مقایسهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی

سمیه مختاری [۱]، صدراله خسروی [۲]، عبدالله نجاتبخش [۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی به خصوص ایران، اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی هستند. چندین نظریه شناختی و رفتاری جهت تبیین اختلالات مذکور در سال‌های اخیر توسعه یافته است که از جمله می‌توان به مدل عدم تحمل بلاتکلیفی اشاره کرد. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل، بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها: از سه گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم، هر یک به تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز، در سه گروه، پرسش‌نامه‌های عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل به کار گرفته شد. داده‌ها به روش واریانس چند متغیره و واریانس و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شد.

یافته‌ها: در چهار متغیر فوق، تفاوت میان سه گروه به سطح معنی‌داری رسیده است ($P<۰/۰۵$) . در متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل، تفاوت هر یک از دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی با افراد سالم معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$) .هم‌چنین در متغیر اجتناب شناختی تفاوت افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم نیز معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$) .

نتیجه‌گیری: چهار عامل موجود در مدل عدم تحمل بلاتکلیفی، از ویژگی‌های مشترک اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی است و آگاهی از عوامل فوق، موجب تسریع در شناسائی ، تشخیص و درمان الگوهای نقص در بیماران مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی توسط روان‌پزشکان و روان‌شناسان می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی

ارجاع: مختاری سمیه، خسروی صدراله، نجاتبخش عبدالله. **بررسی مقایسهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۲۰۷-۱۸۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۱

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران(نویسنده مسؤول)

Email: Psycology74@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروز آباد، شیراز، ایران

۳. روان‌پزشک، بهداشت و درمان صنعت نفت فارس، شیراز، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

مقدمه

مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی در جامعه امروز از شایع‌ترین اختلالات هیجانی به حساب می‌آیند. زندگی شهرنشینی، دغدغه‌ها و درگیری‌های روزمره، زمینه‌ساز بروز هر چه بیشتر این قبیل مشکلات هیجانی در افراد شده است، به گونه‌ای که این مشکلات گاه می‌توانند فرایند زندگی فرد را به کلی مختل کنند. شرایط پر استرس از قبیل مرگ یکی از عزیزان، بیکاری، طلاق و... در زندگی اکثر افراد به طور مکرر اتفاق می‌افتد. در بعضی افراد این حوادث به طرز وخیمی منجر به پی آمدهای ناتوان‌کننده و طولانی مدت و مزمن از قبیل افسردگی و اضطراب می‌گردد. مدل‌های مطرح شدهٔ مختلفی برای تبیین (MDD یا Major Depression Disorder) و (GAD یا Generalized Anxiety Disorder) و (OCD یا Obsessive-Compulsive Disorder) ، در سال‌های اخیر توسعه یافته است (۱). یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین اختلالات فوق، مدل عدم تحمل بلاتکلیفی می‌باشد. افرادی که نمی‌توانند بلاتکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلاتکلیف را تنش برانگیز و منفی توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی‌های مزمنی را تجربه می‌کنند. نگرانی به نوبهٔ خود به جهت‌گیری منفی به مسأله و اجتناب شناختی منجر می‌گردد و خود این‌ها در یک چرخه‌ی معیوب، باعث ابقای نگرانی می‌شوند (۲). هدف از این پژوهش مقایسه عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلالات (Disorders) افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و افراد عادی، بود. اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسا اختلالاتی هیجانی هستند و ریشه آن‌ها در شلیک‌های خود به خود و نامتناسب هیجان‌های منفی (مثل ترس و غمگینی)، در افرادی است که به صورت زیستی به حوادث استرس‌زای زندگی بیش‌واکنش هستند. این شلیک‌های هیجانی منفی به صورت پیش‌بینی ناپذیری، رخ می‌دهند و ممکن است سبب تمرکز غیر ارادی ادراک، در افرادی شود که از نظر روان‌شناختی، نسبت به اختلالات اضطرابی یا افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند. لذا افرادی که پاسخ‌های عصب زیستی بیش از حدی، به حوادث استرس‌زای زندگی نشان می‌دهند و هم‌چنین تجربهٔ فقدان کنترل دارند، احتمالا از نظر بالینی اپیزودهای (Episode) افسردگی و اضطراب را بروز خواهند داد. هم‌چنین اختلالات اضطرابی و افسردگی از نظر آسیب‌پذیری روان‌شناختی و زیست شناختی، مکانیسم‌های میانجی مشترکی دارند (۳). افراد نابردبار دربارهٔ حوادث آینده، دیدی منفی و نگران دارند و بر این باور هستند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد. هم‌چنین آن‌ها در موقعیت‌های مبهم در عملکردشان مشکل دارند (۴). مدل عدم تحمل بلاتکلیفی، چهار عامل را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: توانائی کم تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. مدل عدم تحمل بلاتکلیفی مطرح می‌کند که تفاوت افراد مضطرب با افراد بهنجار عمدتا به این موضوع برمی‌گردد که افراد تا چه اندازه می‌توانند: ۱-بپذیرند که در زندگی واقعی موقعیت‌های مبهم می‌تواند وجود داشته باشند و ۲- تا چه اندازه قدرت تحمل این موقعیت‌های مبهم را دارند. افراد مضطرب همان‌طور که قابل پیش‌بینی است، وجود موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیر قابل قبول می‌دانند و وقتی با چنین موقعیت‌هایی روبرو می‌شوند از نگرانی، به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بلاتکلیفی خود، استفاده می‌کنند که این موضوع نشان دهندهٔ رابطهٔ تنگاتنگ عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی است و نگرانی نیز با باورهای مثبت به نگرانی از یک سو و اجتناب شناختی از سوی دیگر همبسته است نااطمینانی افراد نابردبار در برابر بلاتکلیفی، ناشی از کاهش آستانه در موارد مبهم، واکنش قوی به ابهام و انتظار پیامدهای تهدیدکننده از موقعیت‌های مبهم است. نابردباری در برابر ابهام به رفتارهای کژکار می‌انجامد (مانند جستجوی بیش از حد شواهد برای افزایش اطمینان) و این رفتارها به تداخل در کارآمدی حل مسأله منجرمی‌شود (۵). نگرانی و مخصوصاً

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

عدم تحمل بلاتکلیفی با افسردگی نیز درارتباط است، هم‌چنین، نگرانی به طور خاص و شدید با نگرش‌های ناکارآمد (فرایندهای شناختی در افسردگی) در ارتباط است (۶). از دیدگاه جبرگرایانه، بلاتکلیفی همیشه به وسیلهٔ فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که نمی‌تواند آن را کنترل کند (۷). افراد بلاتکلیف، از راهبردهایی شناختی، جهت دوری از استرس و غمگینی استفاده می‌کنند (۸). عدم تحمل بلاتکلیفی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از افراد عادی است (۹). عدم تحمل بلاتکلیفی و حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد مبتلا به پانیک بیشتر از افراد عادی می‌باشد (۱۰). تحمل نکردن بلاتکلیفی، دربارهٔ حوادث منفی به رفتارهایی از جمله نگرانی، وسواس‌های فکری، اجبارها، گوش به زنگی، به عنوان ساز و کارهای اجتناب یا کنترل، می‌انجامد. هم‌چنین تحمل نکردن بلاتکلیفی یک ویژگی مشترک اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی اجباری است و آن‌چه که باعث تمایز این دو اختلال می‌شود، راهبردهای مقابله‌ای به کار رفته برای کاهش بلاتکلیفی است (۱۱). اغلب بیماران افسرده، از اضطراب نیز رنج می‌برند، بنابراین وجود شباهت، میان افسردگی و اضطراب می‌تواند یک تبیین احتمالی، برای وجود رابطهٔ بین افسردگی و عدم تحمل بلاتکلیفی باشد. به طور کلی می‌توان گفت افراد افسرده نسبت به آینده بدبین و ناامید هستند (۱۲).

