

Research Paper

Predicting the Improvement of Generalized Anxiety Disorder based on Distress Tolerance, Tolerance of Uncertainty, and Cognitive Avoidance

Roza Abdellahzadeh¹ , *Mohsen Maroufi² 

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khomeyni Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeyni Shahr, Province Isfahan, Iran.

2. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.



Citation Abdellahzadeh R. & Maroufi M. [Predicting the Improvement of Generalized Anxiety Disorder based on Distress Tolerance, Tolerance of Uncertainty, and Cognitive Avoidance (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 16(4):320-329. <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2570.2>

 <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2570.2>



Received: 25 Jan 2022

Accepted: 06 Jun 2022

Available Online: 01 Jul 2022

Keywords:

Anxiety, Uncertainty,
Cognitive avoidance,
Patient Health Questionnaire

ABSTRACT

Background and Objectives This study aims to predict the improvement in the symptoms of generalized anxiety disorder (GAD) based on distress tolerance, tolerance of uncertainty, and cognitive avoidance.

Methods This is a descriptive correlational study. Participants were 129 patients with GAD referred to medical centers in Isfahan, Iran, who were selected by a sequential sampling method. Data collection tools included the 7-item GAD questionnaire, distress tolerance scale of Simons and Gaher, Intolerance of Uncertainty scale and cognitive avoidance questionnaire of Sexton and Dugas. Pearson correlation test and stepwise regression analysis were used to analyze the data in SPSS software, version 26.

Results The results showed that the improvement of GAD symptoms had a positive significant relationship with distress tolerance ($P=0.01$) and a negative significant relationship with intolerance of uncertainty ($P<0.001$). However, there was no significant relationship between improvement of GAD and cognitive avoidance ($P>0.05$).

Conclusion The increase of distress tolerance and uncertainty tolerance can relieve GAD symptoms. The cognitive avoidance variable had no effect on its improvement.

*** Corresponding Author:**

Mohsen Maroufi, PhD.

Address: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Tel: +98 (913) 1148835

E-Mail: maroufi@med.mui.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Generalized anxiety disorder (GAD) is one of the most common anxiety disorders that causes many problems for the people and society. These anxieties includes worries about the future, such as long-term worries about the work or short-term worries about the relationships. Due to the long period of GAD, this disorder has a high negative impact on the social and family life of patients and is associated with a significant decrease in the quality of life. Anxiety becomes a clinical concern when it interferes with the daily life, such that the person has an maladaptive state characterized by severe physical and psychological reactions. People with GAD become helpless due to chronic and severe feelings of anxiety. These feelings are so strong that they become unable to perform their daily activities. Worrying thoughts can cause significant problems in a person's daily functioning. Healthy people are also affected by these thoughts, but their severity and frequency are different. This study aims to predict the improvement in the symptoms of GAD based on distress tolerance, tolerance of uncertainty, and cognitive avoidance.

Methods

This a correlational study. Participants were 129 people with GAD in Isfahan, Iran who were selected by sequential sampling method. The inclusion criteria were the diagnosis of GAD based on the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, age 20-40 years, at least a middle school education, not having other mental or physical disorders that need treatment. Exclusion criteria were: Drug abuse, alcohol consumption, and return of incomplete questionnaires. Data collection tools included the 7-item GAD Questionnaire, distress tolerance scale of Simons and Gaher, Intolerance of Uncertainty Scale of Freeston et al., and cognitive avoidance questionnaire of sexton and dugas. In order to analyze the collected data, Pearson correlation test and stepwise regression analysis were used in SPSS software, version 26.

Results

The majority of participants had age 30-40 years (1.52% in women and 7.65% in men). Most of them were single (45 % in overall; 37 females and 31 males). In the field of education, most of them had bachelor's degree in overall (31%). Most of females had diploma or bachelor's degree, while most of males had bachelor's degree. The results showed that the improvement of GAD symptoms

had a positive significant relationship with distress tolerance ($P=0.01$) and a negative significant relationship with intolerance of uncertainty ($P<0.001$). There was no significant relationship between improvement of GAD and cognitive avoidance ($P>0.05$).

