضطراب سلامت نیز از طریق مصرف منابع شناختی و هیجانی، کاهش مشارکت در فعالیت‌های معنادار و افزایش نگرانی درباره آینده، سطح بهزیستی روان‌شناختی را کاهش دهد.

با وجود گسترش پژوهش‌ها درباره فراشناخت، اضطراب سلامت و بهزیستی روان‌شناختی، هنوز بررسی همزمان این سه سازه در قالب یک مدل ساختاری و در جمعیت زنان مبتلا به سرطان اهمیت ویژه‌ای دارد. بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین هر یک از این روابط را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند؛ برخی بر ارتباط فراشناخت با اضطراب و افسردگی در بیماری‌های جسمانی تمرکز داشته‌اند (Capobianco et al., 2020)، برخی نقش فراشناخت را در اضطراب سلامت بررسی کرده‌اند (Foerster et al., 2025; Li et al., 2025)، و گروهی دیگر پیامدهای اضطراب سلامت یا ترس از عود را برای بهزیستی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نشان داده‌اند (Fardell et al., 2021). از سوی دیگر، پژوهش‌های جدیدتر درباره سوگیری‌های فراشناختی، کارکردهای اجرایی و الگوهای تکرارشونده تفکر نیز بر نقش فراشناخت به‌عنوان یک سازوکار فراتشخیصی در مشکلات هیجانی تأکید دارند (Karaca Cengiz et al., 2025; Seow et al., 2025).

این مجموعه شواهد زمینه نظری مناسبی برای آزمون یک مدل میانجی فراهم می‌کند که در آن، باورهای فراشناختی به‌عنوان عامل شناختی پیشابند، اضطراب سلامت به‌عنوان سازوکار واسطه و بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان پیامد اصلی در نظر گرفته شوند. بررسی چنین مدلی در زنان مبتلا به سرطان می‌تواند به فهم دقیق‌تر این موضوع کمک کند که چگونه نحوه نگرش فرد به افکار و نگرانی‌های خود، از مسیر افزایش حساسیت و نگرانی نسبت به سلامت، به کاهش کارکرد روان‌شناختی مثبت منجر می‌شود و در عین حال می‌تواند مبنایی برای شناسایی اهداف مداخله‌ای دقیق‌تر در خدمات روان‌شناختی و روان‌انکولوژی فراهم سازد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری رابطه باورهای فراشناختی با بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب سلامت در زنان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی بود که با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق‌تخصصی هاشمی رفسنجانی (بنیاد امور بیماری‌های خاص) و کلینیک تخصصی اسماعیل‌زاده در شهر تهران در بازه زمانی اردیبهشت تا آذرماه ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه مورد نیاز برای اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری با توجه به ۷۱ پارامتر آزاد قابل برآورد و بر مبنای حداقل ۵ مشاهده به ازای هر پارامتر، ۳۵۵ نفر تعیین شد. با در نظر گرفتن ۵ درصد ریزش احتمالی و احتمال وجود پرسشنامه‌های ناقص یا غیرقابل استفاده، حجم نمونه اولیه ۳۷۴ نفر در نظر گرفته شد و پس از جمع‌آوری و غربالگری داده‌ها، ۳۶۰ پرسشنامه واجد شرایط وارد تحلیل نهایی شدند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد.

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن و دریافت کد اخلاق به شماره IR.IAU.TON.REC.1403.041، هماهنگی‌های لازم با مراکز درمانی و کلینیک‌های تخصصی سرطان در شهر تهران انجام شد. شرکت‌کنندگان واجد شرایط پس از دریافت توضیحات مربوط به اهداف پژوهش، نحوه پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت، وارد پژوهش شدند. پرسشنامه‌ها به‌صورت حضوری و کاغذی در فضای مشخص‌شده در مراکز درمانی اجرا شدند و از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد. همچنین، به افراد تأکید شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ پیامد منفی از ادامه همکاری انصراف دهند. اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌صورت ناشناس و کدگذاری شده ثبت شد و هیچ‌گونه اطلاعات هویتی در تحلیل‌ها مورد استفاده قرار نگرفت. داده‌ها صرفاً برای اهداف علمی پژوهش به‌کار گرفته شدند و نتایج به‌صورت گروهی گزارش شدند. رعایت محرمانگی، حق خروج آزادانه از پژوهش و پیشگیری از ایجاد فشار روان‌شناختی غیرضروری از جمله اصول اخلاقی مورد توجه در اجرای پژوهش بود.

شرایط ورود به پژوهش شامل تأیید تشخیص سرطان از سوی انکولوژیست، قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، گذشت حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی مانند روان‌پریشی یا اختلال دوقطبی و نداشتن نقص شناختی براساس خودگزارشی، توانایی درک و تکمیل پرسشنامه‌ها به زبان فارسی و تمایل به مشارکت همراه با ارائه رضایت آگاهانه بود. همچنین، بیمارانی که در مرحله بحرانی یا پایان زندگی قرار داشتند یا از عوارض جسمی شدید رنج می‌بردند، از پژوهش خارج شدند.

۱- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: این پرسشنامه نخستین بار توسط ریف طراحی شد و در پژوهش حاضر از فرم ۱۸ سؤالی آن استفاده شد. این ابزار دارای شش مؤلفه پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۶ «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند و گویه‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل پرسشنامه بین ۱۸ تا ۱۰۸ است و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر بهزیستی

روان‌شناختی است. در مطالعات مختلف، ضرایب پایایی این ابزار بین ۶۰/۰ تا ۹۲/۰ گزارش شده است و روایی سازه آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (سفیدی و فرزاد، ۱۳۹۱؛ ریف و کیز، ۱۹۹۵).

۲- پرسشنامه باورهای فراشناختی: فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) طراحی شده و شامل ۳۰ سؤال است. این پرسشنامه پنج مؤلفه باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از «موافق نیستم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر باورهای فراشناختی است. ساختار پنج‌عاملی این ابزار در مطالعات مختلف داخلی و خارجی تأیید شده و روایی سازه، همگرا و افتراقی آن نیز مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های نگرانی مثبت، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۷۹/۰، ۸۲/۰، ۷۵/۰، ۷۷/۰ و ۸۰/۰ به‌دست آمد (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴).

۳- پرسشنامه اضطراب سلامت: پرسشنامه اضطراب سلامت توسط سالکووسکیس و وارویک طراحی شد و در پژوهش حاضر از نسخه کوتاه ۱۸ سؤالی ارائه‌شده در سال ۲۰۰۲ استفاده شد. این مقیاس بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر «هیچ‌گاه» تا سه «همیشه» نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب سلامت بیشتر هستند. این ابزار ابعاد نگرانی درباره بیماری و پیامدهای بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضرایب پایایی گزارش‌شده برای این پرسشنامه در مطالعات مختلف بین ۷۵/۰ تا ۹۰/۰ بوده است و در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۸۵/۰ به‌دست آمد (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۲؛ نرگسی و همکاران، ۱۳۹۶).