همان‌گونه که مطرح شد، اغلب تحقیقات صورت گرفته در زمینه متغیرهای شناختی، بیشتر بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفته است. پژوهش حاضر علاوه بر بررسی متغیرهای شناختی مذکور بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، این متغیرها را نیز در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی مورد بررسی قرار داده است. هم‌چنین دراین پژوهش متغیرهای شناختی مذکور در سه گروه با یکدیگر مقایسه شدند. با توجه به شیوع بالای اختلالات افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و نیز سیر مزمن این اختلالات، سبب شده است که این افراد بیشترین رجوع به مراکز بهداشتی درمانی اولیه و خدمات بهداشت روانی داشته باشند. امید است که پژوهش‌هائی از این دست با تبیین و مقایسه‌ی این متغیرهای شناختی، گامی مؤثر در شناسائی، تشخیص و درمان سریع این متغیرهای شناختی در بیماران مذکور در کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضراز نوع توصیفی است و بدین جهت که پژوهشگر به هر دلیل توانائی دستکاری و دخل و تصرف در متغیر مستقل (افراد بیمار و افراد سالم)، را نداشت، از روش علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) استفاده شد.

شیوه اجرا: جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی و نیز افراد عادی شهر شیراز در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۱، بوده است. نمونه‌گیری بدین صورت انجام گرفت که از بین کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر شیراز، چند کلینیک و مطب به صورت تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۹۰ نفر (که۳۰ نفر مبتلا به GAD و ۳۰ نفر مبتلا به MDD و۳۰ نفر از افراد سالم) انتخاب شدند. دو گروه بیمار از بین مراجعین به مطب‌ها و کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر شیراز و گروه کنترل (افراد سالم)، از بین همراهان مراجعین به مراکز مذکور و پس از همتاسازی با دو گروه بیمار انتخاب شدند. پس از توضیح هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها، برای جلب همکاری و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش به آن‌ها گفته شد که نتایج فردی در پرونده آن‌ها پیوست خواهد شد. معیارهای ورود افراد مبتلا به GAD و MDD ، عبارت بود از توانائی خواندن و نوشتن، سابقه بستری در بیمارستان نداشتن، عدم مراجعه پیشین برای درمان و نداشتن اختلال همایند معیار ورود آزمودنی‌های سالم نیز نداشتن سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی/روان‌شناسی در گذشته و حال بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

ابتدا توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس مرکز مربوطه، تشخیص GAD یا MDD را بر روی بیمار گذاشته می‌شد و سپس پژوهشگر جهت تأیید تشخیص، دو گروه بیمار توسط پرسشنامهٔ مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی–نسخه تجدید نظر شده چهارم–(DSMIVTR) ، (SCID-I یا Structured Clinical Interview for DSM-IV) ، گزینش شدند. جهت تأیید سالم بودن همراهان مراجعین از پرسشنامه های افسردگی بک ویراست دوم و (GAD-seven یا Generalized Anxiety Disorder-seven) ، استفاده شد. سپس افراد هر سه گروه، پرسشنامه های عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی ایالت پنسیلوانیا، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل را تکمیل کردند. جهت گردآوری داده ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسشنامهٔ مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی–نسخه تجدید نظر شده چهارم– (DSMIVTR)،(SCID-I): مصاحبهٔ مزبور به صورت ابزاری انعطاف پذیر تهیه شده است (۱۳). ضریب کاپای (Coefficient Kappa) ۶۰٪ به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیابان برای (DSMIVTR)(SCID-I)، گزارش شده است(۱۴). این مصاحبه پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونهٔ ۲۹۹ نفری اجرا شد و توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص ها خاص و کلی، متوسط یا خوب بود(کاپای بالاتر از ۶۰ ٪) (۱۵).

مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر (GAD-seven) به عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کند، تهیه شده است. این مقیاس دارای ۷ سوال است که هر یک از سوالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند و گسترهٔ نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می باشد. همسانی درونی GAD-seven، فوق العاده ۰/۹۲ و پایایی باز آزمایی آن نیز خوب ۰/۸۳ می باشد (۱۶). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس GAD-seven برروی جمعیت ایرانی، نشان داد: آلفای کرونباخ (Cronbach S alpha´) آزمون ۰/۸۵ و پایایی ناشی از دو بار اجرای این مقیاس در این نمونه ۰/۴۸ بود (۱۷).

آزمون افسردگی بک (ویراست دوم) (BDI_II یا Beck Depression Inventory Second Edition) برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و ۲۱ آیتم دارد(۱۸). اغلب پژوهشها نشان داده اند که این تست از ثبات درونی بالائی برخوردار است. ضریب آلفای این تست ۰/۷۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین همبستگی این تست با دیگر ابزارهای سنجش افسردگی بین ۰/۵۵ تا ۰/۹۶ می باشد (۱۹). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح می باشد: (ضریب آلفا ۰/۸۷ و ضریب باز آزمائی ۰/۷۴) (۲۰).

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS یا Beck Depression Inventory Second Edition) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابرموقعیتهای نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی طراحی شده است. این مقیاس ۲۷ سؤال دارد و بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای به سوالها پاسخ داده می شود (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایائی باز آزمائی آن در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش شده است (۴).

پرسش‌نامهٔ نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ یا Spenn State Worry Questionnaire) ۱۶ گویه‌ای است که برای سنجش نگرانی به کار می رود و عمومیت، شدت، غیرقابل کنترل بودن نگرانی بیمارگون را می سنجد. هر گویه بر اساس یک مقیاس۵درجه ای به شیوهٔ لیکرتی Likret نمره گذاری می‌شود. دامنهٔ نمره‌ها از ۱۶ تا ۸۰ و نمرهٔ بیشتر نشانهٔ تجربهٔ نگرانی بیشتر است (۲۳–۲۲).

