DOI: 10.22122/rbs.v16i2.2052 Published by Vesnu Publications

نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر: طراحی و آزمون یک مدل مفهومی

احمد منصوری[۱]، محمد خدایاری‌فرد[۲]، محمدعلی بشارت[۳]، مسعود غلامعلی لواسانی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder یا GAD)، یکی از اختلالات اساسی در آسیب‌شناسی روانی است. پژوهش حاضر با هدف طراحی و آزمون یک مدل مفهومی برای بررسی نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۷۰۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder 7-Item یا GAD-۷)، پرسش‌نامه‌های نگرانی پنسیلوانیا (Penn State Worry Questionnaire یا PSWQ)، اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire یا CAQ)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (Intolerance of Uncertainty Scale یا IUS)، فراشناخت (Metacognition Questionnaire یا MCQ)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ)، پذیرش و عمل (Acceptance and Action Questionnaire-II یا AAQ-II) و مقابله معنوی (Spiritual Coping Questionnaire یا SCQ) در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل مسیر و معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS، LISREL، Process مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ارتباط معنی‌داری بین عوامل فراتشخیصی (اجتناب شناختی، باورهای منفی درباره نگرانی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و اجتناب تجربه‌ای) و نشانه‌های GAD وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$). همچنین، ارتباط معنی‌داری بین عوامل فراتشخیصی با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی مشاهده شد ($P < ۰/۰۵۰$). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان واسطه رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD و مقابله‌های معنوی نیز تعدیل‌کننده رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD می‌باشند ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش بر اهمیت عوامل فراتشخیصی، تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در نشانه‌های GAD تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: رفتار اجتنابی، بلاتکلیفی، دانشجویان

ارجاع: منصوری احمد، خدایاری‌فرد محمد، بشارت محمدعلی، غلامعلی لواسانی مسعود. **نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر: طراحی و آزمون یک مدل مفهومی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۲): ۱۳۰-۱۴۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۲/۱۳ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۴/۱۵

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder یا GAD) یکی از اختلالات شایع، مزمن و ناتوان‌کننده به شمار می‌رود (۱). نگرانی و اضطراب بیش از حد، دشواری در کنترل نگرانی و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب از جمله ویژگی‌های این اختلال می‌باشد. با وجود این، نگرانی بیش از حد، مزمن و کنترل‌ناپذیر به عنوان ویژگی اصلی این اختلال مطرح شده است (۲). مدل‌های متفاوت موجود درباره GAD بر مکانیزم‌های بیماری‌زای متنوعی تأکید کرده‌اند که منجر به راهبردهای جدید متنوعی برای درمان این اختلال شده است (۳). از مهم‌ترین مدل‌های مطرح شده درباره GAD، می‌توان به مدل‌های اجتنابی، فراشناختی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، بدتنظیمی هیجانی، مبتنی بر پذیرش و مدل یکپارچه شده اشاره کرد (۳، ۱). در مدل اجتناب شناختی اعتقاد بر این است که اجتناب شناختی به واسطه فرایند نگرانی اتفاق می‌افتد؛ چرا که نگرانی به عنوان یک فعالیت اغلب فکری یا کلامی بر تلاش به منظور اجتناب از وقوع فجایع آینده متمرکز است و در نتیجه، به عنوان راهبردی اجتنابی در پاسخ به تهدیدهای ادراک شده عمل

۱- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: محمد خدایاری‌فرد Email: khodayar@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

می‌کند. نگرانی با سطوح پایین تصویرسازی ذهنی رابطه دارد و به عنوان عاملی برای اجتناب از تصاویر ذهنی ناخوشایند عمل می‌کند. همچنین، سبب تداخل در پردازش هیجانی محرک‌ها می‌شود. نگرانی از طریق سرکوب فوری واکنش‌های سمپاتیک مربوط به مواد فراخوان اضطراب، باورهای مثبت درباره نگرانی و عدم وقوع رویدادهای ترسناک پیش‌بینی شده، به گونه‌ای منفی تقویت می‌شود (۷-۴).

مدل فراشناختی بر این اصل استوار است که باورهای فراشناختی، ارزیابی‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر، از جمله عوامل اصلی ایجاد و تداوم GAD می‌باشند (۸). با این وجود، باورهای منفی در مورد نگرانی، نقشی کلیدی در ایجاد و تداوم GAD ایفا می‌کند. افراد مبتلا به GAD باورهای مثبتی درباره استفاده از نگرانی دارند؛ باورهایی که شایع است و به طور قطع آسیب‌شناختی نمی‌باشد، اما این باورها سبب فعال شدن باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری و پیامدهای خطرناک نگرانی می‌شود (۱۱-۸). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین باورهای منفی درباره نگرانی و GAD رابطه وجود دارد (۱۷-۱۲). در مدل شناختی تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی اعتقاد بر این است که باورهای افراد درباره بلاتکلیفی، باورهای مثبت درباره نگرانی، جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل و راهبردهای اجتناب شناختی، نقش مهمی در ابتلا و تداوم GAD ایفا می‌کند. با این وجود، باور بر این است که اعتقاد افراد درباره بلاتکلیفی نقش مهمی در ایجاد و تداوم نگرانی و همچنین، GAD دارد (۲۰-۱۸). همچنین، با بررسی ادبیات پژوهش مشخص گردید که بین تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (۲۱، ۱۹، ۱۴، ۱۲) با GAD رابطه وجود دارد.

Roemer و Orsillo در تدوین مدل اولیه مبتنی بر پذیرش GAD از مدل اجتناب شناختی Borkovec و اجتناب تجربه‌ای Hayes و همکاران استفاده کردند (۲۲). Roemer و همکاران بیان کردند که GAD به واسطه روابط واکنشی و مشکل‌زا با تجربه‌های درونی (افکار، احساسات، رانه‌ها، تصاویر و حواس بدنی)، پاسخ‌های درونی و رفتاری هدفمند جهت اجتناب و کاهش پریشانی و همچنین، محدودیت رفتاری ایجاد و تداوم می‌یابد (۲۳). مدل آن‌ها شامل سه مؤلفه رابطه با تجربه‌های درونی، اجتناب تجربه‌ای و محدودیت رفتاری می‌باشد. با وجود این، اجتناب تجربه‌ای برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و حواس پریشان‌کننده است (۲۵، ۲۴). افراد مبتلا به GAD رابطه مشکل‌زایی (واکنش منفی به تجربه‌های درونی و آمیختگی با آن‌ها) با تجارب درونی خود دارند و واکنش آن‌ها به این تجربه‌ها سبب برانگیخته شدن‌شان برای اجتناب تجربه‌ای (اجتناب فعال یا خودکار از تجربه‌های درونی تهدیدکننده یا منفی) با استفاده از راهبردهای متنوع از جمله نگرانی می‌گردد (۲۶). این افراد امیدوار هستند که به این طریق پریشانی‌شان کاهش یابد، اما به طور متناقضی سبب افزایش نشانه‌های خود می‌شوند (۲۵).

بررسی ادبیات پژوهش بیانگر وجود رابطه بین اجتناب تجربه‌ای و GAD است (۲۸، ۲۷، ۲۵، ۲۴). بر اساس مدل‌های فوق، اجتناب شناختی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، باورهای فراشناختی یا باورهای منفی درباره نگرانی و اجتناب تجربه‌ای، از جمله عوامل محوری و متغیرهای کلیدی مرتبط با GAD می‌باشد. امروزه این عوامل فقط مختص GAD نیستند، بلکه در اختلالات متعدد اتفاق می‌افتند و به عنوان عوامل فراتشخیصی شناخته می‌شوند (۱). عوامل فراتشخیصی، فرایندهای آسیب‌شناختی محسوب می‌شوند که می‌توانند نقش علی در اختلالات متعدد ایفا نمایند یا در اختلالات روانی مختلف مشترک باشند (۳۰، ۲۹).

مدل‌های فراتشخیصی به واسطه تمرکز بر فرایندهای زیرین اختلالات متعدد و کمک به تبیین همبودی بین اختلالات، از اهمیت بسزایی برخوردار هستند و می‌توانند منجر به ارزیابی‌ها و درمان مؤثرتر اختلالات شوند (۳۱). اگرچه بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین عوامل فراتشخیصی و GAD رابطه مستقیمی وجود دارد، اما توجه کمی به نقش عوامل واسطه‌ای این رابطه شده است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation strategies) مکانیسم‌هایی هستند که می‌توانند تبیین کنند چگونه عوامل فراتشخیصی منجر به بروز نشانه‌های GAD بعدی می‌شوند. این راهبردها پاسخ‌های شناختی افراد به رویدادهای فراخوان هیجان می‌باشند که به طور هشیار یا ناهشیار سعی در اصلاح میزان و یا نوع تجربه هیجانی فرد یا رویداد دارند. چند مورد از این راهبردها (سازگار یا بهنجار) رابطه منفی با آسیب‌های روانی دارند؛ در حالی که راهبردهای دیگر (ناسازگار یا نابهنجار) با سبب‌شناسی و تداوم اختلالات بالینی ارتباط دارند (۳۲). Mennin و همکاران در مدل بدتنظیمی هیجان دریافتند که ناتوانی یا نقایص موجود در تنظیم هیجان، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده GAD باشد (۳۳). بر اساس این مدل، هیجانات ممکن است به واسطه افزایش شدت هیجان‌ها، فهم ضعیف هیجان‌ها، واکنش منفی نسبت به حالت هیجانی فرد و راهبردهای مدیریت نابهنجار هیجان، کژکار شوند (۳۴، ۳۳). فرایندهای تنظیم شناختی هیجان نیز بخشی یا زیرمجموعه‌ای از فرایند تنظیم هیجان به شمار می‌رود (۳۵). تحقیقات موجود نشان می‌دهد که بین این راهبردها با اضطراب (۳۷-۳۵، ۳۲) و GAD (۳۹، ۳۸) رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج مطالعات دیگر نیز بیانگر آن است که بین این راهبردها و نگرانی به عنوان ویژگی اصلی GAD، رابطه مشاهده می‌شود (۴۲-۴۰). علاوه بر این، بین این راهبردها و عوامل فراتشخیصی مرتبط با مدل‌های شناختی رابطه وجود دارد. Garnefski و همکاران بیان کردند که شناخت و فرایندهای شناختی می‌توانند به تنظیم و مدیریت هیجان‌ها به هنگام تجربه رویدادهای تهدیدکننده و پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا کمک نمایند (۳۵). نتایج برخی پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و اجتناب شناختی با بی‌نظمی هیجانی مرتبط می‌باشد (۴۳). همچنین، بین باورهای فراشناختی با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۴۰) و بی‌نظمی هیجانی (۴۳) رابطه معنی‌داری مشاهده گردید.