برای تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی نیز از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و AMOS انجام گرفت و برای بررسی اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق اضطراب سلامت از روش بوت‌استرپ استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۶۰ زن مبتلا به سرطان در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. بیشترین فراوانی سنی مربوط به گروه ۴۰ تا ۵۰ سال با ۱۶۶ نفر (۴۶/۲ درصد) بود. از نظر وضعیت تأهل، ۲۷۵ نفر (۷۶/۳ درصد) متأهل، ۵۵ نفر (۱۵/۲ درصد) مجرد و ۳۰ نفر (۸/۵ درصد) مطلقه بودند. همچنین، بیشترین فراوانی تحصیلی مربوط به مقطع لیسانس با ۱۳۲ نفر (۳۷/۷ درصد) بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه-بیشینه	کجی	کشیدگی
باورهای مثبت درباره نگرانی	۹/۸۲	۳/۱۷	۶-۲۲	۰/۸۷	۰/۴۷
کنترل‌ناپذیری و خطر افکار	۱۴/۵۷	۳/۴۲	۷-۲۴	۰/۱۹	-۰/۱۴
اطمینان شناختی	۱۰/۷۵	۴/۰۸	۶-۲۳	۰/۸۴	۰/۰۴
نیاز به کنترل افکار	۱۳/۸۸	۳/۳۶	۶-۲۴	۰/۲۶	-۰/۰۵
وقوف شناختی	۱۵/۲۴	۲/۸۸	۸-۲۴	۰/۲۷	-۰/۰۲
نمره کل باورهای فراشناختی	۶۴/۳۰	۱۱/۸۴	۴۱-۱۰۵	۰/۶۵	۰/۵۲
احتمال ابتلا به بیماری	۲۹/۴۲	۵/۴۱	۱۰-۴۱	۰/۵۶	۰/۵۸
پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	۶/۸۱	۲/۴۵	۲-۱۱	۰/۶۵	-۰/۴۳
نمره کل اضطراب سلامت	۳۶/۳۵	۶/۸۳	۱۴-۵۳	۰/۵۱	۰/۲۸
پذیرش خود	۱۲/۱۳	۲/۳۲	۵-۱۷	-۰/۱۹	-۰/۱۴
روابط مثبت با دیگران	۱۰/۶۲	۳/۰۹	۳-۱۸	۰/۲۶	-۰/۴۸
خودمختاری	۱۳/۹۷	۲/۴۳	۳-۱۸	-۱/۰۴	۲/۹۱

۰/۸۴	-۰/۴۳	۵-۱۸	۲/۲۸	۱۲/۸۰	تسلط بر محیط
-۰/۵۷	۰/۰۹	۴-۱۸	۳/۲۰	۱۰/۷۵	زندگی هدفمند
۰/۰۵	-۰/۱۲	۷-۱۸	۲/۱۰	۱۳/۰۷	رشد فردی
۱/۹۴	-۰/۴۶	۳۲-۹۵	۹/۴۳	۷۳/۳۷	نمره کل بهزیستی روان شناختی

برای بررسی روابط میان متغیرهای اصلی پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
۱. باورهای فراشناختی	۱		
۲. اضطراب سلامت	۰/۲۸***	۱	
۳. بهزیستی روان شناختی	-۰/۳۶***	-۰/۴۳***	۱

نتایج نشان داد بین باورهای فراشناختی و اضطراب سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($r=0/28$, $P<0/001$). همچنین، باورهای فراشناختی با بهزیستی روان شناختی ($r=-0/36$) و اضطراب سلامت با بهزیستی روان شناختی ($r=-0/43$) رابطه منفی و معناداری داشتند ($P<0/001$).

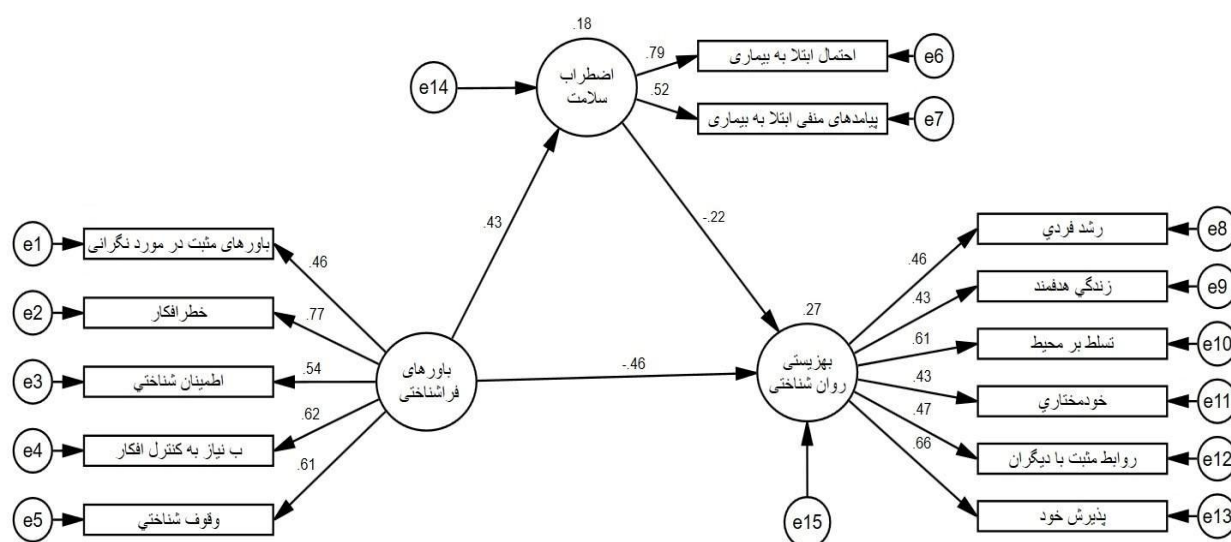
پیش از اجرای مدلیابی معادلات ساختاری، پیش فرضهای آماری بررسی شدند. ضریب مردیا برابر با $4/532$ و نسبت بحرانی برابر با $2/271$ بود. همچنین، براساس فاصله ماهالانوبیس داده پرت چندمتغیری مشاهده نشد و شاخصهای تحمل و عامل تورم واریانس نیز وجود هم خطی چندگانه را نشان ندادند. بنابراین، شرایط لازم برای اجرای مدلیابی معادلات ساختاری فراهم بود و پارامترها با روش بیشینه درست نمایی برآورد شدند.

