

## The relationship of the Intolerance of uncertainty and worry and metacognitive beliefs in people with depressive symptoms

Ghasem abdolpour<sup>1</sup>, Touraj hashemi<sup>2</sup>, Mohammad Reza Shairi<sup>3</sup>, Fereydoon Alizadeh<sup>4</sup>

- 1- Ph.D. Psychology, Shahed university, Tehran, Iran (Corresponding Author)
- 2- Ph.D. Psychology, Tabriz university, Tabriz, Iran
- 3- Ph.D. Psychology, Shahed university, Tehran, Iran
- 4- MA. Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

### Abstract

**Introduction:** Depression is one of the most prevalent and disabling psychological disorders. The present study aims to relationship between intolerance of uncertainty and worry and metacognitive beliefs in people with symptoms of depression.

**Aim:** The present study aims to relationship between intolerance of uncertainty and worry and metacognitive beliefs in people with symptoms of depression.

**Methods:** The research method in terms of purpose is Basical and in terms of implementation method is descriptive- relationship. The study population consists of all patients with depression, psychiatric clinic of Tabriz. The sample consists of 40 patients with major depression who were selected through convenience sampling method. The Standard data collection tools in this research are Metacognitive beliefs of the questionnaire, Pennsylvania concerns a questionnaire and intolerance of uncertainty questionnaire.

**Results:** Statistical data analysis using multiple regression analysis was used. The results showed that the intolerance of uncertainty and worry and metacognitive beliefs in depressed patients there was a significant positive correlation. Multiple regression analysis showed that the structures IU and beliefs could explain 45% of the changes concern.

**Conclusion:** This study is consistent with results of previous studies suggest that taking IU and beliefs in education programs and psychological interventions can prevent emotional disorders, reduction and effective treatment.

**Keywords:** depression, anxiety, intolerance of uncertainty, beliefs.

---

## رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های

### افسردگی

قاسم عبدال پور<sup>۱</sup>، تورج هاشمی<sup>۲</sup>، محمد رضا شعیری<sup>۳</sup>، فریدون علیزاده<sup>۴</sup>

1- دانشجوی دکتری، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد g.marand@yahoo.com

2- هیات علمی، روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

3- هیات علمی، روان‌شناسی، دانشگاه شاهد

4- دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد تبریز

### چکیده

**مقدمه:** افسردگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی بود.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی بود.

**روش:** روش پژوهش با توجه به هدف بنیادی و از لحاظ روش اجرا از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تبریز بودند. نمونه پژوهش شامل 40 بیمار مبتلا به اختلال افسردگی هست که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش‌نامه باورهای فراشناخت و لوز، پرسش‌نامه عدم تحمل بلا تکلیفی داگاس و مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا استفاده شد.

**یافته‌ها:** داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به افسردگی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که سازه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی توانستند 45٪ از تغییرات نگرانی را تبیین کنند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش همسو با نتایج تحقیقات پیشین، نشان می‌دهد که در نظر گرفتن عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی در برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی، می‌تواند در پیشگیری از اختلالات هیجانی، کاهش و درمان آن‌ها مؤثر باشد.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای فراشناختی

## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی یکی از انواع اختلالات هیجانی است که مؤلفه اصلی آن اندوه است. افراد مبتلا به افسردگی، خلق خود را به صورت غمگین و درمانده توصیف می کنند. بی علاقه‌گی یا فقدان احساس لذت تقریباً همیشه و دست کم تا اندازه‌ای وجود دارد و هیچ چیز توجه آنان را جلب نمی کند (برین<sup>1</sup>، 2002). اختلال افسردگی با اختلال آشکار در خلق مشخص می شود. در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می شود (پارکر و روی<sup>2</sup>، 2001). DSM-5<sup>3</sup>، نرخ شیوع 12 ماهه اختلال افسردگی در آمریکا را 7٪ اعلام کرده است (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>4</sup>). بر اساس مطالعاتی که در ایران توسط صادقی و همکارانش صورت گرفته است شیوع افسردگی در ایران را 25٪ برآورد کرده اند که احتمال وجود آن در زنان 1/93 برابر بیشتر گزارش شده است (بورکویک<sup>5</sup>، 1985)؛ بنابراین افسردگی هم چنان به عنوان مسئله چالش برانگیز بهداشت روانی باقی است. به طوری که شیوع بالای افسردگی، موجب شده که پژوهشگران عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند. از جمله این عوامل می توان به نگرانی اشاره کرد که عامل کلیدی و مهم در پیدایش اضطراب و افسردگی است. نگرانی به عنوان فرایند شناختی پیش بینی خطر و تهدید است که شامل افکار و تصاویر تکرارشونده، موضوعات اضطراب برانگیز، رویدادهای تنیدگی زای احتمالی و پیامدهای بالقوه فاجعه انگیز آن ها است (دیوی و ولز<sup>6</sup>، 1999).