علاوه بر آنچه ذکر شد، بررسی ادبیات موجود نشان می‌دهد که بین عوامل فراتشخیصی و GAD رابطه وجود دارد، اما توجه کمی به نقش عوامل تعدیل‌کننده این رابطه شده است. یکی از عوامل تعدیل‌کننده این رابطه، مقابله‌های معنوی می‌باشد. در ادبیات پژوهش، دینداری و معنویت‌گرایی به عنوان سازه‌های متفاوت مفهوم‌سازی شده‌اند، اما این دسته‌بندی هنوز در زمینه مقابله با استرس معمول نیست. بسیاری از نشریه‌ها اصطلاح مقابله دینی/ معنوی را با هم به کار می‌برند و ابزار بسیاری از پژوهش‌ها تنها مقابله دینی را ارزیابی می‌کند (۴۴). به عبارت دیگر، در مطالعات مذکور با وجود استفاده از پرسش‌نامه مقابله دینی از اصطلاح مقابله معنوی (۴۵) یا مقابله دینی/ معنوی (۴۶) استفاده می‌شود. مقابله معنوی به عنوان جستجو برای معنا در هنگام استرس تعریف شده است و به روش‌های مرتبط با امور مقدس گفته می‌شود (۴۷). پژوهشی درباره رابطه مقابله‌های معنوی (Spiritual coping) با GAD مشاهده نگردید. با وجود این، Amjad و Zehra Bokharey گزارش کردند که بین راهبردهای مقابله دینی و علایم GAD افراد مبتلا ارتباط وجود دارد

http://rbs.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

(۴۸). آن‌ها در پژوهش دیگری دریافتند که افراد مبتلا به شرایط طبی عمومی خفیف، از راهبردهای مقابله‌ای کاربردی فعال و دین محور بیشتری نسبت به افراد مبتلا به GAD استفاده می‌کنند (۴۹). Stanley و همکاران با بررسی گروهی از افراد مبتلا به GAD با و بدون افسردگی هم‌زمان، به این نتیجه رسیدند کسانی (۸۳-۷۳ درصد) که ترکیب دین یا معنویت در درمان را مهم می‌دانستند، مقابله‌های دینی مثبت‌تری را گزارش کردند (۵۰). در مقابل، Ai و همکاران (۵۱) و Ai و همکاران (۵۲) در تحقیقات خود رابطه‌ای بین مقابله دینی و GAD مشاهده نکردند. با وجود این، در دو پژوهش اخیر (۵۲، ۵۱) برای بررسی مقابله دینی از یک سؤال در مورد فراوانی استفاده از مقابله‌ها استفاده شده است.

اگرچه در بررسی ادبیات موجود، پژوهشی درباره رابطه بین عوامل فراتشخیصی و مقابله‌های معنوی مشاهده نشد، اما بررسی‌ها نشان داد که بین راهبردهای فراشناختی و سلامت معنوی رابطه وجود دارد (۵۳). Rosmarin و همکاران دریافتند که ارتباط معنی‌داری بین باورهای معنوی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و نگرانی مشاهده کردند (۵۴). علاوه بر این، درمان‌های یکپارچه شده دینی و معنوی تأثیر معنی‌داری بر نشانه‌های این اختلال دارند (۵۵). از این‌رو، اگرچه ادبیات موجود نشان می‌دهد که بین عوامل فراتشخیصی با GAD رابطه وجود دارد، اما توجه کمی به نقش عوامل تعدیل‌کننده این رابطه شده است. همچنین، در مدل‌های موجود توجهی به نقش معنویت و مقابله‌های معنوی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در سبب‌شناسی اختلالات روانی نشده است. در مجموع، شیوع به نسبت بالای GAD، تأثیر آن بر کارکردهای مختلف افراد، اهمیت شناسایی ابعاد مختلف GAD، نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در آسیب‌های روانی، نقش محافظتی و تعدیل‌کننده معنویت و مقابله‌های معنوی در آسیب‌های روانی، عدم توجه به نقش معنویت و مقابله‌های معنوی در مدل‌های موجود نشانگر اهمیت طراحی یک مدل آسیب‌شناسی و برنامه درمانی جامع و بومی با توجه به نقش عوامل فراتشخیصی و معنوی می‌باشد. از سوی دیگر، در پژوهش حاضر سعی شد که بر اساس روش‌های جدید (۵۶) در بررسی‌های مداخله‌ای و پیشگیرانه، به طور هم‌زمان نقش عوامل تعدیل‌کننده و واسطه‌ای در قالب یک مدل کلی مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت، اگرچه ارتباط بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD مورد بررسی قرار گرفته، اما توجه کمی به نقش عوامل واسطه‌ای و تعدیل‌کننده این رابطه شده است. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف طراحی و آزمون یک مدل مفهومی درباره نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع توصیفی- همبستگی و جامعه آماری آن متشکل از کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران بود. نمونه مورد بررسی از ۷۰۰ دانشجوی دختر و پسر ۱۸ تا ۲۸ سال (۲۴ کلاس درسی ۳۰ نفره) دانشگاه‌های دولتی تشکیل شد که پس از کنار گذاشتن برخی از پرسش‌نامه‌های مخدوش و غیر قابل استفاده، تعداد نمونه‌ها از ۷۰۰ به ۶۰۳ نفر (۳۱۸ دختر، ۲۸۵ پسر) کاهش یافت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابتدا از بین تمام دانشگاه‌های دولتی تهران، سه دانشگاه علامه طباطبایی، شهید بهشتی و تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند. در ادامه، از بین دانشکده‌های مختلف این دانشگاه‌ها نیز دو دانشکده (علامه طباطبایی: ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی، روان‌شناسی و علوم تربیتی؛ شهید بهشتی: علوم انسانی، فنی مهندسی و تهران: علوم پایه و تربیت بدنی و علوم ورزشی) و از بین کلاس‌های مختلف این دانشکده‌ها چهار کلاس به تصادف انتخاب گردید. ملاک ورود دانشجویان به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود و دستیابی به پرسش‌نامه‌های مخدوش نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS، LISREL و PROCESS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder 7-item یا GAD-7): این مقیاس ابزاری ۷ ماده‌ای است که توسط Spitzer و همکاران ساخته شده است و بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر (هیچ وقت) تا ۳ (تقریباً هر روز) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (Cronbach's alpha) و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش شد. روایی همگرای آن با پرسش‌نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory یا BAI) و خرده مقیاس اضطراب فهرست نشانه‌های بالینی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ به دست آمد. علاوه بر این، این مقیاس از روایی سازه، ملاکی، عاملی و رویه‌ای خوبی برخوردار می‌باشد (۵۷). در پژوهش حاضر اعتبار آزمون به روش همسانی درونی، ۰/۸۹ حاصل گردید. همچنین، ضریب Cronbach's alpha نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ گزارش شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش [Normed fit index = ۰/۹۹، (CFI) Comparative fit index = ۰/۹۹)، (NFI) Non-normed fit index = ۰/۹۹، (NNFI) Incremental fit index = ۰/۹۹، (IFI) Relative fit index = ۰/۹۸، (RFI) Goodness of fit index = ۰/۹۸، (GFI) و =۰/۰۶۲ oot mean square error of approximation (RMSEA)] این مقیاس بود.

پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا (Penn State Worry Questionnaire یا PSWQ): این مقیاس ابزاری ۱۶ ماده‌ای می‌باشد که توسط Meyer و همکاران ساخته شده است. پرسش‌نامه PSWQ از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است که در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و اعتبار آن به روش بازآزمایی نیز در طول یک دوره ۲ تا ۱۰ هفته‌ای بین۰/۷۴ تا ۹۳/ گزارش شده است (۵۸). در تحقیق حاضر اعتبار آزمون به روش همسانی درونی، ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین، ضریب Cronbach's alpha نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ حاصل گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI = ۰/۹۸، NFI = ۰/۹۷، NNFI = ۰/۹۷، IFI = ۰/۹۸، RFI = ۰/۹۷، GFI = ۰/۹۵ و RMSEA = ۰/۰۶۵) این پرسش‌نامه بود.

پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: ابزاری

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

۱۸ ماده‌ای است که توسط Garnefski و Kraaij طراحی شده است و نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت پنج درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) می‌باشد. همچنین، شامل ۹ خرده مقیاس خودسرزنش‌گری، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنش‌گری است. این راهبردها می‌تواند به دو گروه سازش یافته (شامل ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش) و سازش نایافته (خودسرزنش‌گری، دیگرسرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی) تقسیم شود. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای خرده مقیاس خودسرزنش‌گری، ۰/۶۷ و برای بقیه خرده مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، پرسش‌نامه مذکور از روایی قابل قبولی برخوردار است (۵۹). در مطالعه حاضر نیز اعتبار نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش گردید. اعتبار راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و سازش نایافته به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای ساختار دو عاملی (CFI = ۰/۹۶، NFI = ۰/۹۴، NNFI = ۰/۹۵، IFI = ۰/۹۶، RFI = ۰/۹۳، GFI = ۰/۹۴ و RMSEA = ۰/۰۵) و ۹ عاملی (CFI = ۰/۹۸، NFI = ۰/۹۶، NNFI = ۰/۹۷، IFI = ۰/۹۸، RFI۰/۹۴، GFI = ۰/۹۶ و RMSEA = ۰/۰۴) خوب و رضایت‌بخش بود.

پرسش‌نامه فراشناخت (Metacognition Questionnaire یا MCQ): برای بررسی باورهای منفی درباره نگرانی، از پرسش‌نامه MCQ استفاده می‌شود. این مقیاس ابزاری ۳۰ ماده‌ای است که توسط Wells و Cartwright-Hatton طراحی شده است و مواد آن بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از ۱ (موافق نیستم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌گردد. پرسش‌نامه MCQ شامل پنج بعد فراشناختی باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره افکار مرتبط با کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی می‌باشد. همسانی درونی نمره کل و خرده مقیاس‌های این مقیاس از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است و اعتبار آن نیز به روش بازآزمایی ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین، نتایج تحلیل عاملی‌تأییدی [GFI = ۰/۹۱، Root Mean Square Residual = ۰/۰۴ (RMR)، RMSEA = ۰/۰۷] حاکی از برازندگی مناسب الگو با داده‌ها می‌باشد. تحلیل عاملی اکتشافی نیز ساختار پنج عاملی آن را تأیید نمود (۶۰). در پژوهش حاضر اعتبار خرده مقیاس‌های باورهای منفی درباره نگرانی به روش همسانی درونی، ۰/۷۵ حاصل گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش آن (CFI = ۱، NFI = ۰/۹۹، NNFI = ۰/۹۹، IFI = ۱، RFI = ۰/۹۸، GFI = ۰/۹۹ و RMSEA = ۰/۰۲) بود.

پرسش‌نامه تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (Intolerance of Uncertainty Scale یا IUS): این مقیاس ۲۷ ماده‌ای توسط Freeston و همکاران برای ارزیابی واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری افراد به موقعیت‌های غیر حتمی ساخته شد. مواد پرسش‌نامه IUS بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی این آزمون ۰/۹۱ گزارش شده است. علاوه بر این، همبستگی معنی‌داری با پرسش‌نامه PSWQ (r = ۰/۶۳) و پرسش‌نامه ابعاد نگرانی (r = ۰/۵۷) مشاهده شده است (۶۱). در تحقیق حاضر، اعتبار نمره کل آزمون به روش همسانی درونی، ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین، ضریب Cronbach's alpha نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۱ گزارش گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI = ۰/۹۸، NFI = ۰/۹۷، NNFI = ۰/۹۷، IFI = ۰/۹۸، RFI = ۰/۹۶، GFI = ۰/۸۸ و RMSEA = ۰/۰۶۷) بود.

پرسش‌نامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire یا CAQ): این مقیاس ۲۵ ماده‌ای برای اولین بار توسط Sexton و Dugas ساخته شد. پرسش‌نامه CAQ از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس CAQ شامل پنج خرده مقیاس سرکوب فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار می‌باشد. اعتبار این پرسش‌نامه به روش همسانی درونی (۰/۹۵) و بازآزمایی (r = ۰/۸۵) خوب گزارش شده است. علاوه بر این، دارای روایی واگرا و همگرای خوبی به هنگام استفاده از مقیاس‌های نگرانی، سرکوب فکر و سبک‌های مقابله‌ای می‌باشد (۶۲). در مطالعه حاضر اعتبار نمره کل آزمون به روش همسانی درونی، ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین، ضریب Cronbach's alpha نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۶۹ گزارش گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI = ۰/۹۵، NFI = ۰/۹۳، NNFI = ۰/۹۴، IFI = ۰/۹۵، RFI = ۰/۹۲، GFI = ۰/۸۹ و RMSEA = ۰/۰۷) بود.

پرسش‌نامه پذیرش و عمل (AAQ-II یا Acceptance and Action Questionnaire-II): این مقیاس ۷ ماده‌ای برای اولین بار توسط Bond و همکاران ساخته شد و به صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۷ (همیشه در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود که اجتناب تجربی را ارزیابی می‌کند.آن‌ها میانگین اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی (Cronbach's alpha)، ۰/۸۴ (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و بازآزمایی (به فاصله ۳ تا ۱۲ ماه) را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش کردند (۶۳). در پژوهش حاضر اعتبار آزمون به روش همسانی درونی، ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین، ضریب Cronbach's alpha نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۶۰ گزارش گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI = ۰/۹۸، NFI = ۰/۹۸، NNFI = ۰/۹۷، IFI = ۰/۹۸، RFI = ۰/۹۶، GFI = ۰/۹۸ و RMSEA = ۰/۰۷۸) بود.

پرسش‌نامه مقابله معنوی (Spiritual Coping Questionnaire یا SCQ): این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط Charzynska جهت ارزیابی راهبردهای مقابله معنوی افراد دیندار و غیر دیندار در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا ساخته شد. ابزار SCQ دارای ۳۲ سؤال می‌باشد و به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، از دو مقیاس مقابله معنوی مثبت (شامل چهار خرده مقیاس شخصی، اجتماعی، محیطی و دینی) و مقابله منفی (شامل سه خرده مقیاس شخصی، اجتماعی و دینی) تشکیل شده است. تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده بیان‌کننده ۷ عامل مرتبه اول و دو عامل مرتبه دوم یعنی مقابله معنوی مثبت (شخصی، اجتماعی، محیطی و دینی) و منفی (شخصی، اجتماعی و دینی) است.

http://rbs.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

نتایج تحلیل عاملی تأییدی با هفت عامل مرتبه اول و دو عامل مرتبه دوم نیز نشان دهنده شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش [CFI = ۰/۹۵، NFI = ۰/۹۲، Tucker-Lewis Index (TLI) = ۰/۹۴، RMSEA=۰/۰۴] بود. اعتبار این پرسش‌نامه به روش همسانی درونی خوب گزارش شده است (۰/۶۷ تا ۰/۹۵). اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای مقابله معنوی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۲ و اعتبار آزمون به روش بازآزمایی (به فاصله ۶ هفته) نیز ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آمد. سرانجام، Charzynska نشان داد که پرسش‌نامه SCQ از روایی سازه، همگرا و واگرای خوبی برخوردار است (۴۴). نتایج تحلیل عاملی تأییدی تحقیق حاضر نشان داد که الگوی هفت عاملی این پرسش‌نامه برازش قابل قبولی (CFI = ۰/۹۵، NFI = ۰/۹۲، NNFI = ۰/۹۴، IFI = ۰/۹۵، RFI = ۰/۹۱، GFI = ۰/۸۷ و RMSEA=۰/۰۶) با داده‌ها دارد.

یافته‌ها

میانگین سن کل شرکت‌کنندگان ۳/۱۷ ± ۲۱/۹۴ بود. ۳۲۵ نفر (۵۲/۳ درصد) از نمونه‌ها را دختران و ۲۹۷ نفر (۴۷/۷ درصد) را پسران تشکیل دادند. به ترتیب ۲۱۸ (۳۶/۲ درصد)، ۱۹۰ (۳۱/۵ درصد) و ۱۹۵ (۳۲/۳ درصد) نفر از مشارکت‌کنندگان، دانشجوی دانشگاه‌های تهران، علامه طباطبایی و شهید بهشتی بودند. نوع پذیرش ۵۳۴ نفر (۸۵/۹ درصد) روزانه و ۸۸ نفر (۱۴/۱ درصد) شبانه بود. ۵۵۹ (۸۹/۹ درصد)، ۶ (۱/۰ درصد)، ۱۵ (۲/۴ درصد) و ۴۲ (۶/۸ درصد) نفر از سهمیه پذیرش خود را به ترتیب مناطق، شاهد، ایثارگران و سایر موارد اعلام نمودند. ۴۲۱ نفر (۶۷/۷ درصد) دانشجوی علوم انسانی، ۹۹ نفر (۱۵/۹ درصد) دانشجوی علوم پایه و ۱۰۲ نفر (۱۶/۴ درصد) نفر دانشجوی فنی مهندسی بودند. ۵۷۴ نفر (۹۲/۳ درصد) مجرد، ۴۷ نفر (۷/۶ درصد) متأهل و ۱ نفر (۰/۳ درصد) جدا شده بودند. ۵۰۸ (۸۱/۷ درصد)، ۱۹ (۳/۱ درصد) و ۹۵ (۱۵/۳ درصد) نفر مذهب خود را به ترتیب شیعه، اهل سنت و مسلمان گزارش کردند. طبقه اجتماعی ۳۱ (۵/۰ درصد)، ۵۶ (۹/۰ درصد)، ۳۴۶ (۵۵/۶ درصد)، ۱۶۷ (۲۶/۸ درصد) و ۲۲ (۳/۵ درصد) نفر به ترتیب پایین، متوسط به پایین، متوسط، متوسط به بالا و بالا بود. در نهایت، ۲۷۲ (۴۳/۷ درصد)، ۳۳۲ (۵۳/۵ درصد)، ۷ (۱/۱ درصد) و ۱۱ (۱/۸ درصد) نفر به ترتیب نوع سکونت خود را با خانواده، خوابگاه، اجاره ای با دوستان و اجاره‌ای به تنهایی ذکر کردند. یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات شرکت‌کنندگان در هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است.

