Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 2/ Summer 2018
Page: 15-26

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

Ghasem Abdolpour[1], Touraj Hashemi[2], Mohammad Reza Shairi[3], Fereydoon Alizadeh[4]

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

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.

Method: 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.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۷
صفحات: ۲۶-۱۵

رابطه عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی

قاسم عبدل پور[۱]، تورج هاشمی[۲]، محمد رضا شعیری[۳]، فریدون علیزاده[٤]

۱-دانشجوی دکتری، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد

۲-هیات علمی، روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

۳- هیات علمی، روان‌شناسی، دانشگاه شاهد

٤-دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد تبریز

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه های افسردگی بود.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه عدم تحمل بلاتکلیفی 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 ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی هست که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش‌نامه باورهای فراشناخت ولز، پرسش‌نامه عدم تحمل بلاتکلیفی 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 بلاتکلیفی 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 بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی توانستند ۴۵٪ از تغییرات نگرانی را تبیین کنند.

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

کلید واژه‌ها: افسردگی، نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی، 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 به‌صورت غمگین و درمانده توصیف می‌کنند. بی‌علاقگی یا فقدان احساس لذت تقریباً همیشه و دست‌کم تااندازه‌ای وجود دارد و هیچ‌چیز توجه آنان را جلب نمی‌کند (برین[1]،۲۰۰۲). اختلال افسردگی با اختلال آشکار در خلق مشخص می‌شود. در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود (پارکر و روی[2]،۲۰۰۱). DSM-5[3] ، نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال افسردگی در آمریکا را ۷٪ اعلام کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[4]). بر اساس مطالعاتی که در ایران توسط صادقی و همکارانش صورت گرفته است شیوع افسردگی در ایران را ۲۵٪ برآورد کرده‌اند که احتمال وجود آن در زنان ۱/۹۳ برابر بیشتر گزارش‌شده است (بورکوویک[5]،۱۹۸۵)؛ 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 موردتوجه قرار دهند. ازجمله این عوامل می‌توان به نگرانی اشاره کرد که عامل کلیدی و مهم در پیدایش اضطراب و افسردگی است. نگرانی به‌عنوان فرایند شناختی پیش‌بینی 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[6]،۱۹۹۹).

توضیح اینکه، عینی‌ترین کنش وری نگرانی، تلاش سودمند برای حل مشکلات روانی است، اگرچه ممکن است این تلاش بی‌حاصل 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 می‌کند، راهبردهای مقابله‌ای را تا زمان رسیدن به برخی هدف‌های درونی، ادامه دهد (موریس[7]، رئوف[8]، میستورز و بومسما[9]،۲۰۰۴). از سویی، به نظر ولز، نگرانی مزاحمت ایجاد می‌کند اما قابلیت کنترل دارد و یک راهبرد مقابله‌ای است که می‌تواند مرکز نگرانی‌های فرد شود (هانگ[10]،۲۰۰۷). نگرانی با بسیاری از شاخص های ناسازگار روان شناختی در بزرگ‌سالان ازجمله افسردگی و اضطراب بالینی مرتبط است. مطالعات نشان داده‌اند 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 داده‌اند (فهیمی،۲۰۱۲؛ داگاس و روبینچارد[11]،۲۰۰۷). نگرانی در تداوم عاطفه منفی و آسیب مهارت های

[1] Brain
[2] Parker & Roy
[3] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(5th)-DSM-5
[4] American Psychiatric Association
[5] Borkovec
[6] Davey& Wells
[7] Muris
[8] Roelofs
[9] Meesters & Boomsma
[10] Hong
[11] Dugas & Robinchaud

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

شناختی درگیر است (ارفعی، بشارت، قلیزاده و حکمتی،۲۰۱۱)

یکی از سازه‌های مرتبط با نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی است که به طور گسترده به عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف‌شده است که به موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن، رخ می دهد (داگاس، اسکوارتز[1]، فرانسیس[2]،۲۰۰۴). به عبارتی، عدم تحمل بلا تکلیفی یک ویژگی شخصیتی است که از مجموعه ای از عقاید منفی درباره عدم قطعیت تشکیل شده است. برای مثال افرادی که عدم تحمل بلاتکلیفی دارند، معتقدند که بلاتکلیفی، پریشان کننده است. وجود شک وتردید در مورد آینده غیرقابل تحمل است، وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن ها اجتناب کرد، شک و تردید موجب ناتوانی فرد برای عمل کردن می‌شود (وندرهیون[3]، مولچیر[4] و موریس،۲۰۱۰). از دیدگاه دیدگاه جبرگرایانه، بلاتکلیفی به‌وسیله فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد و به عوامل درونی مربوط است که فرد قادر به کنترل آن نیست (کورنر[5] و داگاس،۲۰۰۸).