توضیح اینکه، عینی ترین کنش وری نگرانی، تلاش سودمند برای حل مشکلات روانی است، اگرچه ممکن است این تلاش بی حاصل باشد. دیوی و ولز بر این باورند که نگرانی سازگار و ناسازگار از یکدیگر متفاوت هستند. نگرانی سازگار در راستای حل مسئله است و رفتار متمرکز بر حل مسئله را در پی دارد. در صورتی که نگرانی ناسازگار، دامنه تکرار شونده‌ای از نتایج منفی را به دنبال دارد و شخص سعی می کند، راهبردهای مقابله‌ای را تا زمان رسیدن به برخی هدف‌های درونی، ادامه دهد (موریس<sup>7</sup>، رثوف<sup>8</sup>، میستورز و بومسما<sup>9</sup>، 2004). از سویی، به نظر ولز، نگرانی مزاحمت ایجاد می کند اما قابلیت کنترل دارد و یک راهبرد مقابله‌ای است که می تواند مرکز نگرانی‌های فرد شود (هانگ<sup>10</sup>، 2007). نگرانی با بسیاری از شاخص های ناسازگار روان شناختی در بزرگسالان از جمله افسردگی و اضطراب بالینی مرتبط است. مطالعات نشان داده اند که نگرانی با افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است. پژوهش‌های بسیاری رابطه نگرانی را با نشانه‌های اضطراب و افسردگی نشان داده اند (فهیمی، 2012؛ داگاس و روبینچارد<sup>11</sup>، 2007). نگرانی در تداوم عاطفه منفی و آسیب مهارت های شناختی درگیر است (ارفعی، بشارت، قلیزاده و حکمتی، 2011)

یکی از سازه‌های مرتبط با نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی است که به طور گسترده به عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که به موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن،

<sup>1</sup> Brain

<sup>2</sup> Parker & Roy

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(5th)-DSM-5

<sup>4</sup> American Psychiatric Association

<sup>5</sup> Borkovec

<sup>6</sup> Davey & Wells

<sup>7</sup> Muris

<sup>8</sup> Roelofs

<sup>9</sup> Meesters & Boomsma

<sup>10</sup> Hong

<sup>11</sup> Dugas & Robinchaud

پژوهش‌های پیشین، متمرکز بر اختصاصی بودن رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی با توجه به اضطراب بوده است، شاید بررسی اختصاصی بودن این رابطه با توجه به افسردگی نیز اهمیت ویژه‌ای داشته باشد. در حقیقت شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد، اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلالات اضطرابی، رابطه تنگاتنگی با افسردگی دارد. برای نمونه اگر چه اختلال‌های اضطرابی نامتجانس هستند، اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی، آسیب پذیری ارثی مشابهی دارد. یافته‌های مطالعه‌هایی که از مدل‌سازی ساختاری استفاده کرده‌اند نشان می‌دهد که عاطفه منفی کلی، واریانس بزرگ‌تری را در نمره‌های اختلال اضطراب منتشر و افسردگی، نسبت به دیگر اختلال‌های اضطرابی را به خود اختصاص می‌دهد (بوهر و داگاس، 2009).

شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد عدم تحمل بلا تکلیفی عامل آسیب‌پذیری شناختی برای نگرانی است (کوکران و سگال<sup>7</sup>، 2008؛ براون<sup>8</sup>، برانسفورد و فرارا<sup>9</sup>، 1983) و احتمالاً عامل مهم تداوم بخش اختلال اضطراب فراگیر است (اسکارپا<sup>10</sup>، ویلسون<sup>11</sup>، ولز و تاناکا<sup>12</sup>، 2009). پژوهش‌ها نشان داده است که عدم تحمل بلا تکلیفی بدون تناقض با نگرانی ارتباط دارد (ولز، 2000). مطالعه‌های تجربی نیز رابطه قابل اطمینانی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی یافته‌اند (ولز، 1995؛ اسکارپا، ویلسون، ولز و تاناکا، 2009).