PSWQ در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ضریب همسانی بالایی در حدود ۰/۸۶ دارد (۲۴). ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروههای عادی و دانشجویان بالا بوده و بین ۰/۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۶–۲۴). ضرایب اعتبار بازآزمایی آن در بین گروه‌های بالینی و دانشجویان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۷-۲۶، ۲۲). در ایران پایائی آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به روش بازآزمائی با فاصلهٔ چهار هفته، ۰/۷۷، گزارش شده است. روائی همزمان آن با آزمون اضطراب بک (Beck) ۰/۴۹، گزارش شد (۲۸).

پرسش‌نامهٔ اجتناب شناختی (CAQ یا Cognitive Avoidance Questionnaire) این پرسش‌نامه در قالب ۲۵ سؤال، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت است از : ۱- واپس زنی افکار نگران کننده ۲- جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده ۳-استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی ۴- اجتناب از موقعیتها و فعالیتهای فعالساز افکار نگران کننده ۵- تغییر تصاویرذهنی به افکار کلامی(۲۹و۸). این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایائی بازآزمائی این مقیاس در طی ۶ هفته (۰/۸۰) بوده است (۲۹).

پرسش‌نامهٔ جهت‌گیری منفی به مشکل (NPOQ یا Negative Problem Orientation Questionnaire) در قالب ۱۲ سؤال برای سنجش نگرش افراد نسبت به مشکل طراحی شده است.این ابزار در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود.ارزیابی اولیه از ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامهٔ مذکور (NPOQ)، نشان داد که آن از ساختاری تک عاملی تشکیل شده است و همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). پایائی بازآزمائی آن نیز به فاصلهٔ ۵ هفته، بالا (۰/۸۰)، گزارش شده است (۳۰).

شیوه ی آماری: در این پژوهش از روش تحلیل واریانس چند گانه (MANOVA یا Multivariate analysis of Variance) و تحلیل واریانس (analysis of Variance) استفاده شده است. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت شاخصه‌های توصیفی و استنباطی مربوط به گروه‌ها و متغیرهای اندازه‌گیری مورد بررسی قرار می‌گیرد.

یافته‌های استنباطی:

فرضیه کلی: بین عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر با افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (آزمون لامبدای ویلکز) در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه افراد مبتلا به GAD و MDD و افراد عادی، از نظر سنتروئید چهار متغیره به سطح معنی‌داری رسیده است P= ۰/۰۰۰۱ (p<۰/۰۵)*. لذا فرضیه اصلی قابل قبول است.

پس از بررسی پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌ها (آزمون لوین) آزمون تحلیل واریانس انجام شد.

نتایج تحلیل واریانس جدول ۴ نشان داد که بین عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل در سه گروه تفاوت، به سطح معنی‌داری رسیده است (سطح معنی‌داری متغیرها به شرح ذیل می‌باشد: عدم تحمل بلاتکلیفی ۰/۰۰۰۱، نگرانی ۰/۰۰۰۱، اجتناب‌شناختی ۰/۰۰۸، جهت‌گیری منفی به مشکل ۰/۰۰۰۱(p<۰/۰۵)*.بنابراین فرضیه کلی مجددا مورد قبول واقع شد.

در ادامه چهارمتغیر شناختی در گروه‌ها به صورت جفت جفت بررسی می‌شوند.

۱- سؤال فرعی اول: آیا بین عدم بلاتکلیفی، نگرانی و اجتناب‌شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

۲- سؤال فرعی دوم: آیا بین عدم بلاتکلیفی ، نگرانی و اجتناب‌شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با اختلال افسردگی اساسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

۳- سؤال فرعی سوم: آیا بین عدم بلاتکلیفی، نگرانی و اجتناب‌شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

به اختلال افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تفاوت به سطح معنی‌دار رسیده است P=۰/۰۰۰۱. *(P<0/05) بنابراین قسمتی از سؤال فرعی اول قابل قبول است.

نتایج جدول ۵ هم‌چنین نشان می‌دهد که تفاوت درهیچ یک از متغیرها در دو گروه افرادمبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی به سطح معنی‌داری نرسیده است (p>۰/۰۵)*. بنابراین سؤال فرعی دوم قابل قبول است.

نتایج جدول ۵ نیز نشان می‌دهد که تفاوت در تمام متغیرهای شناختی شامل عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی و اجتناب شناختی در دو گروه افراد افسردگی اساسی و عادی به سطح معنی‌دار رسیده است P در سه متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل برابر ۰/۰۰۰۱ و P در متغیر اجتناب شناختی ۰/۰۰۶ می‌باشد (p<۰/۰۵)*. بنابراین سؤال فرعی سوم قابل قبول است.

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت سن، تأهل، تحصیلات و جنسیت آزمودنی‌ها

گروه	سن	درصد فراوانی	تأهل	درصد فراوانی	تحصیلات	درصد فراوانی	جنسیت	درصد فراوانی
افسردگی اساسی	۲۰-۳۰	۵۰	مجرد	۳۶/۷	دیپلم	۳۰	مرد	۲۶/۷
	۳۱-۴۰	۲۶/۷			فوق دیپلم	۲۳/۳		
	۴۱-۵۰	۱۳/۳	متاهل	۶۳/۳	لیسانس	۱۰	زن	۷۳/۳
	۵۱-۶۰	۱۰			فوق لیسانس	۳/۳		
					زیر دیپلم	۳۳/۳		
اضطراب فراگیر	۲۰-۳۰	۵۳/۳	مجرد	۴۳/۳	دیپلم	۴۰	مرد	۳۰
	۳۱-۴۰	۳۳/۳			فوق دیپلم	۱۶/۷		
	۴۱-۵۰	۶/۷	متاهل	۵۶/۷	لیسانس	۱۰	زن	۷۰
	۵۱-۶۰	۶/۷			فوق لیسانس	۶/۷		
					زیر دیپلم	۲۶/۷		
عادی	۲۰-۳۰	۶۰	مجرد	۵۰	دیپلم	۲۶/۷	مرد	۴۶/۷
	۳۱-۴۰	۲۶/۷			فوق دیپلم	۳۰		
	۴۱-۵۰	۶/۷	متاهل	۵۰	لیسانس	۲۶/۷	زن	۵۳/۳
	۵۱-۶۰	۶/۷			فوق لیسانس	۳/۳		
					زیر دیپلم	۱۳/۳		

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در آزمودنی های سه گروه

متغیرها	گروه	میانگین (انحراف معیار)
عدم تحمل بلاتکلیفی	افسردگی اساسی	۹۸/۱۰ (۱۹/۷۷)
	اضطراب فراگیر	۹۵/۷۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