در ادامه، ابتدا مدل اندازه گیری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و سپس مدل ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان داد شاخصهای برازش در محدوده قابل قبول قرار داشتند و بارهای عاملی متغیرهای مشاهده شده بالاتر از $0/30$ و در سطح $0/001$ معنادار بودند.

جدول ۳. شاخصهای برازش مدل ساختاری پژوهش

شاخص	مقدار
χ^2	۱۵۴/۸۰
df	۶۲
P	$<0/001$
CM Ndf	۲/۴۹
RMSEA	۰/۰۶۴
فاصله اطمینان ۹۰ درصد RMSEA	۰/۰۵ تا ۰/۰۷
PNFI	۰/۵۳۵
CFI	۰/۹۱۹
PCFI	۰/۵۶۳
I FI	۰/۹۲۳
GFI	۰/۹۰۴

براساس نتایج جدول ۳، نسبت کای دو به درجه آزادی برابر با $2/49$ ، RMSEA برابر با $0/064$ ، CFI برابر با $0/919$ ، I FI برابر با $0/923$ و GFI برابر با $0/904$ بود که نشان دهنده برازش مطلوب مدل با داده های پژوهش است. همچنین، ضریب تعیین بهزیستی روان شناختی برابر با $0/27$ بود؛ بنابراین، باورهای فراشناختی و اضطراب سلامت در مجموع ۲۷ درصد از تغییرات بهزیستی روان شناختی را تبیین کردند.



شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل ساختاری رابطه باورهای فراشناختی با بهبودی روان شناختی با میانجی‌گری اضطراب سلامت در زنان مبتلا به سرطان

براساس مدل ساختاری، تمامی مسیرهای مستقیم از نظر آماری معنادار بودند. ضرایب استاندارد مسیرها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

مسیر	ضریب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
باورهای فراشناختی ← بهبودی روان شناختی	-۰/۴۶۳	۰/۰۷۷	-۴/۰۹۳	<۰/۰۰۱
اضطراب سلامت ← بهبودی روان شناختی	-۰/۲۲۱	۰/۰۲۴	-۳/۰۱۹	<۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی ← اضطراب سلامت	۰/۴۲۷	۰/۱۹۶	۵/۳۰۱	<۰/۰۰۱

نتایج نشان داد باورهای فراشناختی اثر مستقیم منفی و معناداری بر بهبودی روان شناختی داشتند ($\beta = -0.463$, $P < 0.001$) و اثر مستقیم آن‌ها بر اضطراب سلامت مثبت و معنادار بود ($\beta = 0.427$, $P < 0.001$). همچنین، اضطراب سلامت اثر مستقیم منفی و معناداری بر بهبودی روان شناختی داشت ($\beta = -0.221$, $P < 0.001$).

در مرحله بعد، برای بررسی نقش میانجی اضطراب سلامت از روش بوت‌استرپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج بوت‌استرپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم	خطا	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
باورهای فراشناختی ← اضطراب سلامت ← بهبودی روان شناختی	-۰/۰۹۴۳	۰/۰۰۲۵	-۰/۱۲۶۵	-۰/۰۶۳۲	۰/۰۰۵

نتایج بوت‌استرپ نشان داد اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر بهبودی روان شناختی از طریق اضطراب سلامت برابر با -0.0943 و از نظر آماری معنادار بود ($P = 0.005$). از آنجا که حد پایین و بالای فاصله اطمینان به ترتیب -0.1265 و -0.0632 بود و صفر در این فاصله قرار نداشت، نقش میانجی اضطراب سلامت تأیید شد. بنابراین، باورهای فراشناختی علاوه بر اثر مستقیم بر بهبودی روان شناختی، از طریق اضطراب سلامت نیز بر بهبودی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان اثر غیرمستقیم معناداری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری رابطه باورهای فراشناختی با بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب سلامت در زنان مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج نشان داد الگوی پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بود؛ به‌گونه‌ای که نسبت کای‌دو به درجه آزادی برابر با ۲,۴۹، شاخص RMSEA برابر با ۰,۰۶۴، شاخص CFI برابر با ۰,۹۱۹، شاخص IFI برابر با ۰,۹۲۳ و شاخص GFI برابر با ۰,۹۰۴ به دست آمد. همچنین، باورهای فراشناختی و اضطراب سلامت در مجموع ۲۷ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کردند. در سطح روابط مستقیم، باورهای فراشناختی اثر منفی و معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی داشتند ($\beta = -0.463, p < 0.001$)، اثر باورهای فراشناختی بر اضطراب سلامت مثبت و معنادار بود ($\beta = 0.427, p < 0.001$) و اضطراب سلامت نیز به‌صورت منفی و معنادار بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کرد ($\beta = -0.221, p < 0.001$). افزون بر این، اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق اضطراب سلامت معنادار بود ($\beta = -0.0943, p = 0.005$) و فاصله اطمینان بوت‌استرپ نیز صفر را دربر نگرفت؛ ازاین‌رو، نقش میانجی اضطراب سلامت تأیید شد. این الگوی کلی نشان می‌دهد که در زنان مبتلا به سرطان، باورهای فراشناختی ناسازگارانه نه‌تنها به‌طور مستقیم با کاهش بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارند، بلکه بخشی از این اثر از مسیر افزایش اضطراب سلامت منتقل می‌شود.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی اثر مستقیم، منفی و معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان دارند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند باورهای فراشناختی ناکارآمد با سطوح پایین‌تر سلامت روان و بهزیستی ارتباط دارند (Jahani & Nejat, 2022; Zahedinasab et al., 2025). همچنین، یافته حاضر با نتایج پژوهش حسینی و همکاران که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، نقش باورهای فراشناختی را در تبیین بهزیستی روان‌شناختی مورد تأیید قرار دادند، هماهنگ است (Hosseini et al., 2023). در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که باورهای فراشناختی تعیین می‌کنند فرد چگونه با افکار، نگرانی‌ها و تجربه‌های شناختی خود مواجه شود. بر اساس دیدگاه فراشناختی ولز و متیوس، زمانی که فرد باور دارد نگرانی برای آمادگی در برابر خطر ضروری است، یا تصور می‌کند افکار منفی او کنترل‌ناپذیر و خطرناک هستند، احتمال گرفتار شدن در چرخه‌ای از نگرانی، نشخوار فکری و توجه مستمر به تهدید افزایش می‌یابد (Wells & Matthews, 2015). در زنان مبتلا به سرطان که با عدم قطعیت درباره آینده، روند درمان، احتمال عود و پیامدهای جسمانی بیماری مواجه‌اند، چنین باورهایی می‌توانند افکار مرتبط با بیماری را از یک واکنش طبیعی و گذرا به الگوی پایدار و فراگیر تبدیل کنند. در این شرایط، بخش قابل‌توجهی از منابع شناختی و هیجانی فرد به پردازش تهدید، پیش‌بینی پیامدهای منفی و کنترل افکار اختصاص می‌یابد و ظرفیت او برای تجربه پذیرش خود، روابط مثبت، خودمختاری، احساس تسلط بر محیط، رشد فردی و هدفمندی در زندگی کاهش پیدا می‌کند.