یکی دیگر از نظریه‌هایی که به تبیین نگرانی پرداخته است، نظریه فراشناختی است. فراشناخت، به ساختارها، دانش و فرایندهای روان‌شناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تعبیر و تفسیر افکار و شناخت‌ها سروکار دارد

رخ می‌دهد (داگاس، اسکوارتز<sup>1</sup>، فرانسیس<sup>2</sup>، 2004). فرانسیس<sup>2</sup>، 2004). به عبارتی، عدم تحمل بلا تکلیفی یک ویژگی شخصیتی است که از مجموعه‌ای از عقاید منفی درباره عدم قطعیت تشکیل شده است. برای مثال افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی دارند، معتقدند که بلا تکلیفی، پریشان کننده است. وجود شک و تردید در مورد آینده غیرقابل تحمل است، وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد، شک و تردید موجب ناتوانی فرد برای عمل کردن می‌شود (وندرهیون<sup>3</sup>، مولچیر<sup>4</sup> و موریس، 2010). از دیدگاه جبرگرایانه، بلا تکلیفی به وسیله فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد و به عوامل درونی مربوط است که فرد قادر به کنترل آن نیست (کورنر<sup>5</sup> و داگاس، 2008).

داگاس و همکاران نشان دادند که عدم تحمل بلا تکلیفی، زنجیره‌ای از نگرانی، نگرش منفی به مشکل و اجتناب شناختی را حمایت کرده و همچنین بیان کرده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی به طور مستقیم بر نگرش فرد به مشکل و سطوح اجتناب شناختی تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، افراد با میزان بالای عدم تحمل بلا تکلیفی، مستعد نگرانی خواهند بود (داگاس، اسکوارتز، فرانسیس، 2004). داگاس و همکاران (2004)، مدعی هستند که عدم تحمل بلا تکلیفی بهترین پیش‌بینی کننده نگرانی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی است؛ آن‌ها معتقدند اگرچه نگرانی و افسردگی باهم مرتبط هستند، اما بررسی رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی و نشانه‌های افسردگی نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی در سطح بالایی با نگرانی مرتبط است (بوهر<sup>6</sup> و داگاس، 2009). اگرچه

<sup>7</sup> Corcoran & Segal

<sup>8</sup> Brown

<sup>9</sup> Bransford & Ferrara

<sup>10</sup> Scarpa

<sup>11</sup> Wilson

<sup>12</sup> Tanaka

<sup>1</sup> Scewartz

<sup>2</sup> Francis

<sup>3</sup> Van der Heiden

<sup>4</sup> Melchoir

<sup>5</sup> Korner

<sup>6</sup> Buher

متغیرها را با نگرانی در جمعیت بالینی نشان نداده است و اندک پژوهش‌های انجام‌شده هم بر روی جمعیت غیر بالینی صورت گرفته است؛ لذا هدف این پژوهش، تعیین رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی هست.

### روش پژوهش

مطالعه حاضر با توجه به هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تبریز بود که توسط روان‌پزشک برای اولین بار تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت کرده‌اند. نمونه مورد مطالعه 60 بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد گروه نمونه بر اساس ملاک‌های ورود سن 20 تا 55 سال، داشتن تحصیلات حداقل تا پایان کلاس پنجم ابتدایی، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی هنگام اجرای پرسش‌نامه‌های پژوهش و یا عدم اتمام دوره دارو درمانی، وارد گروه پژوهشی شدند و به وسیله ملاک‌های خروج از قبیل سابقه مانیا (شیدایی) یا ورود به فاز مانیا در طول اجرای پژوهش و مصرف داروهای ضد افسردگی هنگام اجرای پرسش‌نامه‌ها از پژوهش خارج شدند. بعد از انتخاب نمونه، پرسش‌نامه‌های باورهای فراشناخت و لوز، عدم تحمل بلا تکلیفی داگاس و مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا در اختیار آن‌ها قرار داده شد و از آنان خواسته شد با توجه به اهمیت اهداف تحقیق، اطلاعات خواسته شده را با دقت و صداقت در پرسش‌نامه درج نمایند. پیش از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی به شرکت‌کنندگان ارائه شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که پاسخ‌هایشان به صورت محرمانه خواهد ماند و بدین ترتیب رضایت آن‌ها برای