Discussion

The results showed that tolerance of distress, intolerance of uncertainty, and cognitive avoidance can predict the rate of improvement in GAD. The patients with higher distress tolerance, showed greater improvement in GAD or vice versa. The improvement of GAD had the highest correlation with the predictor variable of intolerance of uncertainty. Cognitive avoidance had weak prediction power. Intolerance of distress and uncertainty and lack of training on cognitive avoidance strategies in patients with GAD can increases their worries about events and tasks in life which can affect their quality of life. Distress tolerance and cognitive avoidance training can reduce their anxiety and increase their performance against problems in life. It is also possible to reduce the severity of GAD by training to balance the mentioned psychological factors so that they can experience a higher quality of life. Overall, it can be concluded that the increase of distress tolerance and decrease of uncertainty intolerance can relive GAD symptoms. The cognitive avoidance had no effect on its improvement.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The principle of confidentiality of information, information about the results, obtaining informed consent and voluntary withdrawal at each stage of the research were considered for the sample. In order to conduct this research, the code of ethics IR.IAU.KHSH.REC.1400.013 was reviewed and approved at [Islamic Azad University, Khomein Yashahr Branch](#).

Funding

This research is based on Roza Abdullahzadeh's master's thesis in the Department of Psychology, Clinical Psychology, [Islamic Azad University, Khomeinishahr Branch](#), and was carried out at the personal expense of the first author.

Authors contributions

All authors contributed equally in preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The officials of Farabi Hospital and the [Faculty of Humanities of Khomein Yashahr Azad University](#) and the jury of the final paper, who helped the authors in conducting and improving the quality of this research, are thanked and appreciated.

مقاله پژوهشی

پیش‌بینی میزان بهبود علائم اضطراب فراگیر براساس تحمل آشفتگی، تحمل عدم قطعیت و اجتناب‌شناختی

 رزا عبدالله‌زاده^۱، *محسن معروفی^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، استان اصفهان، ایران.

۲. گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.



Citation Abdellahzadeh R & Maroufi M. [Predicting the Improvement of Generalized Anxiety Disorder based on Distress Tolerance, Tolerance of Uncertainty, and Cognitive Avoidance (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 16(4):?. <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2570.2>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.16.4.2570.2>

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش، پیش‌بینی میزان بهبود علائم اضطراب فراگیر براساس تحمل آشفتگی، تحمل عدم قطعیت و اجتناب‌شناختی در بیماران مراجعه‌کننده مراکز درمانی شهر اصفهان بود.

روش بررسی: تحقیق حاضر همبستگی با طرح پیش‌بین بود. نمونه‌ای شامل ۱۲۹ نفر از بیماران اضطراب فراگیر شهر اصفهان به‌روش نمونه‌گیری غیراحتمالی متوالی است. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه، سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، فریستون و همکاران (۱۹۹۴) و سکستون و داگاس در سال ۲۰۰۴ بود. جهت تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل همبستگی داده‌ها نشان داد پیش‌بینی میزان بهبود علائم اضطراب فراگیر با تحمل آشفتگی همبستگی مستقیم و معنادار ($P < 0.01$)، پیش‌بینی میزان بهبود علائم اضطراب فراگیر با عدم تحمل قطعیت همبستگی معکوس و معنادار ($P < 0.01$) و پیش‌بینی میزان بهبود علائم اضطراب فراگیر با اجتناب‌شناختی، همبستگی معکوس و غیرمعنادار ($P > 0.05$) دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد تحمل آشفتگی، تحمل عدم قطعیت و اجتناب‌شناختی میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر را پیش‌بینی می‌کنند و فرضیات پژوهش تأیید شدند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش می‌توان گفت افزایش تحمل پریشانی و کاهش تحمل عدم قطعیت بر میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر تأثیر گذار است و متغیر اجتناب‌شناختی تأثیر نداشت.

تاریخ دریافت: ۰۵ بهمن ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۶ خرداد ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

 اضطراب، عدم قطعیت،
اجتناب‌شناختی،
پرسش‌نامه سلامت
بیمار

* نویسنده مسئول:

دکتر محسن معروفی

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه روان‌پزشکی.

تلفن: ۱۱۴۸۸۳۵ (۹۱۳) ۹۸+

رایانامه: maroufi@med.mui.ac.ir

مقدمه

اجتناب‌شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که براساس آن افراد افکار خویش را در جریان ارتباطات اجتماعی تغییر می‌دهند [۷]. نتایج مطالعات نشان داده‌اند اجتناب‌شناختی در اختلالات روانی و اضطرابی، به‌ویژه اضطراب فراگیر، افسردگی و اضطراب اجتماعی نقش دارد [۸]. متغیر تحمل عدم قطعیت نیز با هدف مقایسه مؤلفه‌ای با پیشینه قوی و غنی در پیش‌بینی اضطراب فراگیر در میزان پیش‌بینی‌کنندگی اضطراب فراگیر گنجانده شده‌است. اغلب پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند تحمل عدم قطعیت سازه مرکزی در تبیین نگرانی به‌عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است [۹].

در بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه اختلالات بالینی، ازجمله اضطراب، توجه به آن بخش از پدیده‌های روانی معطوف شده‌است که امکان مشاهده و اندازه‌گیری آن وجود دارد و بررسی درباره پدیده‌های مهم روانی که قابل مشاهده نبوده‌اند، دور مانده‌اند. در این پژوهش سعی شد مدلی برای پیش‌بینی میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر فراهم شود. بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند به ما کمک کند تا قدرت پیش‌بینی هم‌زمان این متغیرها آگاهی یابد و از نتایج آن در درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع همبستگی با طرح پیش‌بین بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان بودند. از میان مراجعه‌کنندگان به این مراکز، ۱۲۹ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر (۹۴ زن و ۳۴ مرد) به‌روش نمونه‌گیری غیراحتمالی متوالی انتخاب شدند. ملاک انتخاب بیماران و ورود آن‌ها به نمونه، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، بازه سن آزمودنی‌ها از ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل، فقدان سایر اختلالات روانی یا جسمانی نیازمند درمان بود. برای جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش از ۴ ابزار استفاده شد.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر

اسپیتزر و همکاران مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی را ساخته‌اند. این مقیاس درمجموع ۷ گویه دارد که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و نمره نهایی فرد عددی بین صفر تا ۲۱ خواهد بود. آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۹۲ درصد و ضریب پایایی آزمون و بازآزمون آن به فاصله ۲ هفته ۰/۸۳ درصد به دست آمد. همچنین اعتبار هم‌گرا از طریق مقایسه همبستگی با پرسش‌نامه اضطراب بک ۰/۷۲ درصد و سیاهه نشانگان بالینی (SCL-90) ۰/۷۴ گزارش شد [۱۰].

اختلال اضطراب فراگیر^۱ از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روانی است و عوامل گوناگونی در سبب‌شناسی این اختلال مطرح است [۱]. در اختلال اضطراب فراگیر فرد در بیشتر اوقات روز، دچار نگرانی افراطی درباره چند رویداد یا فعالیت است، کسانی که به‌نظر می‌رسد تقریباً درباره هر چیزی نگران هستند. این نگرانی باعث نقص در عملکرد آن‌ها می‌شود [۲].

داگاس و همکاران در تبیین اختلال اضطراب فراگیر، الگوی تحمل عدم قطعیت (عدم تحمل بلا تکلیفی) را ارائه دادند. تحمل عدم قطعیت (عدم تحمل بلا تکلیفی) باعث می‌شود که فرد، زمانی که در موقعیت‌های مبهم قرار می‌گیرد یا اطلاعات مبهم دارد، وضعیت را تهدیدکننده و خطرناک ارزیابی کند و چون موقعیت برای او مبهم است، عملکرد ضعیفی از خود نشان می‌دهد و در انتخاب و تصمیم‌گیری دچار تردید می‌شود. این حالت باعث ایجاد نگرانی می‌شود و نگرانی به‌دلیل ماهیت تکرارشونده‌اش، شرایط را از آنچه هست، مبهم‌تر می‌کند و موجب اضطراب بیشتر می‌شود. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، باور دارند نگرانی خوب و مفید است و موجب حل مسئله، کاهش اضطراب، مسئولیت‌پذیری و وجدان‌مندی نسبت به رویدادهای پیش‌رو می‌شود. بااین‌حال، آنچه از شدت اضطراب می‌کاهد، نگرانی نیست، بلکه پردازش هیجانی اضطراب و به‌عبارتی تحمل عدم قطعیت است [۳].

متغیر دیگری که در ارتباط با اضطراب فراگیر مطرح شده، تحمل آشفتگی (پیشانی) است. تحمل آشفتگی توانایی فرد در تجربه و تحمل هیجانات منفی است. درحقیقت، تحمل آشفتگی، یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند [۴]. افراد با تحمل پیشانی کم به‌نظر می‌رسد که نسبت به استرس و پیشانی واکنش‌پذیرتر باشند. به‌نظر می‌رسد این افراد از توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف در پاسخ به پیشانی استفاده کرده، به‌عنوان یک پیامد، تلاش می‌کنند تا از طریق استفاده از راهبردهایی که هدفش کاهش سریع حالات هیجانی منفی است، از هیجانات منفی دوری کنند. بیشتر تحقیقات تجربی رابطه تحمل آشفتگی (پیشانی) را با رفتارهای غیرانطباقی بررسی کرده است [۵].