در جدول ۲ ضرایب همبستگی Pearson مربوط به رابطه بین نشانه‌های GAD، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، مقابله‌های معنوی و عوامل فراتشخیصی ارایه شده است. نتایج نشان داد که بین کلیه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عوامل فراتشخیصی با نشانه‌های GAD رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$). همچنین، به استثنای مقابله اجتماعی مثبت، بین کلیه مقابله‌های معنوی با نشانه‌های GAD ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵۰$). در نهایت، رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵۰$). در جداول ۳ و ۴ نتایج مربوط به نقش تعدیل‌کننده مقابله‌های معنوی و واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (نمره کل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته حاصل جمع خرده مقیاس‌های خودسرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی می‌باشد) در رابطه بین عوامل فراتشخیصی (نمره کل عوامل فراتشخیصی حاصل جمع متغیرهای تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، اجتناب تجربه‌ای و باورهای منفی درباره نگرانی است) و نشانه‌های GAD (نمره کل نشانه‌های GAD حاصل جمع متغیرهای اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی آسیب شناختی می‌باشد) ارایه شده است.

یافته‌های جدول ۳ نشان داد که عوامل فراتشخیصی پیش‌بینی کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته و نشانه‌های GAD می‌باشند و در مجموع، به ترتیب ۵۴ و ۱۷ درصد واریانس نشانه‌های GAD را تبیین می‌کنند ($P < ۰/۰۵۰$).

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که پس از ورود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته و مقابله‌های معنوی مثبت، عوامل فراتشخیصی ($P < ۰/۰۵۰$، $\beta = ۰/۱۴$، $t = ۲/۶۱$)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ($P < ۰/۰۵۰$، $\beta = ۰/۷۳۰$، $t = ۸/۷۰$) و مقابله‌های معنوی مثبت ($P < ۰/۰۵۰$، $\beta = -۰/۲۸۰$، $t = -۳/۶۶$) پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های GAD بودند. اثر تعاملی عوامل فراتشخیصی و مقابله‌های معنوی بر نشانه‌های GAD نیز معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵۰$، $\beta = ۰/۰۰۲$، $t = ۳/۱۵$). اثر غیر مستقیم راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر نشانه‌های GAD معنی‌دار بود. در نهایت، اثر کلی عوامل فراتشخیصی بر نشانه‌های GAD پس از ورود مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته از ۰/۳۷ به ۰/۱۴ کاهش یافت (شکل ۱).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی (میانگین) متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	متغیر	میانگین ± انحراف معیار	متغیر	میانگین ± انحراف معیار
نشانه‌های GAD	۸/۲۰ ± ۵/۰۴	مقابله محیطی مثبت	۱۸/۶۴ ± ۵/۳۸	نشخوار فکری	۷/۱۴ ± ۱/۷۵
نگرانی آسیب‌شناختی	۳۴/۸۴ ± ۹/۶۰	مقابله شخصی مثبت	۱۷/۴۶ ± ۳/۸۴	تمرکز مجدد	۵/۲۱ ± ۱/۹۹
نمره کل نشانه‌های GAD	۴۳/۰۴ ± ۱۳/۱۰	مقابله دینی مثبت	۲۴/۳۹ ± ۸/۰۱	برنامه‌ریزی	۷/۷۱ ± ۱/۹۲
باورهای منفی درباره نگرانی	۱۳/۴۴ ± ۳/۸۴	نمره کل مقابله معنوی مثبت	۸۵/۶۴ ± ۱۷/۷۸	ارزیابی مجدد	۷/۴۳ ± ۲/۰۳
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۲/۱۴ ± ۳/۸۶	مقابله اجتماعی منفی	۱۰/۸۱ ± ۴/۶۹	کم‌اهمیت شماری	۶/۳۵ ± ۲/۰۱
تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی	۷۳/۸۷ ± ۱۸/۰۷	مقابله شخصی منفی	۱۰/۱۴ ± ۴/۴۹	فاجعه‌نمایی	۵/۳۲ ± ۲/۱۴
اجتناب شناختی	۶۲/۵۴ ± ۱۶/۶۰	مقابله دینی منفی	۷/۶۷ ± ۳/۴۳	دگر سرزنش‌گری	۴/۴۳ ± ۱/۹۸
اجتناب تجربه‌ای	۲۲/۱۵ ± ۸/۴۲	نمره کل مقابلهٔ معنوی منفی	۲۸/۶۱ ± ۱۰/۰۹	راهبردهای سازش یافته	۳۳/۳۹ ± ۶/۸۴
نمره کل عوامل فراتشخیصی	۱۰۹/۴۶ ± ۲۵/۹۱	خودسرزنش‌گری	۵/۸۵ ± ۲/۱۵	راهبردهای سازش نایافته	۲۲/۶۷ ± ۵/۰۷
مقابله اجتماعی مثبت	۲۵/۱۵ ± ۵/۶۹	پذیرش	۶/۷۰ ± ۲/۰۵		

GAD: Generalized Anxiety Disorder

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

جدول ۲. ضرایب همبستگی مربوط به رابطه بین عوامل فراتشخیصی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و نشانه‌های Generalized Anxiety Disorder (GAD)

متغیر		۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱٤	۱٥	۱٦	۱۷	۱۸
۱	GAD	-																	
۲	نگرانی آسیب شناختی	۰/۵۶**	-																
۳	پذیرش	-۰/۱۱**	-۰/۱۸**	-															
۴	تمرکز مجدد	-۰/۱۷**	-۰/۲۷**	۰/۱۹**	-														
۵	برنامه‌ریزی	-۰/۱۴**	-۰/۲۱**	۰/۲۸**	۰/۲۱**	-													
۶	ارزیابی مجدد	-۰/۲۰**	-۰/۲۷**	۰/۳۴**	۰/۲۳**	۰/۶۲**	-												
۷	کم‌اهمیت شماری	-۰/۱۷**	-۰/۲۲**	۰/۲۹**	۰/۳۰**	۰/۳۹**	۰/۵۰**	-											
۸	راهبردهای سازش یافته	-۰/۲۳**	-۰/۳۴**	۰/۶۲**	۰/۵۶**	۰/۷۲**	۰/۷۹**	۰/۷۳**	-										
۹	خودسرزنش‌گری	۰/۳۰**	۰/۳۲**	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۰۳	-۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۳	-									
۱۰	نشخوار فکری	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۱۴**	-۰/۰۴	۰/۱۲**	۰/۱۱**	۰/۱۰*	۰/۱۲**	۰/۲۵**	-								
۱۱	فاجعه‌نمایی	۰/۴۳**	۰/۴۱**	-۰/۱۳**	-۰/۱۴**	-۰/۱۴**	-۰/۲۱**	-۰/۱۴**	-۰/۲۲**	۰/۲۹**	۰/۳۲**	-							
۱۲	دگرسرزنش‌گری	۰/۱۸**	۰/۱۷**	-۰/۱۴**	۰/۰۵	-۰/۱۷**	-۰/۲۱**	-۰/۰۲	-۰/۱۵**	-۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۳۶**	-						
۱۳	راهبردهای سازش نایافته	۰/۴۲**	۰/۴۳**	-۰/۰۲	-۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۱۳**	-۰/۰۲	-۰/۰۸*	۰/۶۱**	۰/۶۰**	۰/۷۶**	۰/۵۶**	-					
۱۴	تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی	۰/۴۷**	۰/۶۱**	-۰/۱۱**	-۰/۲۷**	-۰/۱۱**	-۰/۱۸**	-۰/۱۷**	-۰/۲۵**	۰/۱۹**	۰/۲۳**	۰/۲۹**	۰/۱۱**	۰/۳۰**	-				
۱۵	اجتناب تجربه‌ای	۰/۴۸**	۰/۶۴**	-۰/۱۲**	-۰/۱۸**	-۰/۲۱**	-۰/۲۸**	-۰/۲۴**	-۰/۳۰**	۰/۲۹**	۰/۲۱**	۰/۳۹**	۰/۱۷**	۰/۳۹**	۰/۵۷**	-			
۱۶	باورهای منفی درباره نگرانی	۰/۴۵**	۰/۵۶**	-۰/۱۶**	-۰/۲۵**	-۰/۱۷**	-۰/۲۱**	-۰/۱۵**	-۰/۲۸**	۰/۲۳**	۰/۱۹**	۰/۳۰**	۰/۱۵**	۰/۳۲**	۰/۴۵**	۰/۴۳**	-		
۱۷	اجتناب شناختی	۰/۱۷**	۰/۱۵**	۰/۰۷	۰/۱۴**	۰/۱۱**	۰/۱۰*	۰/۱۳**	۰/۱۶**	۰/۰۶	۰/۱۷**	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۱۳**	۰/۲۳**	۰/۲۱**	۰/۱۷**	-	
۱۸	نمره کل عوامل فراتشخیصی	۰/۵۱**	۰/۶۳**	-۰/۰۸	-۰/۱۷**	-۰/۰۹*	-۰/۱۵**	-۰/۱۲**	-۰/۱۸**	۰/۲۳**	۰/۲۸**	۰/۳۲**	۰/۱۵**	۰/۳۶**	۰/۸۵**	۰/۷۱**	۰/۵۵**	۰/۶۵**	-
۱۹	مقابله اجتماعی مثبت	-۰/۰۸	-۰/۰۴	۰/۱۴**	۰/۰۵	۰/۲۲**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۲۶**	-۰/۰۳	-۰/۱۱**	-۰/۱۱**	-۰/۱۷**	-۰/۰۸*	-۰/۰۰۵	-۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۱۴**	۰/۰۵
۲۰	مقابله محیطی مثبت	-۰/۱۵**	-۰/۲۳**	۰/۱۲**	۰/۲۲**	۰/۱۹**	۰/۲۸**	۰/۲۳**	۰/۳۱**	-۰/۱۱**	۰/۰۷	-۰/۱۵**	-۰/۰۶	-۰/۱۱**	-۰/۱۶	-۰/۰۵	۰*/۰۹	-۰/۰۸	۰/۴۴**
۲۱	مقابله شخصی مثبت	-۰/۲۲**	-۰/۲۶**	۰/۱۷**	۰/۱۲**	۰/۳۰**	۰/۴۲**	۰/۲۹**	۰/۳۸**	-۰/۱۵**	۰/۰۷	-۰/۲۷**	-۰/۲۶**	-۰/۲۵**	-۰/۲۴**	۰/۰۱	۰/۱۵**	-۰/۰۹*	۰/۵۸**
۲۲	مقابله دینی مثبت	-۰/۱۱**	-۰/۱۱**	۰/۰۶	۰/۰۹*	۰/۱۳	۰/۱۹**	۰/۲۱**	۰/۲۰**	-۰/۰۸	-۰/۰۵	-۰/۱۲**	-۰/۱۶**	-۰/۱۳**	-۰/۱۰*	-۰/۱۰*	۰/۰۲	۰/۱۷**	۰/۰۱
۲۳	نمره کل مقابله معنوی مثبت	-۰/۱۷**	-۰/۱۹**	۰/۱۴**	۰/۱۵**	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۳۰**	۰/۳۵**	-۰/۱۱**	-۰/۰۹*	-۰/۱۹**	-۰/۲۰**	-۰/۱۷**	-۰/۱۱**	-۰/۱۷**	۰/۰۰۱	۰/۱۹**	-۰/۰۳
۲۴	مقابله اجتماعی منفی	۰/۲۸**	۰/۲۳**	-۰/۰۶	-۰/۰۲	-۰/۱۵**	-۰/۱۶**	-۰/۰۹**	-۰/۱۴**	۰/۱۵**	۰/۰۷	۰/۲۶**	۰/۳۲**	۰/۲۹**	۰/۲۳**	۰/۲۶**	۰/۱۷**	۰/۱۴**	۰/۲۸**
۲۵	مقابله شخصی منفی	۰/۴۳**	۰/۴۱**	-۰/۱۹**	-۰/۰۹**	-۰/۲۵**	-۰/۲۷**	-۰/۱۹**	-۰/۲۹**	۰/۲۵**	۰/۰۹*	۰/۳۸**	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۰/۰۵	۰/۱۳**	۰/۴۲**
۲۶	مقابله دینی منفی	۰/۲۶**	۰/۲۴**	-۰/۰۷	-۰/۰۶	-۰/۱۰*	-۰/۱۳**	-۰/۰۶	-۰/۱۲**	۰/۱۷**	۰/۰۵	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۰/۲۵**	۰/۲۳**	۰/۲۶**	۰/۱۱**	۰/۱۴**	۰/۲۷**
۲۷	نمره کل مقابله معنوی منفی	۰/۴۱**	۰/۳۷**	-۰/۱۴**	-۰/۰۷	-۰/۲۱**	-۰/۲۴**	-۰/۱۵**	-۰/۲۳**	۰/۲۴**	۰/۰۹*	۰/۳۷**	۰/۳۲**	۰/۳۸**	۰/۳۵**	۰/۴۱**	۰/۱۴**	۰/۱۷**	۰/۴۱**