داگاس و همکاران نشان دادند که عدم تحمل بلاتکلیفی، زنجیره‌ای از نگرانی، نگرش منفی به مشکل و اجتناب شناختی را حمایت کرده و هم‌چنین بیان کرده‌اند که عدم تحمل بلاتکلیفی به‌طور مستقیم بر نگرش فرد به مشکل و سطوح اجتناب شناختی تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، افراد با میزان بالای عدم تحمل بلاتکلیفی، مستعد نگرانی خواهند بود (داگاس، اسکوارتز، فرانسیس،۲۰۰۴). داگاس و همکاران (۲۰۰۴)، مدعی هستند که عدم تحمل بلاتکلیفی بهترین پیش بینی کننده نگرانی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی است؛ آن‌ها معتقدند اگرچه نگرانی و افسردگی باهم مرتبط هستند، اما بررسی رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی و نشانه‌های افسردگی نشان می‌دهد که عدم تحمل بلاتکلیفی در سطح بالایی با نگرانی مرتبط است (بوهر[6] و داگاس،۲۰۰۹). اگرچه پژوهش های پیشین، متمرکز بر اختصاصی بودن رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی با توجه به اضطراب بوده است، شاید بررسی اختصاصی بودن این رابطه با توجه به افسردگی نیز اهمیت ویژه ای داشته باشد. در حقیقت شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می دهد، 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. یافته های 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،۲۰۰۹).

شواهد قابل‌توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد عدم تحمل بلاتکلیفی عامل آسیب‌پذیری شناختی

[1] Scewartz
[2] Francis
[3] Van der Heiden
[4] Melchoir
[5] Korner
[6] Buher

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

برای نگرانی است (کوکران و سگال[1]،۲۰۰۸؛ براون[2]، برانسفورد و فرارا[3]،۱۹۸۳) و احتمالاً عامل مهم تداوم بخش اختلال اضطراب فراگیر است (اسکارپا[4]، ویلسون[5]، ولز و تاناکا[6]،۲۰۰۹). پژوهش پژوهش ها نشان داده است که عدم تحمل بلاتکلیفی بدون تناقض با نگرانی ارتباط دارد (ولز،۲۰۰۰). مطالعه های تجربی نیز رابطه قابل اطمینانی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی یافته‌اند (ولز،۱۹۹۵؛ اسکارپا، ویلسون، ولز و تاناکا،۲۰۰۹).

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 (کوکران و سگال،۲۰۰۹). اکثر فعالیت های 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 تأثیرگذارند. 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،۱۹۸۳).

انگاره اصلی در این رویکرد این است که باورها در اختلال‌های روان‌شناختی از مؤلفه‌های روان‌شناختی تشکیل می‌شود که کنش وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و هم‌چنین از آن تأثیر می‌پذیرد (اسکارپا، ویلسون، ولز و تاناکا،۲۰۰۹؛ ولز،۲۰۰۰). ولز به اهمیت باورهای فراشناختی هم در فرایند نگرانی و هم در محتوای آن اشاره کرد (ولز،۱۹۹۵). شواهد پژوهشی نشان می دهند که باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن است پیش‌بینی کننده افسردگی و اضطراب باشد. درواقع 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، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش‌های کارت رایت- هاوتون[7] و ولز و پاپاجیو و جیو[8] 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 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 بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلابه افسردگی اساسی هست.

[1] Corcoran & Segal
[2] Brown
[3] Bransford & Ferrara
[4] Scarpa
[5] Wilson
[6] Tanaka
[7] Cartwright-Hatton
[8] Papageorgiou

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

روش

مطالعه حاضر با توجه به هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و ازنظر 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 موردمطالعه ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد گروه نمونه بر اساس ملاک‌های ورود سن ۲۰ تا ۵۵ سال، داشتن تحصیلات حداقل تا پایان کلاس پنجم ابتدایی، عدم مصرف داروهای ضدافسردگی هنگام اجرای پرسش‌نامه های 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 ضدافسردگی هنگام اجرای پرسش‌نامه‌ها از پژوهش خارج شدند. بعد از انتخاب نمونه، پرسش‌نامه‌های باورهای فراشناخت ولز، عدم تحمل بلاتکلیفی داگاس و مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا در اختیار آن‌ها قرار داده شد و از آنان خواسته شد با توجه به اهمیت اهداف تحقیق، اطلاعات خواسته‌شده 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 به‌صورت محرمانه خواهد ماند و بدین ترتیب رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش جلب شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۲ و روش رگرسیون چندگانه هم‌زمان تحلیل شدند.