			(۲۳/۸۳)
		عادی	۷۰/۴۶
			(۱۷/۹۰)
			۶۰/۶۳
		افسردگی اساسی	(۹/۲۳)
	نگرانی		۶۳/۰۶
		اضطراب فراگیر	(۱۱/۵۶)
			۴۱/۲۰
		عادی	(۹/۵۳)
			۸۸/۳۶
		افسردگی اساسی	(۲۲/۰۱)
	اجتناب شناختی		۸۱/۲۳
		اضطراب فراگیر	(۱۹/۸۸)
			۷۱/۲۶
		عادی	(۱۸/۷۷)
			۴۱/۴۳
		افسردگی اساسی	(۱۱/۷۳)
	جهت گیری منفی به مشکل		۴۳/۷۶
		اضطراب فراگیر	(۱۰/۹۳)
			۲۶/۹۶
		عادی	(۸/۱۶)
			۲۸/۵۵
		افسردگی اساسی	(۱۰/۵۷)
	سن		۲۷/۳۸
		اضطراب فراگیر	(۹/۳۲)
			۲۶/۴۰
		عادی	(۹/۳۶)

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) متغیرهای شناختی مورد بررسی در سه گروه افراد مبتلا به MDD , GAD و افراد عادی

شاخص	مقدار F	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان
لامبدای ویلکز	۹/۷۵	۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۱

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای شناختی مورد مطالعه در سه گروه

شاخص		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عدم تحمل بلاتکلیفی	بین گروهی	۱۴۱۹۸/۲۴	۲	۷۰۹۹/۱۲	۱۶/۶۹	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

نگرانی	درون گروهی	۳۶۹۹۳/۸۵	۸۷	۴۲۵/۲۱		
	بین گروهی	۸۵۵۳/۴۳	۲	۴۲۷۶/۷۲	۴۱/۱۰	۰/۰۰۰۱
	درون گروهی	۹۰۵۱/۴۶	۸۷	۱۰۴/۰۴		
اجتناب شناختی	بین گروهی	۴۱۸۲/۲۱	۲	۲۰۹۱/۱۰	۵/۰۵	۰/۰۰۸
	درون گروهی	۳۵۹۹۲/۲۷	۸۷	۴۱۳/۷۰		
جهت گیری منفی به مشکل	بین گروهی	۴۹۰۸/۶۹	۲	۲۴۵۴/۳۴	۲۲/۵۷	۰/۰۰۰۱
	درون گروهی	۹۴۵۸/۶۹	۸۷	۱۰۸/۷۲		

جدول ۵ . نتایج آزمون تعقیبی توکی درمورد متغیر های مورد مطالعه در گروه‌ها به صورت جفت جفت

شاخص	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
عدم‌تحمل بلاتکلیفی	اضطراب فراگیر	۲۴/۵۳	۰/۰۰۰۱	افسردگی اساسی	۳/۷۰	۰/۷۶	افسردگی اساسی	۲۸/۲۴	۰/۰۰۰۱
	عادی			اضطراب فراگیر			عادی		
نگرانی	اضطراب فراگیر	۲۱/۳۱	۰/۰۰۰۱	افسردگی اساسی	-۱/۲۹	۰/۸۷	افسردگی اساسی	۲۰/۰۲	۰/۰۰۰۱
	عادی			اضطراب فراگیر			عادی		
اجتناب شناختی	اضطراب فراگیر	۱۰/۴۹	۰/۱۲۳	افسردگی اساسی	۵/۸۸	۰/۵۰	افسردگی اساسی	۱۶/۳۷	۰/۰۰۶
	عادی			اضطراب فراگیر			عادی		
جهت گیری منفی به مشکل	اضطراب فراگیر	۱۶/۲۴	۰/۰۰۰۱	افسردگی اساسی	-۱/۱۷	۰/۹۰	افسردگی اساسی	۱۵/۰۶	۰/۰۰۰۱
	عادی			اضطراب فراگیر			عادی		

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره و نیز تحلیل واریانس، در این مطالعه نشان می دهد که تفاوت بین سه گروه افراد مبتلا به GAD و MDD و افراد عادی، از نظر سنتروئید چهار متغیره به سطح معنی‌دار رسیده است (p<۰/۰۵)* (۱۲، ۵، ۲). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت افرادی که نمی‌توانند بلاتکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلاتکلیف را تنش‌برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و زمانی که در این موقعیت‌ها قرار بگیرند کارکردشان دچار مشکل می‌شود و در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی‌های مزمنی را تجربه می‌کنند. این افراد بر این باور هستند که نگرانی به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند به صورت کارآمد با موقعیت‌های ترس‌آور مقابله کنند و یا از این طریق، مانع وقوع چنین حوادثی شوند (۲).

دراین مطالعه، تفاوت متغیرهای عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی به سطح معنی‌دار رسیده است (P<۰/۰۵)* (۱۱، ۹، ۶-۲).

نتایج این مطالعه مدل عدم تحمل بلاتکلیفی را تأیید می‌نماید و نیز نشان می‌دهد که نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند چرخه اضطراب را در افراد مضطرب تشدید نماید. از دیگر نتایج این مطالعه، این است که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

تفاوت در هیچ یک از متغیرها، در دو گروه افراد مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی به سطح معنی‌دار نرسیده است (p>۰/۰۵)*(۴،۱۲). همان‌گونه که نتایج این مطالعه نیز نشان می‌دهد، عدم تحمل بلاتکلیفی، دائماً با خلق منفی در ارتباط است و این بدان دلیل است که افرادی که دچار عدم تحمل بلاتکلیفی هستند، به صورت منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم واکنش نشان می‌دهند (۴). همان‌گونه که مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد، افراد بلاتکلیف از راهبردهای شناختی جهت دوری از استرس و غمگینی استفاده می‌کنند (۸). از دیدگاه جبرگرایانه، بلاتکلیفی همیشه به وسیلهٔ فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که نمی‌تواند آن را کنترل کند (۷). از دیگر نتایج مطالعه حاضر، این است که تفاوت مابین متغیرهای شناختی شامل عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و اجتناب شناختی در دو گروه افراد مبتلا به افسردگی اساسی و عادی به سطح معنی‌داری رسیده است (p<۰/۰۵)* (۱۲، ۴، ۱). هم‌چنین رابطه معنی‌داری بین نگرانی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نسبت به افراد عادی وجود دارد، که مطالعه حاضر نیز آن را تأیید می‌نماید (۴).

نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که متغیرهای شناختی مذکور در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسی نقشی اساسی ایفا می‌کنند. به عبارتی دیگر یافته‌های مدل عدم تحمل بلاتکلیفی برای بیماران ایرانی نیز صادق است. در اینجا لازم است به چند محدودیت این مطالعه اشاره کنیم. نخست اینکه تعداد شرکت‌کنندگان مطالعه ما اندک بود بنابراین تعمیم یافته‌های مطالعه ما به جمعیت ایران با درصدی از خطا و احتیاط همراه است. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان تصادفی نبودن نمونه‌گیری (نمونه‌گیری هدفمند) را نام برد. جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های بررسی شده در این پژوهش در سایر اختلالات اضطرابی (اختلال وحشتزدگی، اختلال وسواس اجباری و...) بررسی و نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی که در رابطه با اختلالات اضطرابی و خلقی صورت می‌گیرد خرده مقیاس‌های متغیر شناختی عدم تحمل بلاتکلیفی (نسبت دادن آن به عوامل درونی و بیرونی) و نیز خرده مقیاس‌های متغیر اجتناب شناختی (که همان راهبردهای شناختی به کار گرفته شده توسط افراد بیمار است) نیز به صورت مجزا (۱- جایگزینی افکار ۲- انتقال تصاویر مربوط به رویدادها به افکار ۳- حواس‌پرتی ۴- اجتناب از محرک‌های تهدیدکننده ۵- سرکوبی افکار) نیز در نظر گرفته شود. این سبک نمره‌گذاری موجب تفکیک مقیاس اصلی این متغیرها و طرح‌ریزی مدل درمانی جدید جهت تحریف‌های شناختی مرتبط با اختلالات اضطرابی و خلقی می‌گردد. پژوهش حاضر با معرفی متغیرهای شناختی مذکور می‌تواند در شناسائی و تشخیص الگوهای نقص در این گروه از بیماران و نیز مداخلات درمانی مناسب و هم‌چنین علت‌شناسی این اختلالات کمک شایان توجهی به روان‌شناسان و روان‌پزشکان، در کلینیک‌ها و مطب‌ها کند. به عنوان مثال روان‌شناسان و روان‌پزشکان به کمک متغیرهای شناختی مذکور در این پژوهش می‌توانند مدل‌های جدید اضطرابی و یا مدل‌های جدید شناخت درمانی جهت بیماران افسرده و مضطرب طراحی کنند. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌های آموزشی (سلامت روان)، جهت عموم مردم، در خصوص نگرانی، نقش آن در زندگی و نیز کنترل آن برگزار گردد.

به تمامی آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که در جریان پژوهش و پس از آن نامی از آن‌ها برده نخواهد شد. هم‌چنین آزمودنی‌ها در تکمیل پرسش‌نامه‌ها آزاد بودند.

تقدیر و تشکر

در پایان از روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پرسنل و اساتید بزرگوار، بیماران و همراهان آنان و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش یاری‌گر محققین بوده‌اند، تشکر و سپاس‌گزاری به عمل می‌آید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

References

1. Dugas MJ, Buhr K, Ladouceur R. The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In: Heimberg R.G, Turk CL, Mennin DS ,editors. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. New York: Guilford 2004:143-63.
2. Borkovec TD, Roemer L. Perceived Functions of Worry among Generalized Anxiety Disorder Subjects: Distraction from More Emotionally Distressing Topics? Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 1995; (26): 25-30.
3. Barlow DH. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
4. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. J Anxiety Disord 2006;20:222–36.
5. Dupuy JB, Ladouceur R. Cognitive Processes of Generalized Anxiety Disorder in Comorbid Generalized anxiety disorder and Major Depressive Disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2008; 22(3): 505-14.
6. Dugas MJ, Schewartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. Cognitive ther res 2004; 28: 835-42.
7. Volz KG, Schubotz RI, Cramon YV. Why am I unsure? Internal and external attributions of uncertainty dissociated by fMRI,NeuroImag 2004; *21*:848- 57.
8. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder from Science to Practice. New York: Rutledge; 2007.
9. Aliloo M, Shahjvii D, Hashimi Z. Comparison of intolerance of uncertainty,cognitive avoidance, negative problem orientation, positive beliefs about worry among generalized anxiety disorder patients and normal subjects. Quarterly Journal of Psychology, Tabriz University 2010;5 (20). [In Persian].
10. -Aliloo M, Shahjvii D, Bakhshypor A. Comparison of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty, people with panic disorder, generalized anxiety disorder and normal subjects. Procceding of The first National Conference on Social Determinants of student health 2010. [In Persian].
11. Shahjvii D, Aliloo M, Bakhshypor AS. Compared patients with intolerance of uncertainty and worry in generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder and normal subjects. Procceding of First national student conference on social factors that affect health 2010 [In Persian].
12. Arfaii OR, Qramlky B, Gholizadeh C, Hecmaty A. Intolerance of uncertainty: comparison of patients with obsessive-compulsive patients with major depression. Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2011;*33* (5): 17-22. [In Persian].
13. First MB, Spritzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient dition. (SCIDCV).Washington, DC: Am psychiatr press; 1996.
14. Tran G, Smith GP. Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come. In: Haynes S N, Heiby E M, editors. Comprehensive Hand book of psychological Assessment. Newyork: Wiley; 2004.p. 269-90.
15. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Et al. Reliability and structured diagnostic interview for SCDI Persian version running on DSMIV. New Cognitive Science Quarterly 2003*:* 8-22 [In Persian].
16. Spitzer Robert L, Kurt K, Janet BW, Williams DSW, Bernd L. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder, The GAD-seven. Arch Intern Med 2006; 166 (10): 1092–7.
17. Nayynyan M, Barley M, Sharifi M. Examined the reliability and validity of a scale of seven questions, generalized anxiety disorder (GAD-seven). Scientific-Research Journal of shahed university. 2009 .[In Persian].
18. Desmet M, Vanheule S, Verhaeghe P. Dependency self-criticism and the symptom specificity hypothesis in a depressed clinical sample, J Soc Behav Person. 2006*; 34*(8): 1017-28.
19. Fairbrother N, Moretti M. Sociotropy, autonomy and self-discrepancy status in depressed, remitted depressed and control participants. Cogn Ther Res 1998; 22: 279-96.
20. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian Language version of the beck Depression inventorysecond inventorysecond edition: BDI-II. Persian. J Depresses Anxiety. 2005; 21(4): 185-92.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

21. Freeston MH, Rheauma J, Litarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why Do People Worry? Personality and Individual Difference. 1994; 17: 791-802.
22. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther 1990; 28(6):487–95.
23. Antony MM, Orsillo MS, Roemer L. Practionaire guide to empirically based measure Of anxiety. New York: Kluver Academic Publisher; 2002.
24. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample, Behav Res Ther 1992;30(1): 33–7.
25. Borkovec TD. The nature, Functions, And origins of worry, In Davey GCL, Tallis F, Editors(Eds**),** Worrying: Perspectives on theory, Assessment and Chichester treatment. *Chichester*, England; Wiley; 1994.P. 5–33.
26. Stober J. Reliability and validity of two widely used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. Personal Individ Differ 1998; 24(6): 887–90.
27. Molina S, Borkovec TD. The Penn state worry questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In: Davey GCL, Tallis F, editors, Worrying*:* Perspectives on theory, Assessment and treatment.Chicheste; Wiley: 1994. p. 265-83.
28. Shirinzadedastgiry S. Comparison of cognitive beliefs and responsibility among patients with obsessive - compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal subjects. Ending letter MS, Department of Psychology. Shiraz: University of Shiraz; 2005.
29. Sexton KA, Dugas MJ. An Investigation of the Factors Leading to Cognitive Avoidance in Worry. Procceding of the Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA; 2004.
30. Robichaud M, Dugas MJ. Negative Problem Orientation (part II): Psychometric Properties of a New Measure. Behaviour Research and Therapy 2005; 43: 399-401.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

Comparison of intolerance of Uncertainty, Worriness, Cognitive Avoidance, Negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and Normal subjects(population)

Somayeh Mokhtari 1, Sadrolah Khosravi 2, Abdollah Nejatbakhsh 3

Original Article

Abstract

Aim and Background: The most common psychiatric disorders in the general population, especially in Iran, are anxiety disorders and mood disorders. Several theories have been developed in recent years to explain the cognitive and behavioral disorders, including the "intolerance of uncertainty" model. This study aims at comparing variables of intolerance of uncertainty, worriness, cognitive avoidance and negative problem orientation, among patients with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and normal subjects.