GAD: Generalized Anxiety Disorder

P < ۰/۰۱** ،P < ۰/۰۵*

جدول ۳. مدل رگرسیون مربوط به پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته و پیش‌بینی نشانه‌های Generalized Anxiety Disorder (GAD) از طریق عوامل فراتشخیصی

متغیر		ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی	میانگین مجذور خطا	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	ضریب اثر	خطای معیار	ارزش t	مقدار P
پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته	عوامل فراتشخیصی	۰/۷۳	۰/۵۴	۷۹/۲۸	۷۰۳/۱۵	۱	۶۰۱	۰/۳۷	۰/۰۱۰	۲۶/۵۱	۰/۰۰۱
پیش‌بینی نشانه‌های **GAD**	عوامل فراتشخیصی	۰/۴۱	۰/۱۷	۱۶/۱۱	۱۲۱/۷۰	۱	۶۰۱	۰/۰۶۹	۰/۰۰۶	۱۱/۰۳	۰/۰۰۱

GAD: Generalized Anxiety Disorder

http://rbs.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]

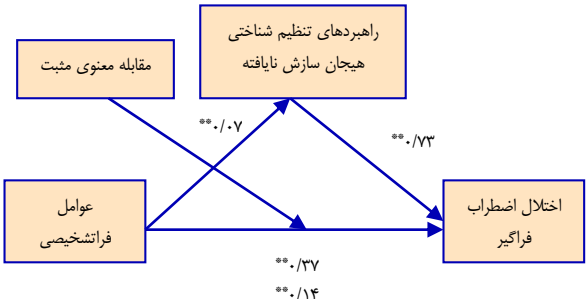
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

جدول ٤. خلاصه نتایج مربوط به نقش تعدیل‌کننده مقابله‌های معنوی و واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های Generalized Anxiety Disorder (GAD)

متغیر	ضریب اثر	خطای معیار	ارزش t	مقدار P
راهبردها ی تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته	۰/۷۳۰	۰/۰۸۰۰	۸/۷۰	۰/۰۰۱
عوامل فراتشخیصی	۰/۱۴۰	۰/۰۵۰۰	۲/۶۱	۰/۰۰۹
مقابله معنوی مثبت	−۰/۲۸۰	۰/۰۷۰۰	−۳/۶۶	۰/۰۰۱
اثر تعاملی	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰۶	۳/۱۵	۰/۰۰۱

از این‌رو، نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که اثر عوامل فراتشخیصی بر نشانه‌های GAD تحت تأثیر یا واسبته به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی مثبت می‌باشد.



شکل ۱. ضرایب اثر مربوط به مدل نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطهٔ بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های Generalized Anxiety Disorder (GAD)

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین عوامل فراتشخیصی (اجتناب شناختی، باورهای منفی درباره نگرانی، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و اجتناب تجربه‌ای) با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، مقابله‌های معنوی و نشانه‌های GAD رابطه وجود دارد. از این‌رو، نتایج مطالعات پیشین مبنی بر رابطه بین اجتناب شناختی (۱۹، ۵)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (۶۶-۶۴، ۲۷، ۲۱-۱۷، ۱۴، ۱۲)، باورهای منفی درباره نگرانی (۶۹-۶۷، ۴۰، ۱۷-۸) و اجتناب تجربه‌ای (۲۸، ۲۷، ۲۵-۲۳) با نشانه‌های GAD تکرار گردید. همچنین، عوامل فراتشخیصی تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، باورهای منفی درباره نگرانی و اجتناب تجربه‌ای، نقشی کلیدی در پیش‌بینی یا ایجاد نشانه‌های GAD ایفا می‌کنند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل‌ناپذیر هستند، اعتقاد دارند که بلاتکلیفی استرس‌زا و ناراحت‌کننده و در مورد آینده ناعادلانه است، رویدادهای منفی غیر منتظره می‌باشند و باید از آن‌ها اجتناب کرد و همچنین، بلاتکلیفی با عملکرد آن‌ها تداخل دارد (۶۶، ۱۹، ۱۸). آن‌ها استعداد بیشتری برای ابتلا به GAD دارند. همچنین، افرادی که معتقد هستند نگرانی کنترل‌ناپذیر است و برای جسم، روان یا کارکردهای روانی اجتماعی آسیب‌زا یا خطرناک می‌باشد، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این اختلال قرار دارند؛ چرا که به این طریق سبب تشدید احساس تهدید و علایم اضطراب خود می‌شوند؛ عواملی که می‌توانند به عنوان نشانه‌هایی از خطرناک بودن یا کنترل‌ناپذیری نگرانی تفسیر شوند. در نتیجه، نگرانی آن‌ها همچنان به عنوان یک روش عمده مقابله توسط این افراد استفاده خواهد شد (۷۰، ۱۱، ۹، ۸). در نهایت، افرادی که تجارب درونی خود از جمله افکار، هیجانات و حواس فیزیولوژیک خود را به گونه‌ای منفی (قضاوتی، واکنشی و آمیخته) ارزیابی می‌نمایند و از نگرانی به تنهایی یا همراه با سایر راهبردهای دیگر به عنوان ابزاری برای فرار یا اجتناب از این تجربه‌ها استفاده می‌کنند، در معرض خطر بیشتری قرار دارند. آن‌ها امیدوار هستند که از این طریق پریشانی‌شان کاهش یابد، اما به طور متناقضی سبب افزایش نشانه‌های خود می‌شوند (۲۳، ۲۲). در مجموع، نمره بالای افراد در عوامل فراتشخیصی پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های GAD می‌باشد و همچنین، این افراد از آمادگی و آسیب‌پذیری بیشتری جهت ابتلا به این اختلال برخوردار هستند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته یعنی خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی می‌توانند واسطه رابطه بین عوامل فراتشخیصی (تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، باورهای منفی درباره نگرانی و اجتناب تجربه‌ای) با نشانه‌های GAD باشند. به عبارت دیگر، این راهبردها مکانیزم‌هایی هستند که می‌توانند تبیین کنند چگونه عوامل فراتشخیصی منجر به نشانه‌های بعدی GAD می‌شوند. نتایج فوق حاکی از آن است که تنظیم هیجانات به واسطه افکار یا شناختارها، رابطه جدایی‌ناپذیری با زندگی انسان دارند و به افراد جهت مدیریت هیجانات خود پس از تجربه رویدادهای منفی استرس‌زا و تهدیدکننده کمک می‌کند (۷۱، ۵۹). از سوی دیگر، استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی سازش نایافته یا سبک‌های شناختی همچون نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و خودسرزنش‌گری افراد را نسبت به مشکلات هیجانی از جمله GAD آسیب‌پذیرتر می‌سازد (۵۹، ۳۵)؛ چرا که این افراد به طور عمده در حال تفکر درباره احساس‌ها و افکار مرتبط با رویدادهای منفی هستند و خود را برای آنچه اتفاق افتاده یا تجربه می‌شود، سرزنش می‌کنند و همچنین، افکار بیشتری درباره جنبه‌های وحشتناک آنچه تجربه شده است، دارند. در مقابل، افکار کمتری درباره ایجاد معنای مثبت برای یک رویداد دارند و کمتر به موضوعات شاد و لذت‌بخش به جای آنچه واقعاً تجربه شده است، فکر می‌کنند. کمتر می‌توانند آنچه را که اتفاق افتاده است، کم‌اهمیت شمرند. کمتر می‌توانند آنچه را تجربه کرده‌اند، بپذیرند و به آنچه پیش آمده رضایت دهند و سرانجام کمتر می‌توانند به گام‌هایی که باید برای نحوه مدیریت تجربه منفی برداشته شود، فکر کنند. در نتیجه، به نظر می‌رسد که این افراد در انتخاب راهبردهای خود نیز جهت مدیریت هیجان‌ها دچار مشکل هستند.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان بر اساس مدل بدتنظیمی هیجان Mennin و همکاران (۳۴، ۳۳) و مدل فرایند تنظیم هیجان Gross (۷۲) و Fernandez و همکاران (۷۳) عمل نمود. در مدل بدتنظیمی هیجانی GAD اعتقاد بر این است که افراد مبتلا به این اختلال مشکلاتی در چهار مؤلفه کارکرد هیجان یعنی شدت هیجان‌ها، فهم ضعیف هیجان‌ها، واکنش منفی نسبت به هیجان‌ها و راهبردهای نابهنجار مدیریت هیجان دارند (۳۳). در مدل فرایند تنظیم هیجان نیز تنظیم هیجان به وسیله یک فرایند چهار مرحله‌ای اتفاق می‌افتد که شامل شناسایی هیجاناتی که باید تنظیم شوند، انتخاب یک راهبرد برای تنظیم هیجان، اجرای راهبرد انتخاب شده و نظارت بر اجرای راهبرد انتخاب شده در طی زمان می‌باشد (۷۴). Gross (۷۲) و Fernandez و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