این تبیین با شواهد موجود درباره نقش فرایندهای فراشناختی در مشکلات هیجانی نیز سازگار است. مرور نظام‌مند کاپوبیانکو و همکاران نشان داده است که باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی ارتباط دارند و می‌توانند به‌عنوان یکی از عوامل شناختی مهم در تداوم پریشانی هیجانی عمل کنند (Capobianco et al., 2020). همچنین، پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که سوگیری‌های فراشناختی در طیفی از نشانه‌های اضطرابی و افسردگی مشاهده می‌شوند و می‌توانند فراتر از محتوای خاص افکار، کیفیت پردازش شناختی فرد را تحت تأثیر قرار دهند (Seow et al., 2025). ارتباط فراشناخت با نشخوار فکری و سایر فرایندهای تکرارشونده شناختی نیز در پژوهش‌های اخیر مورد تأیید قرار گرفته است (Yu et al., 2024). بنابراین، می‌توان استدلال کرد که کاهش بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان تا حدی ناشی از آن است که باورهای فراشناختی ناسازگارانه امکان فاصله گرفتن انعطاف‌پذیر از افکار مرتبط با بیماری را کاهش می‌دهند و فرد را در چرخه‌ای از پردازش‌های تکراری و تهدیدمحور نگه می‌دارند. این وضعیت به‌تدریج توانایی فرد برای تمرکز بر جنبه‌های مثبت زندگی و حفظ احساس معنا و کنترل را محدود می‌کند.

یافته دوم پژوهش نشان داد باورهای فراشناختی اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر اضطراب سلامت دارند؛ به این معنا که با افزایش باورهای فراشناختی ناسازگارانه، سطح اضطراب سلامت نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه به‌طور مستقیم با یافته‌های مرور نظام‌مند و فراتحلیل فورستر و همکاران همسواست که نقش باورهای فراشناختی را در اضطراب سلامت آسیب‌شناختی تأیید کرده‌اند (Foerster et al., 2025). همچنین، پژوهش لی و همکاران نشان داد که فراشناخت می‌تواند در ارتباط میان بزرگ‌نمایی احساسات بدنی و اضطراب سلامت نقش مهمی داشته باشد (Li et al., 2025). یافته حاضر با نتایج مطالعاتی که رابطه میان فراشناخت مرتبط با سلامت و اضطراب سلامت را گزارش کرده‌اند نیز هماهنگ است (Dai et al., 2018). بر این اساس، به نظر می‌رسد در زنان مبتلا به سرطان، آنچه شدت اضطراب سلامت را تعیین می‌کند فقط وجود واقعی بیماری یا شدت نشانه‌های جسمانی نیست، بلکه نحوه ارزیابی فرد از افکار و نگرانی‌های مرتبط با این نشانه‌ها نیز اهمیت دارد. فرد ممکن است به دلیل تجربه سرطان به‌طور طبیعی نسبت به تغییرات بدنی حساس باشد، اما باورهای فراشناختی ناسازگارانه می‌توانند این حساسیت را تشدید کرده و آن را به نگرانی پایدار تبدیل کنند.

از دیدگاه نظری، این یافته را می‌توان با مفهوم سندرم شناختی - توجهی توضیح داد. باورهای مثبت درباره نگرانی ممکن است فرد را به این نتیجه برسانند که برای جلوگیری از عود یا شناسایی زودهنگام خطر باید دائماً درباره سلامت خود فکر کند و بدن خود را زیر نظر داشته باشد. در مقابل، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری یا خطرناک بودن افکار ممکن است فرد را متقاعد کنند که نگرانی‌های مربوط به سرطان قابل مهار نیستند و خود این افکار نشانه‌ای از آسیب یا وخامت وضعیت محسوب می‌شوند (Wells & Matthews, 2015). نتیجه چنین فرایندی، افزایش توجه انتخابی به علائم جسمانی، بررسی مکرر بدن، تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های مبهم و اطمینان‌جویی مستمر است. این توضیح با مفهوم اضطراب سلامت که بر ادراک تهدید از نشانه‌های جسمانی و اشتغال ذهنی با بیماری تأکید دارد، مطابقت دارد (Bailer et al., 2016). مرور پژوهش‌های مربوط به بیماری‌های مزمن نیز نشان داده است که اضطراب سلامت و ترس‌های مرتبط با بیماری در این بیماران شایع‌اند و تحت تأثیر شیوه ادراک و تفسیر علائم قرار می‌گیرند (Lebel et al., 2020). بنابراین، یافته حاضر تأکید می‌کند که در بیماران مبتلا به سرطان، اضطراب سلامت را نمی‌توان صرفاً پاسخی متناسب با خطر پزشکی دانست، بلکه نحوه تنظیم و ارزیابی شناختی نگرانی‌ها نیز در شدت آن دخالت دارد.

یافته سوم پژوهش نشان داد اضطراب سلامت اثر مستقیم، منفی و معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان دارد. این نتیجه با یافته‌های فاردل و همکاران همسواست که نشان دادند اضطراب سلامت می‌تواند در طول زمان با کاهش بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان همراه باشد (Fardell et al., 2021). همچنین، نتایج با پژوهش شریفی درباره ارتباط ترس از عود سرطان و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان سازگاری دارد (Sharifi, 2021). از نظر مفهومی، اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند به شکل نگرانی دائمی درباره عود، پیشرفت بیماری، تغییرات جسمانی و اثربخشی درمان بروز کند. هنگامی که فرد به‌طور مداوم بدن خود را برای یافتن نشانه‌های خطر بررسی می‌کند و هر تغییر جزئی را به عنوان علامتی از بازگشت یا وخامت بیماری تفسیر می‌کند، مقدار قابل‌توجهی از منابع توجهی و هیجانی او به تهدید اختصاص می‌یابد. این فرایند می‌تواند فرصت تجربه آرامش، احساس امنیت، روابط مثبت و مشارکت در فعالیت‌های معنادار را کاهش دهد و در نتیجه مؤلفه‌های مختلف بهزیستی روان‌شناختی را تضعیف کند.