ابزار

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی: این مقیاس توسط فریستون[1] و همکاران در سال ۱۹۹۴ برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی، طراحی‌شده است. این مقیاس از ۲۷ آیتم تشکیل‌شده است که آزمودنی‌ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. داگاس و بوهر[2] ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس را ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حمید پور و اندوز آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی باز آزمایی در فاصله ۳ هفته‌ای برابر ۰/۷۸ برای این مقیاس به دست آمد.

مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا: پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیوانیا توسط مایر[3] و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته‌شده است. این پرسش‌نامه ۱۶ ایتم دارد. آزمودنی به این سؤال‌ها به‌صورت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد که این گزینه‌ها به‌صورت ۴،۳،۲،۱،۰ نمره‌گذاری می‌شوند. ۱۱ ماده آن مربوط به وجود نگرانی به طور مثبت نمره‌گذاری می‌شوند و ۵ ماده آن (۱۱،۱۰،۸،۳،۱) به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شوند و محتوای عدم نگرانی را نشان می‌دهند. مایر و دیگران آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۰ و ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۷۴ به دست آمد. هدایتی و همکاران به نقل از(ابوالقاسمی و نریمانی،۲۰۰۴)، ضریب آلفای

[1] Freeston
[2] Buher
[3] Mayer

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

کرونباخ را به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۶۸ اعلام کرده‌اند.

فرم کوتاه پرسش‌نامه فراشناخت: به‌منظور سنجش باورهای فراشناخت ساخته‌شده است. این پرسش‌نامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به‌صورت چهارگزینه‌ای (۱= موافق نیستم تا ۴= 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 موردنیاز به کنترل افکار را می‌سنجد.

یافته ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای موردمطالعه ارائه‌شده است.

جدول ۱: شاخص‌های آمار توصیفی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
عدم تحمل بلاتکلیفی	۷۱/۴۷	۹/۷۲
باورهای فراشناخت	۷۲/۴۹	۱۳/۴۸
نگرانی	۶۱/۱۲	۱۲/۱۲

جدول ۱ نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پژوهش، بیشترین میانگین مربوط به باورهای فراشناختی با میانگین ۷۲/۴۹ است. هم چنین عدم تحمل بلاتکلیفی دارای میانگین ۷۱/۴۷ و نگرانی دارای میانگین ۶۱/۱۲ هستند.

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پیش بین با نگرانی

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۵۰۷	۰/۰۰۰۱
باورهای فراشناختی	۰/۶۷۲	۰/۰۰۰۱

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی رابطه مثبت و معناداری (P<۰/۰۱ ,r=۵۰۷)؛ و بین باورهای فراشناخت و نگرانی (P<۰/۰۱ ,r=۶۷۲) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

در راستای تعیین نقش متغیرهای پیش‌بین در نگرانی از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

جدول ۳- تحلیل رگرسیون هم‌زمان متغیرهای پژوهش

مدل رگرسیون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R2
رگرسیون	۴۷۶/۴۶	۲	۲۳۸/۲۳۳	۱۵/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۵	۰/۴۵۶
باقیمانده	۵۶۹/۱۳۳	۳۸	۱۵/۳۸۲				

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

کل	۱۰۴۵/۶۰۰	۴۰

با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر میزان نگرانی، مقدار F به‌دست‌آمده برای دو متغیر باورهای فراشناخت و عدم تحمل بلاتکلیفی معنی‌دار بود (P(<۰/۰۱ ,F=۱۵/۴۸).

از طرفی بین متغیرهای باورهای فراشناخت و عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی رابطه معنی‌داری دیده می‌شود (R=۰/۶۷) و این متغیرها قادرند درمجموع (R2=۰/۴۵) از نگرانی را تبیین کنند.

جدول ٤- خلاصه تحلیل واریانس و رگرسیون متغیرهای پیش‌بین با نگرانی

متغیر	B	Beta	t	R	F	سطح معنی‌داری
عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۴۰۸	۰/۵۰۹	۳/۶۲	۰/۲۵۷	۱۳/۱۷	۰/۰۰۱
باورهای فراشناخت	۰/۳۱۱	۰/۵۷۷	۲/۸۹	۰/۳۲۱	۱۱/۶۲	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که عدم تحمل بلاتکلیفی ۰/۲۵ درصد و باورهای فراشناختی،۰/۳۲ درصد از میزان نگرانی را تبیین می‌کند (P<۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین رابطه عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی بود. یکی از یافته‌های پژوهش نشان داد بین عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی ارتباط مثبت دارد که این نتایج با نتایج پژوهش‌های فریستون و همکاران (۲۰۰۴)، سوگیرا (۲۰۰۸) و داگاس و باهر (۲۰۰۴) همسو است. در تحقیقی که داگاس و همکاران انجام دادند یافته‌ها نشان داد که بین عدم تحمل بلاتکلیفی با نمرات افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی بدون کنترل نگرانی، واریانس خیلی بیشتری از عدم تحمل بلاتکلیفی 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 بلاتکلیفی و نگرانی با افسردگی باشد (بوهر و داگاس،۲۰۰۹). از این‌رو افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی بالا، مستعد تجربه سطح بالای نگرانی هستند. داگاس و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که شرکت‌کنندگان با سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی اطلاعات مبهم را تفسیرهای تهدیدآمیز کردند (داگاس، هدایتی، باهر، فرانسیس و فیلیپس[1]،۲۰۰۵). هم راستا با دیگر مدل‌های شناختی آسیب‌شناسی روانی، مدل عدم تحمل بلاتکلیفی داگاس مبتنی بر این ایده است که باورها در مورد عدم تحمل بلاتکلیفی، 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 بلاتکلیفی هستند، در معرض خطر مبتلا شدن به اختلال‌های اضطرابی و خلقی هستند؛ زیرا آن‌ها گرایش به خلق تفسیرهای تهدیدآمیز