اجتناب، سازوکار مهمی برای حل نگرانی‌ها در اختلالات اضطرابی است. اجتناب از ابراز هیجانات، موجب رفتارهای ناسازگارانه می‌شود و افراد مبتلا تلاش‌هایی برای جلوگیری از این پاسخ‌ها دارند که این موجب آشفتگی و پیشانی هیجانات همراه با اجتناب‌شناختی و رفتاری و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود [۶].

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

پرسش‌نامه اجتناب‌شناختی^۴

چهارمین پرسش‌نامه، پرسش‌نامه اجتناب‌شناختی بود. سکستون و داگاس آن را در سال ۲۰۰۴ ساخته‌اند. این پرسش‌نامه ۲۵ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس دارد و ۵ نوع راهبرد اجتناب‌شناختی را بررسی می‌کند. اساس طیف لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤالات پاسخ می‌دهند. در پژوهشی، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ درصد به دست آمد [۷]. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در کل آزمودنی‌ها برای نمره کل اجتناب‌شناختی برابر با ۰/۹۱ درصد و به ترتیب برای خرده‌مقیاس فرونشانی فکر ۰/۹۰ درصد، برای جانشینی فکر ۰/۷۱ درصد، برای حواس‌پرتی ۰/۸۹ درصد، برای اجتناب از محرک تهدیدکننده ۰/۹۰ درصد و برای تبدیل تصورات به افکار برابر با ۰/۸۴ درصد است. ضریب اعتبار آزمون از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر با ۰/۴۸ درصد به دست آمد [۱۷].

داده‌های حاصل از این پژوهش با توجه به فرضیات، با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در ۲ سطح توصیفی و استنباطی بررسی شد. در ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، متغیرها بررسی و سپس با استفاده از آمار استنباطی، از آزمون همبستگی پیرسون جهت همبستگی بین متغیرها استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه مطالعه حاضر شامل ۱۲۹ بیمار بود. در کل نمونه، بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال با ۵۶ درصد از تعداد بالاترین میزان را به خود اختصاص داده بود. بیشترین گروه سنی خانم‌ها ۳۰ تا ۴۰ سال با ۱/۵۲ درصد و گروه سنی آقایان ۳۰ تا ۴۰ سال با ۷/۶۵ درصد بودند. در کل نمونه، مجردین با ۴۵ درصد بالاترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند. در خانم‌ها تعداد مجردین ۳۷ نفر و آقایان ۲۱ نفر بود. در زمینه تحصیلات در کل نمونه، لیسانس با ۳۱ درصد بالاترین تعداد را به خود اختصاص داده بودند. در خانم‌ها بیشتر تحصیلات دیپلم و لیسانس و در آقایان لیسانس وجود داشت.

بهبود اختلال اضطراب فراگیر با عدم تحمل بلا تکلیفی همبستگی معکوس (۰/۳۱۶-) و معنادار دارد (Sig=۰/۰۰۰). از آنجاکه نمره بالا در پرسش‌نامه تحمل بلا تکلیفی، نشان‌دهنده میزان تحمل کم افراد در بلا تکلیفی و عدم قطعیت است، پس کسانی که نمره عدم تحمل بالا دارند و یا به عبارتی، قدرت تحمل بلا تکلیفی پایینی دارند، میزان بهبود اختلال اضطراب کمتری هم دارند.

در نسخه ایرانی این پرسش‌نامه، همسانی درونی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و عدد ۰/۸۵ درصد و همچنین همبستگی بین ۲ نیمه آزمون ۰/۶۵ درصد به دست آمد. پایایی پرسش‌نامه به روش آزمون و بازآزمون نیز به فاصله ۲ هفته ۰/۴۸ درصد محاسبه شد. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس اضطراب حالت اسپیلبرگر ۰/۷۱ درصد، مقیاس اضطراب صفت اسپیلبرگر ۰/۵۲ درصد و خرده‌مقیاس اضطراب SCL-90 عدد ۰/۶۳ درصد به دست آمد [۱۱].