علاوه بر این، اضطراب سلامت می‌تواند از طریق تغییر در الگوهای رفتاری به کاهش بهزیستی منجر شود. افراد دارای اضطراب سلامت بالا ممکن است به اطمینان‌جویی مکرر، مراجعه‌های متعدد پزشکی، بررسی مداوم بدن یا جست‌وجوی اطلاعات مربوط به بیماری روی آورند و در برخی موارد، به دلیل ترس از دریافت اطلاعات ناخوشایند از پیگیری درمان یا فعالیت‌های روزمره اجتناب کنند. چنین رفتارهایی می‌توانند توجه فرد را بیش از پیش بر بیماری متمرکز کرده و دامنه زندگی روزمره را محدود کنند. مرور مداخلات اضطراب سلامت در بیماری‌های مزمن نشان داده است که این نوع اضطراب نه‌تنها از نظر هیجانی، بلکه از نظر رفتارهای مرتبط با سلامت و کیفیت عملکرد نیز اهمیت بالینی دارد (Petricone-Westwood et al., 2019). مرور مداخلات روان‌شناختی اضطراب سلامت نیز بر این نکته تأکید دارد که کاهش این اضطراب

می‌تواند هدفی مهم در ارتقای سازگاری روان‌شناختی بیماران باشد (Madanlou & Bagherzadeh Ladari, 2023). در زنان مبتلا به سرطان، کاهش مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی به دلیل نگرانی از بیماری می‌تواند احساس استقلال، کفایت و هدفمندی را تضعیف کند و به کاهش بهزیستی روان‌شناختی بینجامد.

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر تأیید نقش میانجی اضطراب سلامت در رابطه میان باورهای فراشناختی و بهزیستی روان‌شناختی بود. اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی بر بهزیستی از طریق اضطراب سلامت برابر با 0.0943 - و از نظر آماری معنادار بود. این یافته نشان می‌دهد که بخشی از تأثیر باورهای فراشناختی ناسازگارانه بر کاهش بهزیستی روان‌شناختی از طریق افزایش اضطراب سلامت اعمال می‌شود. این نتیجه با مدل گزارش‌شده توسط حسینی و همکاران در بیماران مزمن همخوانی دارد که در آن نیز اضطراب سلامت به‌عنوان یکی از سازوکارهای واسطه‌ای مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی مطرح شده است (Hosseini et al., 2023). همچنین، این یافته با شواهد مربوط به ارتباط فراشناخت با اضطراب سلامت (Foerster et al., 2025; Li et al., 2025) و ارتباط اضطراب سلامت با پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب در بیماران مبتلا به سرطان (Fardell et al., 2021; Lebel et al., 2020) سازگار است. این همگرایی شواهد از مدلی حمایت می‌کند که در آن باورهای فراشناختی به‌عنوان سازوکار شناختی بالادستی، شدت و تداوم نگرانی‌های مرتبط با سلامت را افزایش می‌دهند و این اضطراب، در مرحله بعد، کارکرد روان‌شناختی مثبت را تضعیف می‌کند.

برای توضیح این رابطه میانجی می‌توان گفت زنان مبتلا به سرطان به‌طور طبیعی با محرک‌های متعددی مواجه‌اند که افکار مرتبط با بیماری را فعال می‌کنند؛ از جمله درد، خستگی، آزمایش‌های دوره‌ای، ملاقات با پزشک، یادآوری مراحل درمان و مشاهده تغییرات جسمانی. وجود این افکار به خودی خود الزاماً به کاهش شدید بهزیستی منجر نمی‌شود. آنچه می‌تواند این افکار را به یک چرخه پایدار تبدیل کند، باور فرد درباره آنهاست. هنگامی که بیمار نگرانی را ضروری بداند، تصور کند باید دائماً افکار خود را کنترل کند یا آنها را غیرقابل کنترل و خطرناک ارزیابی کند، چرخه نگرانی و پایش سلامت تقویت می‌شود. در مرحله بعد، افزایش اضطراب سلامت سبب می‌شود فرد توجه بیشتری به نشانه‌های تهدیدآمیز داشته باشد، آینده را نامطمئن‌تر ارزیابی کند و بخش بیشتری از منابع روانی خود را صرف مدیریت تهدیدهای ادراک‌شده کند. در نتیجه، امکان تجربه احساس آرامش، هدفمندی، رشد فردی، کنترل محیط و روابط مثبت کاهش می‌یابد. چنین الگویی با چارچوب نظری فراشناختی ولز و متیوس همخوان است (Wells & Matthews, 2015) و نشان می‌دهد برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان، تنها کاهش علائم اضطرابی کافی نیست، بلکه اصلاح باورهای فراشناختی زیربنایی نیز می‌تواند اهمیت داشته باشد.

در مجموع، نتایج مطالعه حاضر از یک الگوی چندمسیره حمایت می‌کنند که در آن بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تحت تأثیر همزمان فرایندهای شناختی سطح بالا و نگرانی‌های مرتبط با سلامت قرار دارد. شواهد مربوط به شیوع قابل توجه اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان نیز اهمیت توجه به این فرایندها را تقویت می‌کند (Niedere et al., 2021). از سوی دیگر، یافته‌هایی که تأثیر مداخلات بر اضطراب، کیفیت زندگی و سایر پیامدهای روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان را گزارش کرده‌اند، نشان می‌دهند که این حوزه از ظرفیت مناسبی برای مداخله برخوردار است (Marcondes et al., 2025; Moradi & Esfahani Asl, 2025). در نتیجه، شناسایی باورهای فراشناختی ناسازگارانه و اضطراب سلامت می‌تواند به درک دقیق‌تر تفاوت‌های فردی در سازگاری روان‌شناختی بیماران کمک کند. این یافته‌ها همچنین از دیدگاهی حمایت می‌کنند که بهزیستی روان‌شناختی را محصول صرف شرایط پزشکی نمی‌دانند، بلکه آن را حاصل تعامل میان وضعیت بیماری، ارزیابی‌های شناختی، شیوه تنظیم نگرانی و پاسخ فرد به نشانه‌های سلامت در نظر می‌گیرند.

پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، طرح پژوهش مقطعی و همبستگی بود؛ از این رو، هرچند مدل ساختاری روابط جهت‌دار میان متغیرها را آزمون کرد، نتایج به‌تنهایی امکان استنباط قطعی درباره روابط علی را فراهم نمی‌کنند. دوم، نمونه‌گیری به روش در دسترس و تنها از زنان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی در شهر تهران انجام شد و این امر می‌تواند تعمیم یافته‌ها به تمام زنان مبتلا به سرطان، بیماران مرد یا افراد مراجعه‌کننده به سایر مراکز و مناطق جغرافیایی را محدود کند.