[1] Phillips

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

از اطلاعات مبهم و ایفای نقش ضعیف در موقعیت‌های با ابهام متوسط هستند. طبق مدل عدم تحمل بلاتکلیفی افراد مضطرب، موقعیت‌های نامعین و یا مبهم را فشار آور و آشفته کننده درک می‌کنند و درنتیجه 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 ترس‌آور مقابله کنند و یا از این طریق مانع وقوع چنین حوادثی شوند. این افراد هم‌چنین وجود موقعیت‌های مبهم و منفی احتمالی را غیرقابل‌قبول می‌دانند؛ و وقتی با چنین نگرانی‌هایی روبه‌رو می‌شوند از نگرانی به‌عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع نشان‌دهنده رابطه تنگاتنگ عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی است (دوپای و لادوسئور[1]،۲۰۰۸). تبیین دیگر در مورد رابطه عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی، ارتباط آن با مفهوم کنترل 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. درنتیجه‌ی 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 غیرقابل‌پیش‌بینی بودن یک محرک یا موقعیت موجب ایجاد حس ناامنی و نگرانی می‌شود (بوهر و داگاس،۲۰۰۶).

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 بلاتکلیفی 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 ۱ (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 درنهایت ایجاد نگرانی نوع ۲ (نگرانی در مورد نگرانی) می‌شوند. رفتارهای مقابله ازجمله اجتناب از افکار مزاحم، توجه برگردانی و هم‌چنین فرونشانی افکار برانگیزاننده نگرانی، باعث تقویت باورهای فراشناختی مثبت و منفی و درنتیجه افزایش هر چه بیشتر نگرانی می‌شوند. به‌این‌ترتیب چرخه معیوب باورهای فراشناختی و نگرانی تداوم می‌یابد (ولز،۱۹۹۵).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت، طبق مدل فراشناختی اختلالات هیجانی (ولز،۲۰۰۰)، به جای اینکه نگرانی را یک نشانه محض اضطراب در نظر بگیرد، تأکید شده است که افراد باورهای مثبتی را در ارتباط باکار آیی نگرانی در کمک به مقابله پرورش می‌دهند. سپس به‌واسطه فعال شدن باورهای فراشناختی مبتنی بر غیرقابل‌کنترل 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. درنتیجه عدم مورد چالش قرار گرفتن باورهای کنترل ناپذیری و خطر و نیز عدم مواجهه با شواهد اخلاقی که ثابت می‌کنند نگرانی قابل‌کنترل، بدون صدمه و غیر مداوم است، نگرانی در چنین افرادی پایدار باقی می‌ماند (دیوی و ولز، ۲۰۰۶). هم‌چنین،

[1] Dupuy & Ladouceur

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

تبیین دیگر این است که طبق مدل عملکرد اجرایی- خودتنظیمی ولز (۲۰۰۰)، 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 به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار را به دنبال دارد، که نتیجه چنین فرآیندی، بروز اختلالات اضطرابی خواهد بود (آرتینو[31]،۲۰۰۸؛ نوس[32]،۲۰۰۸). بنابراین می‌توان گفت تقویت فراشناخت (دانش فراشناختی و کنترل‌کننده‌های فراشناختی) منجر به شکل گیری سبک تفکر فراشناختی می شود. سبک تفکر فراشناختی، قابلیت های شناختی و عملکرد فرد را تقویت نموده و از آسیب های روان‌شناختی پیشگیری می‌نماید؛ و به‌بیان‌دیگر 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 بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی در برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی، می‌تواند در پیشگیری از اختلالات هیجانی، کاهش و درمان آن‌ها مؤثر باشد.

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 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.

[31] Artino
[32] Knouse

تشکر و قدردانی

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

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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

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, Rheaume 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). comparision 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 & NewZealland 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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]

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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.2.1.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.2.15]