پرسش‌نامه تحمل‌پیشانی

پرسش‌نامه دیگر، تحمل‌پیشانی است که آن را سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته‌اند. این مقیاس ۱۵ ماده و ۴ خرده‌مقیاس به نام تحمل‌پیشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی‌پیشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین‌پیشانی دارد. سؤالات ۱، ۳ و ۵ مربوط به تحمل، سؤالات ۲، ۴ و ۱۵ مربوط به جذب، سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ مربوط به ارزیابی و سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ مربوط به تنظیم است. این پرسش‌نامه از (۱ موافق تا ۵ کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. سؤال ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود.

در پژوهش سیمونز و گاهر، ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل‌پیشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی‌پیشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین‌پیشانی ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ درصد و برای کل مقیاس ۰/۸۲ درصد گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین مشخص شد که این مقیاس روایی ملاکی و هم‌گرایی اولیه خوبی دارد [۱۲]. آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ درصد به دست آمد [۱۳]. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه را نیز ۰/۷۹ درصد گزارش کردند [۱۴].

پرسش‌نامه عدم تحمل بلا تکلیفی^۳

فریستون و همکاران این مقیاس را برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۷ گویه دارد و آزمودنی روی ۱ مقیاس ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه: ۱ تا بسیار زیاد: ۵) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. نسخه اولیه به زبان فرانسوی آلفای کرونباخ ۰/۹۱ درصد و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته ۰/۷۸ درصد نشان داد. روایی این آزمون را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند [۱۵]. پایایی بازآزمایی (در فاصله ۳ هفته) برابر با ۰/۷۶ درصد برای این مقیاس به دست آمد [۱۶]. پایایی مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۷۹ درصد گزارش شده است [۹]. در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ درصد به دست آمد [۱۶].

4. Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)

3. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

جدول ۱. ماتریس همبستگی بهبود اختلال اضطراب فراگیر، اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر	میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر	اجتناب‌شناختی	تحمل پریشانی	عدم تحمل بلا تکلیفی
میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر	۱	-۰/۰۸۳ (۰/۴)	۰/۲۵ (۰/۰۱)	-۰/۳۱۶ (۰/۰۰۱)
اجتناب‌شناختی		۱	-۰/۵۲۶ (۰/۰۰۱)	۰/۵۳۶ (۰/۰۰۱)
تحمل پریشانی			۱	-۰/۸۹ (۰/۰۰۱)
عدم تحمل بلا تکلیفی				۱

جدول ۲. ضرایب مدل رگرسیون بهبود اختلال اضطراب فراگیر برحسب اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر	ضریب استاندارد نشده	ضریب استاندارد شده	آماره	سطح معناداری	ضریب تعیین تعدیل شده	سطح معناداری جدول آنووا	دوربین-واتسن
مقدار ثابت	-۴/۰۷۷	-	-۲/۵۹۶	۰/۰۱۱	۰/۰۹۲	۰/۰۰۱	۱/۸۱۲
عدم تحمل بلا تکلیفی	-۰/۰۴۹	-۰/۳۷	-۳/۳۹۶	۰/۰۰۱			

تحمل پریشانی با میزان بهبود اختلال اضطراب همبستگی مستقیم (۰/۲۵) و معنادار دارد ($\text{Sig}=0/01$) چون نمره تحمل پریشانی بالا به مفهوم میزان تحمل پریشانی بالاست، پس می‌توان گفت کسانی که تحمل پریشانی بالاتری دارند، میزان بهبود اختلال اضطراب بیشتری هم خواهند داشت.

اجتناب‌شناختی با میزان بهبود اختلال اضطراب، همبستگی معکوس ($-0/083$) و غیرمعناداری دارد ($\text{Sig}=0/405$). پس پیش‌بینی می‌شود در معادلات پیش‌بینی میزان بهبود نیز حضور جدی نداشته باشد. بیشترین همبستگی میزان بهبود اختلال فراگیر با متغیر پیش‌بین عدم تحمل بلا تکلیفی است (جدول شماره ۱).

همبستگی مستقیم و معنادار بین عدم تحمل بلا تکلیفی با اجتناب‌شناختی (۰/۵۳۶) و همبستگی معکوس و معنادار بین عدم تحمل بلا تکلیفی با تحمل پریشانی ($-0/89$)، این امکان را ایجاد می‌کند که سهمی از همبستگی بین میزان بهبود اضطراب اختلال فراگیر با ۳ متغیر توسط ۱ یا ۲ متغیر تأثیرگذارتر بر اختلال اضطراب فراگیر بیان شود که در تحلیل رگرسیون مشخص می‌شود.