سوم، داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند و بنابراین احتمال سوگیری پاسخ، مطلوبیت اجتماعی یا تأثیر وضعیت هیجانی لحظه‌ای شرکت‌کنندگان بر پاسخ‌ها وجود دارد. همچنین، برخی عوامل بالینی مهم نظیر نوع و مرحله سرطان، سابقه عود، مدت زمان ابتلا، نوع درمان، شدت عوارض جانبی، وضعیت عملکرد جسمانی و بیماری‌های همزمان به‌عنوان متغیرهای کنترل وارد مدل نشدند. در نهایت، اگرچه مدل توانست بخشی از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کند، سهم قابل‌توجهی از واریانس این سازه احتمالاً تحت تأثیر متغیرهای دیگری قرار دارد که در پژوهش حاضر بررسی نشده‌اند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای بررسی دقیق‌تر جهت و پایداری روابط میان متغیرها از طرح‌های طولی، مطالعات پیگیری و در صورت امکان طرح‌های مداخله‌ای استفاده شود. اجرای مطالعات در نمونه‌های بزرگ‌تر و با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی یا طبقه‌ای می‌تواند به افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها کمک کند. همچنین، مناسب است مدل حاضر در بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان، مراحل متفاوت بیماری، گروه‌های سنی گوناگون و در هر دو جنس آزمون شود تا مشخص گردد آیا ساختار روابط میان باورهای فراشناختی، اضطراب سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مختلف ثابت باقی می‌ماند یا خیر. پیشنهاد می‌شود متغیرهای بالینی نظیر نوع سرطان، مرحله بیماری، سابقه عود، مدت درمان و شدت عوارض و نیز متغیرهای روان‌شناختی مانند تنظیم هیجان، ترس از عود، عدم تحمل بلا تکلیفی، نشخوار فکری، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مدل‌های آتی وارد شوند. استفاده از مدل‌های میانجی چندگانه یا تعدیل‌شده نیز می‌تواند تصویر کامل‌تری از سازوکارهای مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران فراهم کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود غربالگری اضطراب سلامت و باورهای فراشناختی ناسازگارانه به‌عنوان بخشی از ارزیابی‌های روان‌شناختی در مراکز سرطان و بخش‌های انکولوژی مورد توجه قرار گیرد. روان‌شناسان سلامت و متخصصان روان‌انکولوژی می‌توانند در کنار مراقبت‌های پزشکی، برنامه‌های آموزشی و درمانی متمرکز بر شناسایی باورهای ناکارآمد درباره نگرانی، کاهش پایش افراطی علائم جسمانی، محدود کردن اطمینان‌جویی مکرر و افزایش توانایی فاصله گرفتن از افکار تهدیدآمیز را اجرا کنند. همچنین، طراحی مداخلات گروهی یا فردی برای کاهش اضطراب سلامت و تقویت مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی از جمله پذیرش خود، احساس کنترل، روابط مثبت و هدفمندی می‌تواند مفید باشد. آموزش اعضای تیم درمان برای شناسایی بیمارانی که به‌طور مداوم درگیر نگرانی از عود، تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌ها یا درخواست‌های مکرر اطمینان‌بخشی هستند نیز می‌تواند به ارجاع به‌موقع این بیماران به خدمات روان‌شناختی کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Cancer is a chronic and potentially life-threatening disease whose consequences extend well beyond physical impairment and encompass cognitive, emotional, interpersonal, and existential dimensions of patients' lives. The diagnosis of cancer, prolonged treatment procedures, pain, fatigue, changes in body image and physical functioning, uncertainty regarding treatment outcomes, fear of recurrence, and concerns about mortality can create a sustained psychological burden. Evidence indicates that anxiety and depressive symptoms are common among individuals with cancer and may persist even after active treatment has ended, particularly when patients continue to experience uncertainty about recurrence and long-term prognosis (Niedere et al., 2021). These psychological challenges may be especially salient among women with cancer because the disease and its treatment may disrupt body image, perceived autonomy, family and social roles, and expectations regarding the future. Recent studies have also shown that psychological and complementary interventions may influence

anxiety, pain, fatigue, and quality of life in cancer populations, highlighting the importance of identifying modifiable psychological mechanisms associated with adaptation to illness (Marcondes et al., 2025; Moradi & Esfahani Asl, 2025). One important indicator of successful psychological adaptation is psychological well-being, which reflects positive functioning, self-acceptance, autonomy, environmental mastery, purposeful living, personal growth, and satisfying interpersonal relationships. Psychological well-being is not merely the absence of psychological symptoms but a broader indicator of optimal functioning and the capacity to maintain meaning and adjustment under stressful circumstances (Dhanabhakym & Sarath, 2023). In women with cancer, psychological well-being may be undermined by persistent concerns about illness progression and recurrence, and previous studies have reported that fear of recurrence is negatively associated with psychological well-being (Sharifi, 2021). Cognitive and emotional factors also appear to contribute to psychological well-being among individuals with chronic illness, particularly metacognitive beliefs and health anxiety (Hosseini et al., 2023). Metacognitive beliefs refer to beliefs and appraisals regarding one's own thoughts, worry, attention, memory, and perceived ability to control cognition. According to the metacognitive framework, maladaptive beliefs about the usefulness, uncontrollability, or dangerousness of worry may activate a cognitive-attentional syndrome characterized by persistent worry, rumination, threat-focused attention, and maladaptive coping strategies (Wells & Matthews, 2015). Evidence has linked maladaptive metacognition to lower psychological well-being (Jahani & Nejat, 2022; Zahedinasab et al., 2025), anxiety and depression in physical illnesses (Capobianco et al., 2020), and broader metacognitive biases associated with emotional disorders (Karaca Cengiz et al., 2025; Seow et al., 2025; Yu et al., 2024). Of particular importance is the relationship between metacognition and health anxiety. Health anxiety involves excessive or persistent concern regarding health status, illness, bodily sensations, or the possible consequences of disease (Bailer et al., 2016). Among individuals with chronic illnesses, including cancer, health anxiety may involve heightened bodily monitoring, threat-based interpretation of physical sensations, fear of recurrence, and repeated reassurance seeking (Lebel et al., 2020). Recent evidence has confirmed a meaningful association between metacognitive beliefs and pathological health anxiety (Foerster et al., 2025), and metacognition may mediate the relationship between amplification of bodily sensations and health anxiety (Li et al., 2025). Measures of health-related metacognition have likewise demonstrated that the ways individuals evaluate thoughts about health are closely related to health anxiety (Dai et al., 2018). Health anxiety itself may reduce psychological well-being among women with cancer by consuming cognitive and emotional resources, restricting engagement in meaningful activities, and increasing persistent attention to perceived threats (Fardell et al., 2021). Psychological interventions targeting health anxiety have therefore been emphasized across chronic illness populations (Madanlou & Bagherzadeh Ladari, 2023; Petricone-Westwood et al., 2019). Taken together, these findings suggest that maladaptive metacognitive beliefs may adversely influence psychological well-being both directly and indirectly through increased health anxiety. Accordingly, the present study aimed to examine the structural relationship between metacognitive beliefs and psychological well-being with the mediating role of health anxiety among women with cancer.