Methods and Materials: Three groups of patients with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and normal subjects, each with 30 members were selected using purposive sampling method. In order to collect the required data, questionnaires of intolerance of uncertainty, worriness, cognitive avoidance and negative problem orientation were used among three groups. Collected data was analyzed using Multivariate analysis and variance analysis as well as SPSS software version18.

Findings: In four above mentioned variables, the difference between the three groups reached a significant level ($P<0.05$). In the variables of intolerance of uncertainty, worriness and negative problem orientation, the difference between each of the two groups of patients with generalized anxiety disorder and major depressive disorder with normal subjects was significant ($P<0.05$).

The difference between patients with major depressive disorder and normal subjects in cognitive avoidance variables was also significant ($P <0.05$).

Conclusions: Four factors existing in "intolerance of uncertainty" model are common features of generalized anxiety disorder and major depressive disorder. Psychiatrists and psychologists awareness of these factors can accelerate the identification, diagnosis and treatment of failure patterns in patients with generalized anxiety disorder and major depression.

Keywords: Intolerance of Uncertainty, Worriness, Cognitive Avoidance, Negative Problem Orientation, Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder

Citation: Mokhtari S, Khosravi S, Nejatbakhsh A**. Comparison of intolerance of Uncertainty, Worriness, Cognitive Avoidance, Negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and Normal subjects(population).** J Res Behave Sci 2015; 13(2): 188-207

Received: 19.03.2013 Accepted: 12.07.2015

1. MA in Clinical Psychology, Fars Research and Science University, Shiraz, Iran (Corresponding Author) Email: Psycology74@yahoo.com
2. School of Professor, Department of Psychology, Firuz Abad Azad University, Firuz Abad , Iran
3. School of Professor of Psychiatry, Health and Cure Fars Oil Industry,Shiraz, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

پیوست (پرسشنامه ها)

GAD-seven

طی دو هفتهٔ گذشته، هر چند وقت یکبار مشکلات زیر شما را ناراحت می کند؟

	آیتم	اصلا	چندروز	بیش از نیمی از روزها	تقریباهرروز
۱	احساس می کنم که عصبی و مضطرب شده ام.				
۲	قادر به کنترل نگرانی ام نیستم.				
۳	دربارهٔ مسایل مختلف بیش از حد نگرانم.				
۴	در خواب و استراحت مشکل دارم.				
۵	آنقدر بی قرارم که نشستن هم برایم سخت است				
۶	خیلی زود عصبانی می شوم.				
۷	احساس ترس دارم که نکند شاید، اتفاق وحشتناکی بیافتد.				

پرسشنامه افسردگی بک

نام و نام خانوادگی : سن: جنس: تاریخ:

این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه عبارت است .بعد از خواندن هر گروه از عبارات، دور شماره‌ای که بیانگر بهترین احساس شما در طول هفته گذشته (که شامل امروز هم می شود) می باشد، دایره بکشید .مطمئن باشید که قبل از تصمیم گیری، همه عبارات یک گروه را به دقت خوانده اید.

1)

1. حساس غم نمی کنم

2. احساس غم می کنم.

3.همیشه غمگینم و نمی توانم از آن خلاص شوم.

4.آنقدر غمگین و افسرده ام که طاقتم تمام شده است.

2)

1.نسبت به آینده ناامید نیستم.

2.احساس نامیدی نسبت به آینده دارم.

3.احساس می کنم چیزی ندارم که به انتظار آن بنشینم.

4.آینده امیدوار کننده نیست و چیز مثبتی روی نخواهد داد.

3)

1.احساس آدم های شکست خورده را ندارم.

2.احساس می کنم بیشتر از افراد عادی جامعه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

شکست خورده ام.
3.به زندگی گذشته ام که نگاه می کنم، شکست های زیادی را می بینم.
4.احساس می کنم ادم کاملا شکست خورده ای هستم.
(4
1.همچون گذشته به من احساس رضایت (لذت) دست می دهد.
2.همچون گذشته از چیزها لذت می برم.
3.دیگر از هیچ چیز احساس لذت به من دست نمی دهد.
4.از همه چیز احساس نارضایتی و کسالت به من دست می دهد.
(5
1.احساس تقصیر و گناه خاصی نمی کنم.
2.گاهی احساس تقصیر و گناه می کنم.
3.بیشتر اوقات احساس تقصیر و گناه می کنم.
4.همیشه احساس تقصیر و گناه می کنم.
(6
1.احساس نمی کنم که دارم مجازات می شوم.
2.احساس می کنم که ممکن است مجازات شوم.
3.در انتظار مجازات شدن هستم.
4.احساس می کنم که دارم مجازات می شوم
(7
1.از دست خودم ناراحت نیستم.
2.از دست خودم ناراحت هستم.
3.از خودم بدم می آید.
4.از خودم نفرت دارم.
(8
1.احساس نمی کنم بدتر از دیگران هستم.
2.نسبت به ضعف ها و اشتباهات، به خودم ایراد می گیرم.
3.همیشه خودم را به خاطر خطاهایم سرزنش می کنم.
4.هر چیز بدی که اتفاق می افتد، من خودم را سرزنش می کنم.
(9
1.هیچ فکر برای از بین بردن خودم، در سر ندارم.
2.فکرهایی برای از بین بردن خودم در سر دارم، ولی به آنها عمل نمی کنم.
3.دلم می خواهد خودم را از بین ببرم.
4.اگر می توانستم حتما خودم را از بین می بردم.
(10
1.بیش از معمول گریه نمی کنم.
2.در حال حاضر بیشتر از گذشته گریه می کنم.
3.همیشه گریه می کنم.
4.در گذشته می توانستم گریه می کنم ولی حالا با آنکه می خواهم نمی توانم.
(11
1.زود رنج تر از معمول نیستم.
2.من بیشتر از گذشته حساس هستم و زود رنجیده خاطر می شوم.
3.من همیشه احساس رنجش و تحریک پذیری می کنم.
4.حس می کنم دیگر چیزی نمی تواند مرا برنجاند و تحریک پذیرم می کند.
(12
1.علاقه ام را نسبت به دیگران از دست نداده ام (به دیگران علاقه مند هستم)
2.کمتر از گذشته نسبت به دیگران علاقه مند هستم.
3.بیشتر از گذشته علاقه ام را به دیگران از دست داده ام.
4.دیگر به کسی علاقه ندارم.
(13
1.به خوبی گذشته، می توانم تصمیم گیری کنم.
۲.بیشتر از گذشته تصمیم گیری ها را به تعویق می اندازم.
3.نسبت به گذشته، تصمیم گیری برایم بسیار مشکل تر شده است.
4.دیگر به هیچ وجه قادر به تصمیم گیری هستم.
(14
1.قیافه ام بدتر از گذشته نیست.
2.نگرانم که پیر و غیرجذاب به نظر برسم.
3.احساس می کنم تغییرات دائمی در ظاهرم به وجودآمده است که مرا غیرجذاب جلوه می دهد.
4.باور دارم که قیافه ام زشت است.
(15

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

1.به خوبی گذشته می توانم به کارهایم برسم.
2.برای شروع کارها باید تلاش بیشتری به خرج دهم.
3.برای شروع کارها، به خودم خیلی فشار می آورم.
4.اصلا نمی توانم دست به کاری بزنم.