(کوکران و سگال، 2009). اکثر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته‌اند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از بازبینی فراشناختی پدید می‌آید، اغلب به عنوان احساس‌های ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار تأثیر گذارند. اکثر نظریه‌پردازان بین دو جنبه فراشناخت یعنی دانش فراشناختی و تنظیم فراشناختی تمایز قائل شده‌اند. در این راستا، دانش فراشناختی شامل اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و در مورد عوامل مرتبط با تکلیف یا راهبردهای یادگیری که در آن تأثیر می‌گذارند، دارند. از طرف دیگری، تنظیم فراشناختی به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد، اشاره می‌کند (براون، برانسفورد و فرارا، 1983).

انگاره اصلی در این رویکرد این است که باورها در اختلال‌های روان‌شناختی از مؤلفه‌های روان‌شناختی تشکیل می‌شود که کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و هم‌چنین از آن تأثیر می‌پذیرد (اسکارپا، ویلسون، ولز و تاناکا، 2009؛ ولز، 2000). ولز به اهمیت باورهای فراشناختی هم در فرایند نگرانی و هم در محتوای آن اشاره کرد (ولز، 1995). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب باشد. در واقع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. پژوهش‌ها هم‌چنین نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی و مثبت ممکن است سبب تداوم نگرانی شود (ولز، 1999). نتایج پژوهش‌های کارت رایت-هاوتون<sup>1</sup> و ولز و پاپاجیو و جیو<sup>2</sup> حاکی از این است که باورهای فراشناختی، رابطه مثبت و معناداری با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارد. با توجه به این که تاکنون هیچ پژوهشی ارتباط این

<sup>1</sup> Cartwright-Hatton

<sup>2</sup> Papageorgiou

نریمانی، 2004)، ضریب آلفای کرونباخ را به ترتیب 0/91 و 0/68 اعلام کرده‌اند.

**فرم کوتاه پرسش‌نامه فراشناخت:** به منظور سنجش باورهای فراشناخت ساخته شده است. این پرسش‌نامه 30 ماده دارد و هر آزمودنی به صورت چهارگزینه‌ای (1= موافق نیستم تا 4= خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. این پرسش‌نامه پنج مؤلفه اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی فراشناختی عمومی منفی در مورد نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. پایایی آن به روش باز آزمایی برای کل آزمون پس از دوره 18 تا 22 روزه 0/75 و برای خرده مقیاس‌ها از 0/59 تا 0/87 گزارش شده است (ولز و کارترایت-هاوتون<sup>4</sup>، 2004) دامنه نمره‌ها برای هر یک از زیر مقیاس‌ها بین صفر تا هجده قرار دارد. ضریب همسانی درونی این آزمون در ایران به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/91 و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از 0/71 تا 0/87 گزارش شده است. همبستگی خرده مقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه 0/58 تا 0/87 و همبستگی آن‌ها با یکدیگر بین 0/26 تا 0/62 محاسبه شده است (شیرین زاده، 2006).

شرکت در پژوهش جلب شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS22 و روش رگرسیون چندگانه هم‌زمان تحلیل شدند.

### ابزار پژوهش

**مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی:** این مقیاس توسط فریستون<sup>1</sup> و همکاران در سال 1994 برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی، طراحی شده است. این مقیاس از 27 آیتم تشکیل شده است که آزمودنی‌ها بر اساس یک مقیاس 5 درجه‌ای (به هیچ وجه=1 تا بسیار زیاد=5) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. داگاس و بوهر<sup>2</sup> ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس را 0/94 و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله 5 هفته‌ای، 0/78 گزارش کرده‌اند. در پژوهش حمید پور و اندوز آلفای کرونباخ برابر 0/88 و پایایی باز آزمایی در فاصله 3 هفته‌ای برابر 0/78 برای این مقیاس به دست آمد [13].

**مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا:** پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا توسط مایر<sup>3</sup> و همکاران در سال 1990 ساخته شده است. این پرسش‌نامه 16 آیتم دارد. آزمودنی به این سؤال‌ها به صورت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد که این گزینه‌ها به صورت 0،1،2،3،4،5 نمره گذاری می‌شوند. 11 ماده آن مربوط به وجود نگرانی به طور مثبت نمره گذاری می‌شوند و 5 ماده آن (1،3،8،10،11) به طور منفی نمره گذاری می‌شوند و محتوای عدم نگرانی را نشان می‌دهند. مایر و دیگران آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس 0/90 و ضریب پایایی باز آزمایی 0/74 به دست آمد. هدایتی و همکاران به نقل از (ابوالقاسمی و

<sup>1</sup> Freeston

<sup>2</sup> Buher

<sup>3</sup> Mayer

<sup>4</sup> Cartwright- Hatton

## یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول 1: شاخص‌های آمار توصیفی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
عدم تحمل بلا تکلیفی	71/47	9/72
باورهای فراشناخت	72/49	13/48
نگرانی	61/12	12/12

جدول 1 نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پژوهش، 72/49 است. هم چنین عدم تحمل بلا تکلیفی دارای بیشترین میانگین مربوط به باورهای فراشناختی با میانگین 71/47 و نگرانی دارای میانگین 61/12 هستند.

جدول 2- ماتریس همبستگی متغیرهای پیش بین با نگرانی

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
عدم تحمل بلا تکلیفی	0/507	0/0001
باورهای فراشناختی	0/672	0/0001

مندرجات جدول 2 نشان می‌دهد بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی رابطه مثبت و معناداری ( $r=507$ )، و بین باورهای فراشناخت و نگرانی ( $P<0/01$ )، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول 3- تحلیل رگرسیون هم‌زمان متغیرهای پژوهش

مدل رگرسیون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R2
رگرسیون	476/46	2	238/233	15/48	0/0001	0/675	0/456
باقیمانده	569/133	38	15/382				
کل	1045/600	40					

با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر میزان نگرانی، مقدار F به دست آمده برای دو متغیر باورهای فراشناخت و عدم تحمل بلا تکلیفی معنی دار بود ( $F=15/48$ )،  $P(<0/01$  از طرفی بین متغیرهای باورهای فراشناخت و عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی رابطه معنی داری دیده می‌شود ( $R=0/67$ ) و این متغیرها قادرند در مجموع  $(R^2=0/45)$  از نگرانی را تبیین کنند.

جدول 4- خلاصه تحلیل واریانس و رگرسیون متغیرهای پیش‌بین با نگرانی

متغیر	B	Beta	t	R	F	سطح معنی‌داری
عدم تحمل بلا تکلیفی	0/408	0/509	3/62	0/257	13/17	0/001
باورهای فراشناخت	0/311	0/577	2/89	0/321	11/62	0/001

مندرجات جدول 4 نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی 0/25 درصد و باورهای فراشناختی، 0/32 درصد از میزان نگرانی را تبیین می‌کند ( $P < 0/01$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی بود. یکی از یافته‌های پژوهش نشان داد بین عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی ارتباط مثبت دارد که این نتایج با نتایج پژوهش‌های فریستون و همکاران (2004)، سوگرا (2008) و داگاس و باهر (2004) همسو است. در تحقیقی که داگاس و همکاران انجام دادند یافته‌ها نشان داد که بین عدم تحمل بلا تکلیفی با نمرات افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی بدون کنترل نگرانی، واریانس خیلی بیشتری از عدم تحمل بلا تکلیفی را نسبت به کنترل نگرانی تبیین می‌کند. یک تبیین احتمالی برای این یافته این است که بین نگرانی و افسردگی رابطه وجود دارد و از آنجا که اغلب بیماران افسرده، از اضطراب رنج می‌برند بنابراین وجود شباهت بین افسردگی و اضطراب می‌تواند یک تبیین احتمالی برای وجود رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی با افسردگی باشد (بوهر و داگاس، 2009). از این‌رو افراد دارای عدم تحمل بلا تکلیفی بالا، مستعد تجربه سطح بالای نگرانی هستند. داگاس و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که شرکت‌کنندگان با سطوح بالای عدم تحمل بلا تکلیفی اطلاعات مبهم را تفسیرهای تهدیدآمیز کردند (داگاس، هدایتی، باهر، فرانسیس و فلیپس<sup>1</sup>، 2005). هم راستا با

دیگر مدل‌های شناختی آسیب‌شناسی روانی، مدل عدم تحمل بلا تکلیفی داگاس مبتنی بر این ایده است که باورها در مورد عدم تحمل بلا تکلیفی، زمانی که افراد در حالت خلقی منفی قرار دارد، به‌طور کامل فعال است.