Methods and Materials

The present study was fundamental in purpose and used a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population consisted of women with cancer who attended Hashemi Rafsanjani Specialized Hospital and Esmaeilzadeh Specialized Clinic in Tehran between May and December 2025. The minimum sample size required for structural equation modeling was estimated on the basis of the number of freely estimated parameters and a minimum ratio of five observations per parameter. Considering possible attrition and incomplete questionnaires, 374 participants were initially recruited through convenience sampling. After data collection and screening, 360 eligible questionnaires were retained for final analysis. Eligibility criteria included a cancer diagnosis confirmed by an oncologist, age between 20 and 50 years, at

least six months elapsed since diagnosis, absence of severe psychiatric disorders such as psychosis or bipolar disorder, absence of self-reported cognitive impairment, ability to understand and complete Persian questionnaires, and willingness to participate with informed consent. Patients in a critical or end-of-life stage or those experiencing severe physical complications were excluded. Data were collected using the 18-item version of the Ryff Psychological Well-Being Scale, which assesses self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth; the 30-item short form of the Metacognitions Questionnaire, which assesses positive beliefs about worry, beliefs regarding uncontrollability and danger, cognitive confidence, need to control thoughts, and cognitive self-consciousness; and the 18-item short version of the Health Anxiety Inventory, which evaluates concerns about illness and the perceived consequences of illness. Data analysis was performed using SPSS version 27 and AMOS. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, standard deviation, skewness, and kurtosis. Inferential analyses included Pearson correlation coefficients and structural equation modeling using maximum likelihood estimation. Model fit was evaluated using chi-square to degrees-of-freedom ratio, RMSEA, CFI, IFI, GFI, PNFI, and PCFI. The indirect effect of metacognitive beliefs on psychological well-being through health anxiety was examined using the bootstrap method.

Findings

A total of 360 women with cancer were included in the final analysis. Pearson correlation analysis showed a significant positive association between metacognitive beliefs and health anxiety ($r=0.28$, $p<0.001$). Metacognitive beliefs were significantly and negatively correlated with psychological well-being ($r=-0.36$, $p<0.001$), while health anxiety was also significantly and negatively associated with psychological well-being ($r=-0.43$, $p<0.001$). Examination of the assumptions required for structural equation modeling indicated that the data were suitable for model estimation. The multivariate normality indices were acceptable, no problematic multivariate outliers were identified using Mahalanobis distance, and tolerance and variance inflation factor indices did not indicate problematic multicollinearity. The proposed structural model demonstrated an acceptable fit to the observed data. The chi-square value was 154.80 with 62 degrees of freedom, yielding a chi-square to degrees-of-freedom ratio of 2.49. The RMSEA was 0.064 with a 90% confidence interval ranging approximately from 0.05 to 0.07. Other fit indices were also satisfactory, including CFI=0.919, IFI=0.923, and GFI=0.904; PNFI and PCFI were 0.535 and 0.563, respectively. The coefficient of determination for psychological well-being was 0.27, indicating that metacognitive beliefs and health anxiety jointly explained 27% of the variance in psychological well-being. Examination of the structural paths showed that metacognitive beliefs had a significant negative direct effect on psychological well-being ($\beta=-0.463$, $SE=0.077$, critical ratio=-4.093, $p<0.001$). Metacognitive beliefs also had a significant positive direct effect on health anxiety ($\beta=0.427$, $SE=0.196$, critical ratio=5.301, $p<0.001$). Health anxiety, in turn, had a significant negative direct effect on psychological well-being ($\beta=-0.221$, $SE=0.024$, critical ratio=-3.019, $p<0.001$). Bootstrap analysis further demonstrated that the indirect effect of metacognitive beliefs on psychological well-being through health anxiety was statistically significant. The standardized indirect effect was -0.0943 with $p=0.005$, and the corresponding confidence interval ranged from -0.1265 to -0.0632. Because zero was not included in this interval, the mediating role of health anxiety was supported. These findings indicated that maladaptive metacognitive beliefs were associated with lower psychological well-being not only through a direct pathway but also through an indirect pathway involving increased health anxiety.

Discussion and Conclusion

The findings support a structural model in which maladaptive metacognitive beliefs represent an important cognitive factor associated with psychological well-being among women with cancer. The negative direct relationship between metacognitive beliefs and psychological well-being suggests that women who hold stronger dysfunctional beliefs about worry, cognitive control, and the significance of thoughts may experience

greater difficulty maintaining positive psychological functioning. In the context of cancer, where uncertainty and illness-related concerns are unavoidable, such beliefs may increase repetitive thinking, threat monitoring, and perceived loss of control. As a result, psychological resources that might otherwise support self-acceptance, autonomy, purposeful living, positive relationships, and adaptive engagement with treatment may become increasingly occupied by worry and attempts to manage distressing thoughts. The positive relationship between metacognitive beliefs and health anxiety further indicates that the cognitive interpretation of thoughts about illness is an important component of health-related distress. Women with cancer frequently encounter bodily sensations, treatment-related symptoms, clinical examinations, and reminders of the possibility of recurrence. If these experiences are accompanied by beliefs that worry is necessary for preventing danger, that illness-related thoughts are uncontrollable, or that such thoughts themselves are dangerous, the patient may become increasingly vigilant toward bodily changes and more likely to interpret ambiguous sensations as indicators of disease progression. Such a pattern can sustain health anxiety even when medical monitoring does not indicate immediate deterioration.

The significant negative path from health anxiety to psychological well-being suggests that persistent preoccupation with illness may impair adaptive psychological functioning. Excessive monitoring of bodily sensations, fear of recurrence, repeated anticipation of unfavorable outcomes, and continuing uncertainty about physical health can consume considerable cognitive and emotional resources. This may restrict involvement in social, occupational, recreational, and personally meaningful activities and may diminish the patient's sense of control, hope, and future orientation. The mediating effect identified in the present study is especially important because it demonstrates that part of the association between maladaptive metacognitive beliefs and reduced psychological well-being operates through heightened health anxiety. Thus, maladaptive metacognitive beliefs may first intensify the manner in which women attend to, evaluate, and respond to health-related thoughts and bodily sensations; heightened health anxiety may then reduce positive psychological functioning. The findings therefore support an integrated account in which cognition about cognition and illness-related anxiety are interconnected rather than independent psychological processes.