همکاران (۷۳) اعتقاد دارند که یکی از علل مهم بسیاری از الگوهای مشکل‌زای هیجان، بدتنظیمی هیجان به دلیل شکست در تنظیم هیجان یا بدتنظیمی هیجان می‌باشد. از این‌رو، چنین به نظر می‌رسد که افراد دارای نمره بالا در عوامل فراتشخیصی، به واسطه انتخاب راهبردهای نابهنجار یا سازش نایافته‌تر تنظیم هیجان از جمله فاجعه‌نمایی، نشخوار فکری و خودسرزنش‌گری، در پاسخ به عوامل استرس‌زا و تهدیدکننده یا شکست در تنظیم هیجان، نشانه‌های GAD را با شدت بیشتری تجربه می‌نمایند.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، مقابله‌های معنوی تعدیل‌کننده رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD می‌باشند. به عبارت دیگر، مقابله‌های معنوی مثبت از جمله مقابله‌های شخصی، اجتماعی، محیطی و دینی مثبت به عنوان ضربه‌گیری در برابر ایجاد و تداوم نشانه‌های GAD عمل می‌کنند. اگرچه پژوهشی در مورد نقش تعدیل‌کننده مقابله‌های معنوی در رابطه بین مقابله‌های معنوی و نشانه‌های GAD مشاهده نشد. با این وجود، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات پیشین که نشان داد بین عوامل معنوی و اضطراب رابطه وجود دارد (۷۹-۷۵)، همخوانی داشت. نتایج برخی پژوهش‌ها رابطه بین عوامل و سطوح دینداری، حضور ایمن و مضطربانه خداوند با اضطراب فراگیر را تأیید کردند (۸۲-۸۰)، اما برخی از تحقیقات رابطه‌ای را بین حضور دینی و دینداری با GAD مشاهده نکردند و یا شاهد رابطه معکوس بین این متغیرها بودند (۸۳، ۵۲، ۵۱). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های روش‌شناختی و فرهنگی باشد. Amjad و Zehra Bokharey گزارش کردند که بین راهبردهای مقابله دینی و علایم GAD رابطه معنی‌داری وجود دارد (۴۸). این‌رو، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعه Amjad و Zehra Bokharey (۴۸) نشان داد که بین مقابله‌های دینی و معنوی با نشانه‌های GAD رابطه وجود دارد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان به نقش عوامل معنوی و مقابله‌های معنوی در پیشگیری و ایجاد نشانه‌های GAD اشاره کرد. عوامل فراتشخیصی از جمله تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، باورهای منفی درباره نگرانی و اجتناب تجربه‌ای، نقش مهم و کلیدی در آمادگی یا ابتلای افراد به GAD ایفا می‌کنند، اما عوامل معنوی سلامت روان، افراد را به شیوه‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. معنویت‌گرایی منابعی را برای افرادی که تحمل‌ناپذیرتر هستند، باورهای منفی درباره نگرانی دارند و از تجارب درونی خود فرار می‌کنند جهت مقابله با عوامل یا رویدادهای استرس‌زا و تهدیدکننده فراهم می‌سازد؛ به طوری که سبب تسهیل مقابله می‌شود و با کاهش استرس و هیجانات منفی منجر به افزایش فراوانی هیجانات مثبت می‌شود. حس معنا و هدف را در شرایط دشوار زندگی فراهم می‌کند. از سوی دیگر، احتمال تبدیل شدن این رویدادها به اختلالات هیجانی از جمله GAD را کاهش می‌دهد. معنویت‌گرایی سبب ایجاد جهان‌بینی خوش‌بینانه و امیدوارانه‌ای در افراد می‌شود که ممکن است شامل یک نیروی متعالی (خدا، اله، یهوه و...) باشد، نیرویی که انسان را دوست دارد، از او مراقبت می‌کند و پاسخگوی نیازهای او است؛ شناختارهایی که سبب ایجاد حس کنترل بر رویدادها می‌شود. به عبارت دیگر، حس کنترل غیر مستقیم بر شرایط را می‌دهد و منجر به کاهش کنترل شخصی می‌شود. همچنین، سبب کنترل نیروهای فشارزای درونی و بیرونی می‌گردد. معنویت‌گرایی پاسخ‌های رضایت‌بخشی برای سؤالات وجودی افراد و همچنین، پاسخ‌هایی برای زندگی فعلی و زندگی بعدی آن‌ها فراهم می‌سازد. به عادی‌سازی فقدان و تغییر کمک می‌کند و الگوهای نقشی را برای افرادی که از مشکلات مشابه رنج می‌برند، فراهم می‌سازد. در نتیجه، مردم را قادر به احساس درد و رنج می‌کند و پذیرش درد و رنج را تسهیل می‌نماید (۷۹-۷۷).

از سوی دیگر، بیشتر ادیان و نهادهای معنوی قواعد و آیین‌هایی درباره چگونگی زندگی و رفتار با دیگران در یک گروه اجتماعی دارند. قوانین اجتماعی که زندگی جمعی، همکاری و حمایت متقابل را تسهیل می‌کند و گسترش می‌دهد. وقتی که افراد این قواعد و آیین‌ها را رعایت می‌کنند، این احتمال کاهش می‌یابد که رویدادهای استرس‌زای زندگی هیجانات مثبت را کاهش و هیجانات منفی را افزایش دهد. بیشتر ادیان و نهادهای معنوی بر دوست داشتن دیگران، شفقت و اعمال نوع‌دوستانه و همچنین، ملاقات یکدیگر در طی رویدادهای اجتماعی دینی و معنوی تأکید دارند. این رفتارهای مفید اجتماعی دارای پیامدهای بسیاری می‌باشد که سبب تعدیل استرس و هیجانات منفی از جمله نگرانی و حمایت از انسان به هنگام نیاز می‌شود. علاوه بر این، از آن‌جایی که ادیان و نهادهای دینی و معنوی کمک به دیگران را تشویق می‌کنند و بر تمرکز به خارج از خود تأکید دارند، اشتغال به این فعالیت‌ها ممکن است هیجانات مثبت را افزایش دهد و به منحرف کردن توجه نسبت به مشکلات کمک نماید. دینداری و معنویت‌گرایی فضایل اخلاقی از جمله صداقت، بخشش، قدردانی، صبر و قابلیت اعتماد را افزایش می‌دهد؛ عواملی که به سهم خود روابط اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی را ارتقا و تداوم می‌بخشد. پیروی از این فضایل اخلاقی ممکن است به طور مستقیم هیجانات مثبت را افزایش دهد و هیجانات منفی را خنثی سازد. در نهایت، دینداری و معنویت‌گرایی منجر به بروز رفتارهای سالم بهتر از جمله عدم مصرف الکل و دارو، سیگار نکشیدن، فعالیت‌های جسمی و ورزشی بیشتر، رژیم غذایی بهتر و رفتارهای جنسی ایمن‌تر و در نتیجه، سبک زندگی سالم‌تر می‌شوند (۷۹-۷۷). برخی نیز اعتقاد دارند که معنویت‌گرایی، بهزیستی روان‌شناختی افراد را از طریق مسیرهای اجتماعی (مانند ارتباط اجتماعی و شفقت نسبت به دیگران)، شناختی (فراهم ساختن حس هدف و معنا در زندگی)، رفتاری (اجتناب از رفتارهای پرخطر) و زیستی (تغییر در کارکردهای نوروبیولوژیک، نوروهورمون، نوروایمونولوژیک و قلبی- عروقی) تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸۴).