به‌طور خلاصه می‌توان بیان داشت افرادی که دارای سطوح بالای عدم تحمل بلا تکلیفی هستند، در معرض خطر مبتلا شدن به اختلال‌های اضطرابی و خلقی هستند؛ زیرا آن‌ها گرایش به خلق تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم و ایفای نقش ضعیف در موقعیت‌های با ابهام متوسط هستند. طبق مدل عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مضطرب، موقعیت‌های نامعین و یا مبهم را فشار آور و آشفته کننده درک می‌کنند و در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. این افراد بر این باورند که نگرانی به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند به‌صورت کارآمد، با موقعیت‌های ترس آور مقابله کنند و یا از این طریق مانع وقوع چنین حوادثی شوند. این افراد هم‌چنین وجود موقعیت‌های مبهم و منفی احتمالی را غیرقابل قبول می‌دانند؛ و وقتی با چنین نگرانی‌هایی روبه‌رو می‌شوند از نگرانی به‌عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بالای عدم تحمل بلا تکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع نشان‌دهنده رابطه تنگاتنگ عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی است (دوپای و لادوسور<sup>2</sup>، 2008). تبیین دیگر در مورد رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی، ارتباط آن با مفهوم کنترل

<sup>1</sup> Phillips

<sup>2</sup> Dupuy & Ladouceur



شخصی است. کنترل شخصی، بنیان شناختی برای سلامتی فراهم کرده و از میزان اضطرابی که تجربه می‌شود، می‌کاهد. موقعیت‌های غیرقطعی و مبهم می‌توانند به این باور منتهی شوند که هیچ‌یک از پاسخ‌های فرد نمی‌تواند پیامدهای آینده را کنترل کند. در نتیجه‌ی چنین طرح‌واره‌ی ذهنی، فرد به نگرانی، اضطراب، ترس و افسردگی دچار می‌شود. عامل دیگر، پیش‌بینی پذیری محرک یا موقعیت است. ایمنی، حاصل شناخت محیط، نظم بخشیدن، پیش‌بینی پذیری و قانون‌مند کردن آن است؛ بنابراین غیرقابل پیش‌بینی بودن یک محرک یا موقعیت موجب ایجاد حس ناامنی و نگرانی می‌شود (بوهر و داگاس، 2006).

هم‌چنین در این پژوهش بین فراشناخت و نگرانی رابطه مثبت و معناداری به دست آمد. علاوه بر آن بر اساس تحلیل رگرسیون، باورهای فراشناختی بیشتر از عدم تحمل بلا تکلیفی قادر است واریانس نگرانی را تبیین کند. در تبیین این نتایج می‌توان بیان داشت که باورهای مثبت در مورد نگرانی به دلیل تداخل در سایر فرایندهای خودتنظیمی باعث ایجاد نگرانی نوع 1 (نگرانی با محتوا مدار) شده و این نگرانی نیز به‌نوبه‌ی خود به دلیل دودساز بودن باعث ایجاد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی و در نهایت ایجاد نگرانی نوع 2 (نگرانی در مورد نگرانی) می‌شوند. رفتارهای مقابله از جمله اجتناب از افکار مزاحم، توجه برگردانی و هم‌چنین فرونشانی افکار برانگیزاننده نگرانی، باعث تقویت باورهای فراشناختی مثبت و منفی و در نتیجه افزایش هر چه بیشتر نگرانی می‌شوند. به این ترتیب چرخه معیوب باورهای فراشناختی و نگرانی تداوم می‌یابد (ولز، 1995).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت، طبق مدل فراشناختی اختلالات هیجانی (ولز، 2000)، به جای اینکه نگرانی را یک نشانه محض اضطراب در نظر بگیرد، تأکید شده است که افراد باورهای مثبتی را در ارتباط با کار آبی نگرانی در کمک به مقابله پرورش می‌دهند. سپس به واسطه فعال شدن باورهای فراشناختی مثبتی بر غیرقابل کنترل بودن