16)
1.به خوبی گذشته می توانم بخوابم.
2. به خوبی گذشته نمی توانم بخوابم.
3.یک تا دو ساعت زودتر از گذشته بر می خیزم و دیگر نمی توانم بخوابم.
4.چند ساعت زودتر از گذشته برمی خیزم و دیگر نمی توانم بخوابم.

17)
1.بیشتر از گذشته خسته نمی شوم.
2.سریع تر از گذشته خسته می شوم.
3.از انجام تقریبا هر کاری خسته می شوم.
4.آنقدر خسته ام که نمی توانم دست به هیچ کاری بزنم.

18)
1.اشتهایم بدتر از گذشته نیست.
2.اشتهایم به خوبی گذشته نیست.
3.حالا اشتهایم خیلی کم شده است.
4.اصلا نسبت به هیچ چیز اشتها ندارم.

19)
1.به تازگی وزنم زیاد کم نشده است.
2.بیش از ۵کیلو وزنم کم شده است.
3.بیش از 5 کیلو وزنم کم شده است.
4.بیش از 10 کیلو وزنم کم شده است.
عمدا تلاش می کنم تا با کم خوردن وزنم را کم کنم :
بلی.....
خیر.....

20)
1.بیش از معمول نگران سلامتی ام نیستم.
2.درباره مسائل جسمی مانند دردها، ناراحتی معده یا یبوست نگرانم
3.درباره مسائل جسمی خیلی نگرانم و نمی توانم فکرم را از آن دور کنم.
4.آنقدر درباره مسائل جسمی نگرانم که نمی توانم درباره چیز دیگری فکر کنم.

21)
1.اخیرا هیچ تغییری را در میل جنسی ام احساس نکرده ام.
2.کمتر از گذشته میل جنسی دارم.
3.در حال حاضر میل جنسی ام خیلی کم شده است.
4.میل جنسی ام را کلا از دست داده ام.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی(IUS)

نام و نام خانوادگی سن جنس تاریخ

جملات زیر نوع واکنش افراد در برابر بلاتکلیفی های زندگی را توضیح می دهند .لطفا بر اساس این مقیاس پنج درجه ای مشخص کنید هر جمله چقدر درباره شما صدق می کند .لطفا عدد مربوط به هر جمله را در جای خالی (.....) بنویسید.

۵	۴	۳	۲	۱
کاملا درست	تا حدودی درست			کاملا غلط

..... .1بلاتکلیفی باعث می شود که نظر قطعی نداشته با شم.

..... .2بلا تکلیفی نشان دهنده بی نظمی فرد است.

..... .3بلاتکلیفی زندگی را غیر قابل تحمل می کند.

..... .4غیرعادلانه است که هیچ چیز در زندگی قطعی و یقینی نیست.

..... .5اگر ندانم فردا چه پیشامدی روی می دهد، ذهنم آرام و قرار ندارد.

..... .6بلاتکلیفی باعث ناراحتی ، اضطراب و آشفتگی من می شود.

..... .7حوادث پیش بینی نشده مرا به شدت ناراحت می کند.

..... .8اگر همه اطلاعات لازم را در اختیار نداشته باشم، ناکام می شوم.

..... .9بلاتکلیفی مرا از داشتن یک زندگی لذت بخش محروم می کند.

..... . 10باید همیشه گوش به زنگ باشم تا از وقوع حوادث غافلگیر کننده جلوگیری کنم.

..... . 11حتی با وجود بهترین برنامه ریزی، یک اتفاق غیر قابل پیش بینی کوچک، همه چیز را بر هم می زند.

..... . 12به محض این که می خواهم دست به کار شوم، بلاتکلیفی مرا ناتوان می کند.

..... . 13بلاتکلیف بودن به این معنا است که من آرام و قرار ندارم.

..... . 14وقتی بلا تکلیف هستم، نمی توانم پیشرفت کنم.

..... . 15وقتی بلاتکلیف هستم، نمی توانم عملکرد خوبی داشته باشم.

..... . 16به نظر می رسد دیگران بر خلاف من، می دانند سرنوشت زندگی چیست.

..... . 17بلاتکلیفی باعث ناراحتی، آسیب پذیری و غمگینی من می شود.

..... . 18همیشه می خواهم بدانم در آینده چه سرنوشتی پیدا می کنم.

..... . 19از غافلگیر شدن متنفرم.

..... . 20کوچک ترین تردیدی مرا از عمل باز می دارد.

..... . 21من باید بتوانم همه چیز را از قبل سازماندهی کنم.

..... . 22بلاتکلیفی نشان دهنده عدم اعتماد به نفس من می باشد.

..... . 23به نظرم اطمینان خاطر دیگران درباره سرنوشت آینده شان، درست نیست.

..... . 24بلاتکلیفی مرا از خواب راحت محروم کرده است.

..... . 25من باید از تمام موقعیت های بلاتکلیف زندگی، اجتناب کنم.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

..... . 26ابهام های زندگی مرا دچار استرس شدید می کند.
..... . 27نمی توانم بلاتکلیفی درباره آینده زندگی ام را تحمل کنم.

PSWQ

لطفا هر یک از عبارات زیر را به دقت بخوانید و برای هر عبارت گزینه ای را انتخاب کنید که به بهترین وجه در مورد شما صدق می کند و با علامت ضربدر در خانه مربوطه وارد نمایید.