مقابله‌های معنوی نیز که به عنوان جستجو برای معنا در هنگام استرس و به روش‌های مرتبط با امور مقدس و یا تلاش برای غلبه بر عوامل استرس‌زا براساس منابع غیر مادی تعریف می‌شوند (۴۴)، نقشی اساسی در تعدیل رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD ایفا می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مقابله‌های معنوی مثبت، نقش مهمی در تعدیل رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD ایفا می‌کنند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افرادی که از مقابله‌های معنوی مثبت استفاده می‌نمایند، پس از مواجهه با عوامل استرس‌زا، تهدیدکننده و دشوار زندگی، به دنبال جستجوی هدف، حس و معنا، تمرکز بر زندگی درونی خود، تلاش برای غلبه بر ضعف‌های خود و کسب خودآگاهی بیشتر و بیشتر، جستجو برای آرامش و هماهنگی درونی (بعد شخصی)؛ ایجاد و حفظ روابط عمیق و ارزشمند با افراد دیگر، توجه به ارزش‌های اخلاقی، رفتار عادلانه با مردم، مراقبت از دیگران، تمایل به کمک، نشان دادن عشق، همدلی و دلسوزی (بعد اجتماعی) و تمرکز بر احساس دلبستگی و تعلق به طبیعت، درک هماهنگی و نظم موجود در آن، رفتار با طبیعت به عنوان دوست انسان‌ها، باز بودن به مشاهده معجزات موجود در طبیعت (بعد محیطی) و حفظ رابطه مستحکم با خداوند/ قدرت برتر بر اساس حس حضور، عشق و اعتماد (بعد

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

دینی) هستند (۴۴). این روش‌های مقابله مانند ضربه‌گیر عمل می‌کنند و باعث کاهش استرس و هیجانات منفی ناشی از تجربه‌ها یا رویدادهای استرس‌زا، تهدیدکننده و منفی زندگی می‌شوند و از ابتلای افراد به نشانه‌های GAD جلوگیری به عمل می‌آورند و یا سبب کاهش شدت نشانه‌های آن‌ها می‌شوند. در نهایت، این مقابله‌ها سبب کاهش استفاده از راهبردهایی از جمله نگرانی برای اجتناب از محتوای شناختی و هیجانی تهدیدکننده، کاهش باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیر بودن و خطرناک بودن نگرانی‌ها برای جسم، روان یا کارکردهای روانی- اجتماعی، کاهش استرس ناشی از بلاتکلیفی و همچنین، کاهش تلاش جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و حواس پریشان‌کننده می‌شوند؛ در حالی که مقابله‌های معنوی منفی می‌توانند منجر به نفی هدف و معنای زندگی فرد، تأکید بر ضعف‌ها و محدودیت‌های فرد و تمرکز بر خطاها یا تخلفات فرد (بعد شخصی)؛ فهم مردم به عنوان موجوداتی ذاتاً خودخواه و مراقب منافع خود که منجر به بیزاری، خصومت یا حسادت به دیگران، ممانعت از ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی عمیق و ارزشمند (بعد اجتماعی) می‌شود و چالش دینی درونی که خود را به شکل کینه نسبت به خدا/ قدرت برتر، سرزنش او و نفی او آشکار می‌سازد، گردد (۴۴). عواملی که افراد را در معرض خطر بیشتر ابتلا به نشانه‌های GAD قرار می‌دهند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. اول این که به صورت مقطعی بر روی گروهی از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران انجام گرفت از این‌رو، در تعمیم نتایج تحقیق به گروه‌های دیگر به خصوص جمعیت‌های بالینی باید احتیاط کرد. بنابراین، انجام مطالعات طولی و پژوهش در مورد جمعیت‌های بالینی و سایر مناطق کشور می‌تواند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازد. سازه معنویت‌گرایی و دینداری از جمله سازه‌هایی هستند که پاسخ دهندگان به دلایل مختلف ممکن است از بیان مکنونات درونی خود امتناع ورزد یا تلاش کنند خود را بیش از آنچه هست معنویت‌گرا یا دیندار جلوه دهند بر این اساس، در همه پژوهش‌های مربوط به معنویت‌گرایی یا دینداری، توجه به این موضوع در نتیجه‌گیری‌ها و تعمیم یافته‌ها کمک‌کننده می‌باشد. در مطالعه حاضر به منظور سنجش متغیرها، تنها از پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی مداد- کاغذی استفاده شد که به نوبه خود می‌تواند نتایج را به دلایل مختلف از جمله سوگیری تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده از سایر ابزارها و روش‌های ارزیابی مانند مصاحبه استفاده شود تا امکان دسترسی به نتایج دقیق‌تر و معتبرتر فراهم گردد. در پژوهش حاضر، توجه معطوف به عوامل فراتشخیصی موجود در مدل‌های معاصر GAD بود. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی و به واسطه حمایت‌های مالی مؤثر از سوی مراکز مطالعاتی و پژوهشی، به سایر عوامل فراتشخیصی از جمله توجه انتخابی و حافظه، خاطرات عودکننده، استدلال هیجانی، سرکوب فکر، نقایص کنترل اجرایی، فرایندهای بازداری شناختی، روان‌رنجورخویی و عاطفه منفی نیز توجه شود. در پژوهش حاضر از ابزارهای متفاوتی برای سنجش عوامل فراتشخیصی استفاده گردید. از این‌رو، مطالعات آتی می‌توانند تلاش‌هایی جهت ساخت پرسش‌نامه فراتشخیصی انجام دهند. در نهایت، به نظر می‌رسد که می‌توان بر اساس مبانی نظری تدوین شده، بسته آموزشی فراتشخیصی GAD را طراحی نمود و سپس از طریق پژوهش آزمایشی، آن را به تنهایی یا در کنار سایر روش‌های درمانی پیگیری کرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری با شماره ۵۷۴۵۵۰، مصوب دانشگاه تهران می‌باشد. بدین وسیله از حمایت‌های مالی و معنوی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و تمام افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat M A, Gholamali Lavasani M. A review of conceptual models for worry and generalized anxiety disorder. Clin Exc 2017; 6(2): 23-38. [In Persian].
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
3. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. J Anxiety Disord 2009; 23(8): 1011-23.
4. Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In: Davey GC, Tallis F, Editors. Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment. Hoboken, NJ: Wiley; 1994.
5. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS, Editors. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. New York, NY: Guilford Press; 2004.
6. Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML. The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. Clin Psychol Psychother 1999; 6(2): 126-38.
7. Borkovec TD, Ray WJ, Stöber J. Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. Cognit Ther Res 1998; 22(6): 561-76.
8. Wells A, Papageorgiou C. Worry and the incubation of intrusive images following stress. Behav Res Ther 1995; 33(5): 579-83.
9. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive Therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. Cogn Behav Pract 2007; 14(1): 18-25.
10. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: Review and status. J Exp Psychopathol 2010; 1(1): 133-45.
11. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. Behav Res Ther 2012; 50(6): 367-73.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

12. Tan S, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M. Metacognitive, cognitive and developmental predictors of generalised anxiety disorder symptoms. Clinical Psychologist 2010; 14(3): 84-9.

13. Diefenbach GJ, Gilliam CM, Tolin DF. Metacognitive beliefs in late-life generalized anxiety disorder. J Exp Psychopathol 2012; 3(5): 768-81.

14. Khawaja NG, McMahon J. The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety, and depression. Behaviour Change, 2011; 28(4): 165-80.

15. Soltan Mohammadlou S, Gharraee B, Fathali Lavasani F, Gohari MR. The relationship of behavioral activation and inhibition systems (BAS/BIS), difficulty of emotional regulation, metacognition with worry. Research in Cognitive and Behavioral Sciences 2014; 3(2): 85-100. [In Persian].

16. Khanipur H, Sohrabi F, Tabatabaee S. Comparsion of metacognituve belifes and thought control strategies among students with normal and pathological worry. Research in Clinical Psychology and Counseling 2011; 1(1): 71-82.

17. Ruggiero GM, Stapinski L, Caselli G, Fiore F, Gallucci M, Sassaroli S, et al. Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. Pers Individ Dif 2012; 53(3): 224-30.

18. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. Abingdon, UK: Taylor & Francis; 2007.

19. Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, et al. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? Behav Ther 2007; 38(2): 169-78.

20. Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. J Anxiety Disord 2005; 19(3): 329-43.

21. Kusec A, Tallon K, Koerner N. Intolerance of uncertainty, causal uncertainty, causal importance, self-concept clarity and their relations to generalized anxiety disorder. Cogn Behav Ther 2016; 45(4): 307-23.

22. Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. Clin Psychol 2002; 9(1): 54-68.

23. Roemer L, Salters K, Raffa SD, Orsillo SM. Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. Cognit Ther Res 2005; 29(1): 71-88.

24. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Ther 2007; 38(1): 72-85.

25. Lee JK, Orsillo SM, Roemer L, Allen LB. Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. Cogn Behav Ther 2010; 39(2): 126-36.

26. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. Cogn Behav Pract 2013; 20(3): 264-81.