و خطر، نوع دیگری از نگرانی تحت عنوان فرانگرانی در آن‌ها شکل می‌گیرد. فرانگرانی موجب برانگیختن واکنش‌های جسمانی اضطراب، به راه انداختن رفتارهایی برای اجتناب از موقعیت‌های تهدیدآمیز و راهبردهایی برای کنترل فکر می‌گردد. در نتیجه عدم مورد چالش قرار گرفتن باورهای کنترل ناپذیری و خطر و نیز عدم مواجهه با شواهد اخلاقی که ثابت می‌کنند نگرانی قابل کنترل، بدون صدمه و غیر مداوم است، نگرانی در چنین افرادی پایدار باقی می‌ماند (دیوی و ولز، 2006). هم‌چنین، تبیین دیگر این است که طبق مدل عملکرد اجرایی - خودتنظیمی ولز (2000)، می‌توان گفت: این مؤلفه‌ها باعث فعال شدن نشانگان شناختی - توجهی می‌شوند. بنابراین، فرآیند خودتنظیمی را دچار سوگیری نموده و زمینه ساز پردازش نگرانی و به وجود آمدن فرا نگرانی می‌شود. فعال شدن فرا نگرانی، نظارت مداوم بر تهدید و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار را به دنبال دارد، که نتیجه چنین فرآیندی، بروز اختلالات اضطرابی خواهد بود (آرتینو<sup>1</sup>، 2008؛ نوس<sup>2</sup>، 2008). بنابراین می‌توان گفت تقویت فراشناخت (دانش فراشناختی و کنترل‌کننده‌های فراشناختی) منجر به شکل‌گیری سبک تفکر فراشناختی می‌شود. سبک تفکر فراشناختی، قابلیت‌های شناختی و عملکرد فرد را تقویت نموده و از آسیب‌های روان‌شناختی پیشگیری می‌نماید؛ و به بیان دیگر می‌توان گفت: حالت فراشناختی دارای نقش بازدارنده در فرایند نگرانی است. برعکس چنانچه باورهای فراشناختی معطوف به نگرانی افزایش یابد، منجر به شکل‌گیری سبک تفکر عینی شده و بروز آسیب‌های روان‌شناختی را به دنبال خواهد داشت؛ بنابراین نتایج این پژوهش همسو با نتایج تحقیقات پیشین، نشان می‌دهد که در نظر گرفتن عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی در برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی، می‌تواند در پیشگیری از اختلالات هیجانی، کاهش و درمان آن‌ها مؤثر باشد.

<sup>1</sup> Artino

<sup>2</sup> Knouse

از محدودیت‌های این پژوهش حاضر می‌توان به ابزارهای خود گزارش دهی اشاره کرد که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین روش نمونه‌گیری پژوهش در

### تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که با تکمیل کردن پرسش نامه‌ها ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌نماییم و یادآور می‌شویم طرح فوق بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام گرفته است.

دسترس بود و همچنین نقش جنسیت در این پژوهش در نظر گرفته نشده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این موارد مورد لحاظ قرار گیرد که نتایج قابل‌اتکاتری به دست آید.