	آیتم	اصلا صدق نمی کند	کمی صدق می کند	تقریبا صدق می کند	زیاد صدق می کند	خیلی زیاد صدق می کند
۱	اگر وقت کافی برای انجام دادن همه کارها نداشته باشم، نگران نمی شوم.					
۲	نگرانی باعث می شود فکرم درست کار نکند					
۳	تمایلی به نگرانی درباره چیزی ندارم.					
۴	موقعیت های زیادی مرا نگران می کند.					
۵	می دانم نباید نگران چیزی باشم اما نمی توانم نگران نباشم					
۶	وقتی تحت فشار هستم خیلی نگران می شوم.					
۷	همیشه درباره چیزی نگران هستم.					
۸	رهایی از افکار نگران کننده برایم آسان است.					
۹	به محض این که کاری را تمام می کنم نگرانی ام برای انجام کارهای دیگری که بایستی انجام دهم،شروع می شود.					
۱۰	هرگز در مورد چیزی نگران نمی شوم.					
۱۱	وقتی نمی توانم در مورد موضوعی کاری انجام دهم، دیگر نگران آن نیستم					
۱۲	در تمام زندگی ام فردی نگران بوده ام.					
۱۳	می دانم که همیشه در مورد چیزی نگران بوده ام					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

۱۴	وقتی نگران می شوم نمی توانم آن را متوقف کنم.					
۱۵	همیشه نگرانم.					
۱۶	در مورد برنامه هاییم تا زمانی که به انجام برسند، نگرانم.					

پرسشنامه اجتناب شناختی(CAQ)

نام و نام خانوادگی : سن : جنس : تاریخ:

افراد به برخی از افکار خاص واکنش های متفاوتی نشان می دهند .لطفا با استفاده از مقیاس های زیر، جملات را به دقت بخوانید و مشخص کنید که شما معمولا چگونه به این افکار خاص واکنش نشان می دهید .لطفا عدد مربوط به هر جمله را در جای خالی (.....) بنویسید.

۵	۴	۳	۲	۱

کاملا درست تا حدودی درست کاملا غلط

..... .1مسائلی وجود دارد که ترجیح می دهم به آنها فکر نکنم.

..... .2از برخی موقعیت ها اجتناب می کنم، چون باعث می شوند به مسائلی فکر کنم که دوست ندارم.

..... .3من به جای تصاویر ذهنی تهدید امیز، در ذهنم با خودم حرف می زنم.

..... .4به مسائلی فکر می کنم که برایم مشکل ساز شده اند.

..... .5افکاری دارم که سعی می کنم به آنها فکر نکنم.

..... .6برای اینکه زیاد نترسم، سعی می کنم به جنبه های ناراحت کننده برخی از موقعیت ها فکر نکنم.

..... .7گاهی از اوقات از چیزهایی اجتناب می کنم که باعث می شوند افکار آشفته ساز به ذهنم خطور کنند.

..... .8از فکر کردن درباره برخی از موضوع های ناراحت کننده اجتناب می کنم، حواس خودم را پرت می کنم.

..... .9از افرادی که به چیزهایی فکر می کنند که من نمی خواهم درباره آنها فکر کنم، اجتناب می کنم.

..... . 10اغلب دست به کارهایی می زنم که حواس خودم را از برخی افکارم پرت کنم.

..... . 11من این قدر به جزئیات پیش پا افتاده فکر می کنم، تا به موضوعات نگران کننده فکر نکنم.

..... . 12گاهی از اوقات خودم را به کاری مشغول می کنم تا به چیزهای خاصی فکر نکنم.

..... . 13برای اینکه به برخی از موضوعات ناراحت کننده فکر نکنم، خودم را مجبور می کنم به چیزهای دیگری فکر کنم.

..... . 14مسائلی وجود دارد که سعی می کنم به آنها فکر نکنم.

..... . 15برای اینکه از تصویر سازی ذهنی سناریوهای ترسناک) مثل نمایش فیلم در ذهن (در ذهنم جلوگیری کنم، با خودم حرف می زنم.

..... . 16گاهی از اوقات از رفتن به جاهایی که ترجیح می دهم درباره آنها فکر نکنم، خودداری می کنم.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

..... . 17به وقایع گذشته فکر میکنم تا به وقایع آینده که باعث ناامنی من می شود، فکر نکنم.

..... . 18از دست زدن به برخی کارها اجتناب می کنم چون این کارها مرا به یاد چیزهایی می اندازند که نمی خواهم درباره آن فکر کنم.

..... . 19وقتی تصاویر ذهنی ناراحت کننده به ذهنم وارد می شوند، به خودم چیزی می گویم تا جلوی این تصاویر را در ذهنم بگیرد.

..... . 20به مسائل جزئی فکر می کنم تا به مسائل مهم تر فکر نکنم.

..... . 21من گاهی اوقات خودم را سرگرم می کنم تا از ورود برخی از افکار در ذهنم جلوگیری کنم.

..... . 22از برخی موقعیت ها و رابطه با برخی افراد اجتناب می کنم چون مرا وادار می کنند به برخی از افکار ناخوشایند فکر کنم.

..... . 23به جای اینکه تصاویر ذهنی مربوط به وقایع ناراحت کننده به ذهنم بیاید سعی می کنم وقایع را با استفاده از گفتگوی درونی توضیح دهم.

..... . 24تصاویر ذهنی موقعیت های ناراحت کننده را از ذهنم بیرون می کنم و با استفاده از گفتگوی درونی آنها را توضیح می دهم.

..... . 25به نگرانی های دیگران فکر می کنم تا نگرانی های خودم.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]

پرسشنامه جهت گیری منفی نسبت به مشکل(NPOQ)

نام و نام خانوادگی : سن : جنس : تاریخ:

افراد در مواجه با مشکلات زندگی روزمره شان) مثل بیماری، کمبود وقت، تعارض با اطرافیان و (... واکنش های مختلفی نشان می دهند .لطفا با توجه به مقیاس های زیر، هر یک از جملات زیر را بخوانید و واکنش های خودتان را به هنگم رویارویی با مشکلات تخمین بزنید .لطفا عدد مربوط به هر جمله را در جای خالی (.....) بنویسید.

۵	۴	۳	۲	۱

کاملا درست تا حدودی درست کاملا غلط

..... .1به نظر من مشکلات تهدید کننده سلامتی من هستند.

..... .2اغلب به توانایی خودم برای حل مشکلات شک دارم.

..... .3اغلب قبل از این که حتی برای یافتن راه حل، دست به اقدامی بزنم، پیش خودم می گویم برای حل مشکلات به دردسر می افتم.

..... .4مشکلات من اغلب غیر قابل حل به نظر می رسند.

..... .5وقتی برای حل مشکل اقدام می کنم، اغلب توانایی هایم را زیر سوال می برم.

..... .6اغلب اوقات فکر میکنم، مشکلاتم حل نشدنی هستند.

..... .7حتی اگر بتوانم راه حل های خوبی برای مشکلاتم پیدا کنم، به خودم شک دارم که آیا در اینده نیز به راحتی می توانم از پس آنها بربیایم.

..... .8این گرایش در من وجود دارد که مشکلات را خطر تلقی کنم.

..... .9اولین واکنش من به محض مواجهه با مشکل، زیر سوال بردن توانایی هایم است.

..... . 10من اغلب مشکلات را بزرگتر از آن چیزی که واقعا هستند، جلوه می دهم.

..... . 11حتی اگر یک مشکل را از تمام جوانب احتمالی بررسی کنم، باز هم از خودم می پرسم آیا راه حلی که به کار گرفته ام، موثر خواهد بود.

..... . 12به نظر من مشکلات موانعی هستند که در عملکرد من مداخله می کنند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.2.9]