27. Buhr K, Dugas MJ. Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. Int J Cogn Ther 2012; 5(1): 1-17.

28. Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Kami M, Mazidi M, Abasi I. Anxiety sensitivity dimensions and generalized anxiety severity: The mediating role of experiential avoidance and repetitive negative thinking. Iran J Psychiatry 2016; 11(3): 140-6.

29. Nolen-Hoeksema S, Watkins ER. A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. Perspect Psychol Sci 2011; 6(6): 589-609.

30. Harvey AG, Watkins E, Mansell W. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.

31. Aldao A. Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. Revista de Psicopatologķa y Psicologķa Clķnica 2012; 17(3): 261-77.

32. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. Behav Res Ther 2010; 48(10): 974-83.

33. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2005; 43(10): 1281-310.

34. Mennin DS, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. Clin Psychol 2002; 9(1): 85-90.

35. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif 2001; 30(8): 1311-27.

36. Zare H, Solgi Z. Investigation of the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression, anxiety and stress in students. Journal of Research in Psycological Health 2012; 6(3): 19-29. [In Persian].

37. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. Pers Individ Dif 2005; 39(7): 1249-60.

38. Davoodi A, Neshat Doost HT, Abedi MR, Talebi H. Explaining generalized anxiety disorder based on cognitive regulation

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

strategies of emotion, poor understanding of emotions and thought-action combination . Journal of Sociological Research 2014; 5(1): 182-93. [In Persian].
39. Rabie M, Zerehpush A, Palahang H, Zarie Mahmood Abadi H. Relationship between components of cognitive emotion regulation and anxiety disorders. J Res Behave Sci 2014; 11(5): 363-74. [In Persian].
40. Besharat MA, Mirjalili RS, Bahrami EH. The mediating role of meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety disorder. J Fundam Ment Health 2015; 17(3): 116-24. [In Persian].
41. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. Pers Individ Dif 2010; 48(4): 408-13.
42. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. Eur Child Adolesc Psychiatry 2007; 16(1): 1-9.
43. Akbari M, Roshan R, Fata L, Shabani A, Zarghami F. The role of cognitive, behavioral, emotional and metacognitive factors in predicting repetitive negative thinking: A transdiagnostic approach. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2014; 20(3): 233-42.
44. Charzynska E. Multidimensional approach toward spiritual coping: Construction and validation of the spiritual coping questionnaire (SCQ). J Relig Health 2015; 54(5): 1629-46.
45. Reynolds N, Mrug S, Britton L, Guion K, Wolfe K, Gutierrez H. Spiritual coping predicts 5-year health outcomes in adolescents with cystic fibrosis. J Cyst Fibros 2014; 13(5): 593-600.
46. Fallot RD, Heckman JP. Religious/spiritual coping among women trauma survivors with mental health and substance use disorders. J Behav Health Serv Res 2005; 32(2): 215-26.
47. Ambrose SD. Religion and psychology: New research. Hauppauge, NY: Nova Publishers; 2006.
48. Amjad F, Zehra Bokharey I. The impact of spiritual wellbeing and coping strategies on patients with generalized anxiety disorder. J Muslim Ment Health 2014; 8(1): 21-38.
49. Amjad F, Bokharey IZ. Comparison of spiritual well-being and coping strategies of patients with generalized anxiety disorder and with minor general medical conditions. J Relig Health 2015; 54(2): 524-39.
50. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. Aging Ment Health 2011; 15(3): 334-43.
51. Ai AL, Weiss SI, Fincham FD. Family factors contribute to general anxiety disorder and suicidal ideation among Latina Americans. Womens Health Issues 2014; 24(3): e345-e352.
52. Ai AL, Pappas C, Simonsen E. Risk and protective factors for three major mental health problems among Latino American men nationwide. Am J Mens Health 2015; 9(1): 64-75.
53. Mohri Adaryani M, Jalili S, Roshani K. A study of metacognitive strategies, spiritual health and life satisfaction in college students. J Life Sci Biomed 2013; 3(5): 367-70.
54. Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S, Mahoney A. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. J Anxiety Disord 2010; 24(7): 799-808.
55. Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Religiously and spiritually integrated treatments and generalized anxiety disorder. J Res Behav Sci 2017; 15(1): 126-34. [In Persian].
56. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York, NY: Guilford Press; 2013.
57. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166(10): 1092-7.
58. 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.
59. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). Pers Individ Dif 2006; 41(6): 1045-53.
60. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. Behav Res Ther 2004; 42(4): 385-96.
61. Freeston MH, Rheaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Pers Individ Dif 1994; 17(6): 791-802.
62. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the English translation. J Anxiety Disord 2008; 22(3): 355-70.
63. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther 2011; 42(4): 676-88.
64. Anderson KG, Dugas MJ, Koerner N, Radomsky AS, Savard P, Turcotte J. Interpretive style and intolerance of uncertainty in individuals with anxiety disorders: A focus on generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 2012; 26(8): 823-32.

http://rbs.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

65. Pawluk EJ, Koerner N. The relationship between negative urgency and generalized anxiety disorder symptoms: The role of intolerance of negative emotions and intolerance of uncertainty. Anxiety Stress Coping 2016; 29(6): 606-15.
66. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. Behav Res Ther 1998; 36(2): 215-26.
67. Besharat MA, Mirjalili RS. P52: Worry, Cognitive avoidance, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs as transdiagnostic factors in generalized anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. The-Neuroscience-Journal-of-Shefaye-Khatam 2014; 2(3): 76. [In Persian].
68. Penney AM, Mazmanian D, Rudanycz C. Comparing positive and negative beliefs about worry in predicting generalized anxiety disorder symptoms. Can J Behav Sci 2013; 45(1): 34-41.
69. Koerner N, Tallon K, Kusec A. Maladaptive core beliefs and their relation to generalized anxiety disorder. Cogn Behav Ther 2015; 44(6): 441-55.
70. Fisher PL, Wells A. Conceptual models of generalized anxiety disorder. Psychiatr Ann 2011; 41(2): 127-32.
71. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cogn Emot 2016; 1-8.
72. Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. J Pers Soc Psychol 1998; 74(1): 224-37.
73. Gross JJ. Emotion regulation: Taking stock and moving forward. Emotion 2013; 13(3): 359-65.
74. Fernandez KC, Jazaieri H, Gross JJ. Emotion regulation: A Transdiagnostic Perspective on a New RDoC Domain. Cognit Ther Res 2016; 40(3): 426-40.
75. Johnson KS, Tulsky JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, et al. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? J Gen Intern Med 2011; 26(7): 751-8.
76. Ghobari Bonab B, Motavalipoor A, Hakimirad E, Habibi Asgarabadi M. Relationship between anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the university of Tehran. Journal of Applied Psychology 2009; 3(2): 110-23.
77. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. Can J Psychiatry 2009; 54(5): 283-91.
78. Koenig HG. Spirituality and mental health. J Appl Psychoanal Studies 2010; 7(2): 116-22.
79. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. ISRN Psychiatry 2012; 2012: 278730.
80. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. Am J Psychiatry 2003; 160(3): 496-503.
81. Zohra NI, Irshad E. Religiosity and anxiety disorder in Peshawar. FWU Journal of Social Sciences 2012; 6(1): 57.
82. Ellison CG, Bradshaw M, Flannelly KJ, Galek KC. Prayer, attachment to god, and symptoms of anxiety-related disorders among U.S. Adults. Sociol Relig 2014; 75(2): 208-33.
83. Wahlen C. Intrinsic religiosity, spirituality, life-satisfaction and worries, what is the relationship between them? [BSc Thesis]. Dublin, Ireland: Dublin Business School; 2013.
84. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. J Clin Psychol 2010; 66(4): 430-41.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]

DOI: 10.22122/rbs.v16i2.2052 Published by Vesnu Publications

Moderating and Mediating Role of Spiritual Coping and Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Transdiagnostic Factors and Symptoms of Generalized Anxiety Disorder: Developing a Conceptual Model

Ahmad Mansouri[1], Mohamad Khodayarifard[2], Mohammad Ali Besharat[3], Masoud Gholamali-Lavasani[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Generalized Anxiety Disorder (GAD) is one of the basic disorders in psychopathology. Therefore, the aime of this study was to develop a conceptual model for the role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies as moderating and mediating factors in the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of GAD.

Methods and Materials: In this descriptive-correlational study, 700 undergraduate students were selected by multi-stage cluster sampling method from public universities of Tehran, Iran. The participants completed Generalized Anxiety Disorder (7-item) (GAD-7) Scale, Penn state Worry Questionnaire (PSWQ), Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), Metacognition Questionnaire (MCQ), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), and Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). Data were analyzed by SPSS, Process, and LISREL softwares using path analysis method and structural equations.

Findings: There was a significant relationship between transdiagnostic factors (cognitive avoidance, negative beliefs about worry, intolerance of uncertainty, and experiential avoidance,) and symptoms of GAD ($P < 0.050$). Also, there was a significant relationship between transdiagnostic factors with cognitive emotion regulation strategies and spiritual coping ($P < 0.050$). Results showed that cognitive emotion regulation strategies mediated the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of GAD, and spiritual coping moderated the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of GAD.

Conclusions: The results of this study emphasize the importance of transdiagnostic factors, cognitive emotion regulation, and spiritual coping in symptoms of GAD.

Keywords: Avoidance behavior, Uncertainty, Students

Citation: Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. **Moderating and Mediating Role of Spiritual Coping and Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Transdiagnostic Factors and Symptoms of Generalized Anxiety Disorder: Developing a Conceptual Model.** J Res Behav Sci 2018; 16(2): 130-42.

Received: 01.03.2018 Accepted: 03.05.2018 Published: 06.07.2018

1- PhD in Clinical Psychology, Department of Educational Psychology and Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
2- Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
4- Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mohamad Khodayarifard, Email: khodayar@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.3.1]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.130]