### References

- Abolghasemi A, Narimani M.(2006). Psychological tests. Ardebil: Rezvan bagh; 111:275.
- American Psychiatric Association(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DsM-5). Washington, DC: Author.
- Arfaei A, Besharat gharamlaki R, Gholizadeh H, Hekmati E.(2011). Intolerance of uncertainty: comparision between individuals with Major depressed disorder with obsessive-compulsive disorder. J Tabriz Univ Med Sci. 5: 17-22. [Persian].
- Artino, Jr. A. R. (2008). *Learning online: understanding academic success from a selfRegulated learning perspective*, Unpublished Doctoral Dissertation, Connecticut University.
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially content.Behaviour Research and Therapy, 23 (11), 481-482.
- Brain, C. (2002). *Advance psychology: Application, issues and perspective*, London: Nelson thorenes.
- Brown AL, Bransford JDC, Ferrara RA.(1983). Learning remembering and understanding.In J. Flavell and E. Markman (Eds). *Handbook of child psychology: vol.3, cognitive development*. New York: willey
- Buher k, Dugas MJ.(2004). The intolerance of uncertainty scal: psychometric property Of the English version. Behav Res Ther; 28: 835842.
- Buher K, Dugas MJ.(2006). Investigation the construct validity of intolerance of uncertainly and its unique relationship with worry. J Anxiety Disorder; 20: 223-234.
- Corcoran KM, Segal ZV.(2008). Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. Inter. J of Cogn Ther; 1(1): 33-44
- Davey CL, Wells A.(2006). Worry and its Psychological Disorder, Theory, Assessment and Treatment, Copyright by Wiley & Sons Ltd; PP: 3-121.
- Dugas MJ, Hedayati M, Karavidas A, Buhr K, Francis K, Phillips NA.(2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. Cognit Ther Res; 29(1): 57-70.
- Dugas MJ, RobichaudM.(2007). *Cognitive-Behavioral Treatment for GeneralizedAnxiety Disorder: From Science to practice*.New York: Routledge.
- Dugas MJ, schewartz A, Francis K.(2004) Intolerance of uncertainty, Worry, and depression. Cogn Ther Res; 28: 835-842.
- Dupuy,J.,&Ladouceur,R.(2008).Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. Journal of Anxiety Disorders,22, 505-514
- Fahimi S.(2012). *Attentional bias toward signs of intolerance of uncertainty in information processing process of people with generalized anxiety disorder (GAD) [Thesis]*. Tabriz: University of Tabriz.
- Francis, K. and Dugas, M. (2004). Assessing Positive Beliefs about Worry: Validation of a Structured Interview. Personality and Individual Differences. 37, (2),405-415.

- Freeston MH, Rheuma J, Litarte H, Dugas MJ, Ladouceur R.(1994). Why Do People Worry?. *Personal Individ Differ.* 17: 791-802.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 277-290.
- Hughes, M. E., Alloy, L. B., & Cogswell, A. (2008). Repetitive thought in psychopathology: The relation of rumination and worry to depression and anxiety symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22 (1), 271-289.
- Knouse, L. E. (2008). *AD/HD, Meta memory, and Self- Regulation in context*, unpublished Doctoral Dissertation, faculty of The Graduate school, Greensboro University
- Koerner N, Dugas MJ.(2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognit Ther Res*; 32(5): 619-38.
- Mahmood-Aliloo M, Shahjoyi T, Hashemi Z.(2010). comparison Intolerance of uncertainty, cognitive avoidance, negative attitude to problem and positive believes about worry between individual with General Anxiety Disorder and normal individuals. *Tabriz J Psychol*; 20: 20-32. [Persian].
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C., & Boomsma, P. (2004). Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (1), 539-554.
- Parker, G.A. & Roy,K.L.(2001).Adolescent depression: Areview. *Australian & NewZealand J of psychology.*35(5):572-580.
- Scarpa A, Wilson LC, Wells AO, Patriquin MA, Tanaka A.(2009). Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behavior Research and Therapy*;47:809-13.
- Shirinzadeh, S.(2006). The comparison of meta cognitive beliefs and responsibility in patients with obsessive-compulsive,generalized anxiety disorder and normal persons. Master of art thesis.shiraz uni;14(1): 46-55. [Persian].
- Sugiura Y.( 2007). Responsibility to continue and worrying: evidence of incremental validity. *Behav Res Ther*; 45: 1619-1623.
- van der Heiden C, Melchoir K, Muris P, Bouwmeester S, Bos AE, van der Molen HT.(2010).A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*; 24(2): 284-9.
- Wells A.(1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder, *Clin psy and Psy Ther.*; 6: 86-96.
- Wells A.(2000). *Emotional disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, JohnWiley& Sons LTD; PP: 3-54.
- Wells, A. (1995). Meta-Cognition and Worry: a Cognitive Model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, (3), 301-320.
- Wells, A. and Papageorgiou, C. (1998). Relationships between Worry ObsessiveCompulsive Symptoms and MetaCognition Beliefs. *Behaviour Research and Therapy.* 36, (9), 899-913.
- Wells, A. Carter, K. (1999). Preliminary Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 37, (6), 585-594.
- Wells, A. Carter, K. (1999). Preliminary Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 37 , (6), 585-594.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004).  
A short form of the Metacognitions  
Questionnaire: Properties of the  
MCQ-30. *Behavior Research and  
Therapy*, 42, 385-396.