From a clinical perspective, the findings indicate that assessment of psychological adaptation in women with cancer may benefit from attention not only to general anxiety or distress but also to health-specific anxiety and beliefs about thinking itself. Patients who repeatedly seek reassurance, monitor their bodies, become preoccupied with recurrence, or report an inability to disengage from illness-related thoughts may particularly benefit from psychological assessment of underlying metacognitive processes. Interventions aimed at reducing maladaptive beliefs about worry, decreasing persistent threat monitoring, modifying responses to intrusive health-related thoughts, and reducing excessive health anxiety may contribute to improved psychological well-being. Importantly, such interventions should not seek to eliminate realistic concern about cancer or discourage medically appropriate monitoring. Rather, their purpose should be to help patients develop a more flexible relationship with illness-related thoughts, distinguish adaptive vigilance from excessive cognitive preoccupation, and preserve engagement with valued areas of life.

In conclusion, the present study demonstrated that metacognitive beliefs and health anxiety are significant predictors of psychological well-being among women with cancer. Maladaptive metacognitive beliefs had a direct negative effect on psychological well-being, a direct positive effect on health anxiety, and an additional indirect negative effect on psychological well-being through health anxiety. Health anxiety therefore functioned as a significant mediator in the proposed structural model. The model accounted for 27% of the variance in psychological well-being and showed acceptable overall fit. These findings suggest that psychological well-being in women with cancer is influenced not only by the medical burden of the disease but also by the ways in which patients interpret and regulate their thoughts and health-related concerns. Addressing maladaptive metacognitive beliefs and excessive health anxiety alongside routine oncological care

may therefore provide a useful framework for supporting psychological adaptation and improving well-being in this population.

References

- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219-239. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Capobianco, L., Fajia, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLoS One*, 15(9), e0238457. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238457>
- Dai, L., Bailey, R., & Deng, Y. (2018). The reliability and validity of the Chinese version of the Metacognitions about Health Questionnaire in college students. *Quality of Life Research*, 27, 1099-1108.
- Dhanabhakya, M., & Sarath, M. (2023). Psychological wellbeing: A systematic literature review. *International Journal of Advanced Research in Science, Communication and Technology*, 3(1), 201-208. <https://doi.org/10.48175/IJARSC-8414>
- Fardell, J. E., Jones, G., & Smith, A. B. (2021). The impact of health anxiety on the psychological well-being of women with cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 30(5), 703-712. <https://doi.org/10.1002/pon.5605>
- Foerster, P., Bermpohl, F. M. g., Gerlach, A. L., & Pohl, A. (2025). Do Metacognitions Contribute to Pathological Health Anxiety? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 20(7), e0325563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325563>
- Hosseini, F., Mousavi, S. M., & Rahimi, M. (2023). A Structural Model of Psychological Well-Being Based on Metacognitive Beliefs and Experiential Avoidance: The Mediating Role of Health Anxiety among Patients with Chronic Illness. *Iranian Journal of Health Psychology*, 12(1), 55-72.
- Jahani, Z., & Nejat, H. (2022). *The Relationship of Attachment Style and Metacognitive Beliefs with Psychological Well-Being among Students* Twelfth International Conference on Psychology, Counseling, and Educational Sciences,
- Karaca Cengiz, S. N., Guney, E., Ozaslan, A., & Saripinar, E. G. (2025). Theory of Mind, Metacognition, and Executive Functions in Adolescents with Social Anxiety Disorder: A Comparative Study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 19(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00968-4>
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., Rutkowski, N., Ta, V., Trudel, G., Laflamme, S. Z., Lavigne, A. A., & Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLoS One*, 15(7), e0234124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124>
- Li, Y. R., Bailey, R., & Lee, W. L. (2025). Exploring the mediating role of metacognitions in the link between somatosensory amplification and health anxiety among college students. *Mental Health and Social Inclusion*, 29(5), 560-570. <https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2025-0013>
- Madanlou, M., & Bagherzadeh Ladari, R. (2023). Health Anxiety: A Narrative Review of Psychological Interventions. *Clinical Excellence: Educational and Research*, 13(2), 89-108.
- Marcondes, L., Ferreira, P. M., Sawada, N. O., Chianca, T. C. M., Félix, J. V. C., Guimarães, P. R. B., & Kalinke, L. P. (2025). Effect of Laser Auriculotherapy on Quality of Life, Fatigue, and Anxiety in Women With Advanced Breast Cancer: Randomized Clinical Trial. *Healthcare*, 13(2), 166. <https://doi.org/10.3390/healthcare13020166>
- Moradi, M., & Esfahani Asl, M. (2025). *Effectiveness of Group Laughter Yoga on Anxiety, Health, Meaning in Life, and Pain Severity in Patients with Cancer at Ganjavian Hospital in Dezful Babol, Iran.*
- Niedere, M., Mehnert-Theuerkauf, A., Hinz, A., & Singer, S. (2021). Global prevalence of depression and anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 574-585.
- Petricone-Westwood, D., Jones, G., Mutsaers, B., Séguin Leclair, C., Tomei, C., Trudel, G., Dinkel, A., & Lebel, S. (2019). A systematic review of interventions for health anxiety presentations across diverse chronic illnesses. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26, 3-16. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9748-6>
- Seow, T. X., Fleming, S. J., & Hauser, T. U. (2025). Metacognitive Biases in Anxiety-Depression and Compulsivity Extend Across Perception and Memory. *PLOS Ment Health*, 2(3), e0000259. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000259>
- Sharifi, M. (2021). Examining the Relationship between Fear of Cancer Recurrence and Psychological Well-Being among Women with Breast Cancer: The Predictive Role of Cancer Causative Factors. *Journal of Nursing and Midwifery*, 19(6), 496-505.
- Wells, A., & Matthews, G. (2015). *Attention and emotion: A clinical perspective* (Classic edition ed.).
- Yu, H., Shi, Z., & Zhao, M. (2024). The Relationship between Metacognition, Rumination, and Sleep in University Students with a Tendency toward Generalized Anxiety Disorder. *Behavioral Sciences*, 14(6), 444. <https://doi.org/10.3390/bs14060444>

Zahedinasab, M. J., Keshavarz, S., & Shiri, E. (2025). The Relationship between Metacognitive Beliefs and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Emotion Regulation among Students. *Journal of Disability Studies*, 15(128), 65-78.