حضور مقدار ثابت و نمره عدم قطعیت در مدل، باتوجه به سطح معناداری صفر تأیید می‌شود. براساس مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۹/۲ درصد، می‌توان گفت ۹/۲ درصد تغییرات نمره بهبود اختلال اضطراب باتوجه به مدل ارائه شده بیان می‌شود و ۹۰/۸ درصد توسط عوامل دیگر مطرح می‌شود که مدل مناسبی به نظر نمی‌رسد. مقدار سطح معناداری ۰/۰۰۱ جدول آنووا برازش مدل را تأیید می‌کند. پس «میزان بهبود اختلال

اضطراب فراگیر براساس اجتناب‌شناختی، تحمل پریشانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مراجعه‌کننده مراکز درمانی شهر اصفهان قابل پیش‌بینی است، در حالت کلی در سطح ۰/۰۱ تأیید می‌شود. آماره دوربین-واتسن ۱/۸۱۲ عدم همبستگی خطاها را تأیید می‌کند ($1/812 > 1/2$) (جدول شماره ۲).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد هر ۳ متغیر (تحمل آشفتگی، تحمل عدم قطعیت و اجتناب‌شناختی)، در پیش‌بینی میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر تأثیرگذار هستند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های انجام‌شده گوسلین و همکاران [۱۸] و نیز داگاس و همکاران [۱۹] همسو است.

نتایج پژوهش اکبری و همکاران نشانگر آن بود که عدم تحمل آشفتگی، افکار تکرارشونده منفی و هم‌جوشی شناختی از فرایندهای فراتشخیصی مشترک در اختلالات اضطرابی بودند و می‌توانند در ایجاد و تداوم این اختلالات نقش بسزایی ایفاکنند. در بررسی داده‌های به‌دست‌آمده باید گفت افرادی که نمی‌توانند پریشانی را تحمل کنند، موقعیت‌های دشوار را تنش‌برانگیز منفی توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و زمانی که در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکردشان دچار مشکل می‌شود. فرد مضطرب به دلیل مشکلی که در تحمل استرس دارد باعث می‌شود که برای کاهش پریشانی درونی رفتارهای مضطربانه انجام دهد [۲۰].

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصل محرمانه بودن اطلاعات، اطلاع از نتایج حاصل، اخذ رضایت‌نامه و خروج داوطلبانه در هر مرحله از پژوهش برای افراد نمونه در نظر گرفته شد. برای انجام این پژوهش شناسه اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1400.013 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر بررسی و تصویب شد.

حامی مالی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رزا عبدالله زاده در گروه روان‌شناسی، گرایش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر است و با هزینه‌های شخصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از مسئولان بیمارستان فارابی و دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد خمینی شهر و هیئت داوران پایان‌نامه که به نویسندگان در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

افرادی که عدم تحمل قطعیت دارند، معتقدند که عدم تحمل قطعیت، پریشان‌کننده است. وجود شک و تردید درباره آینده غیرقابل تحمل است، وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد. شک و تردید موجب ناتوانی فرد برای عمل کردن می‌شود. نتایج پژوهش همبرگ نشان داد عدم قطعیت با میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط است. عدم قطعیت به‌طور اختصاصی با اختلال اضطراب فراگیر تأثیرگذار است. همچنین سطوح پایین تحمل عدم قطعیت میزان بهبود کم به همراه دارد [۲۱].

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هنگامی که درگیر موقعیت‌های مبهم می‌شوند، راهبردهای اجتناب‌شناختی فعال می‌شوند و به‌عنوان کنترل شرایط موجود استفاده می‌کنند، اجتناب‌شناختی شیوه‌ای بی‌اثر جهت مقابله با اضطراب است و امکان اثر معکوس و میزان بهبود کمتر و شدت اختلال را به همراه دارد. پژوهش سکستون و داگاس نشان داد افراد مضطرب، به‌ویژه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌شدت از پاسخ‌های مضطربانه خود می‌ترسند. بنابراین استفاده مکرر از راهبردهای اجتناب‌شناختی از طریق قطع برانگیختگی و تقویت باورهای منفی درباره اضطراب می‌تواند در حفظ و تداوم اضطراب نقش اساسی داشته باشد [۷].

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشانگر آن بود که تحمل آشفتگی، تحمل عدم قطعیت و اجتناب‌شناختی می‌تواند در پیش‌بینی میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر سهم داشته باشد. به هر میزان که افراد درگیر این اختلال از تحمل پریشانی بالاتری استفاده کنند، میزان بهبود اختلال اضطراب بیشتری خواهند داشت و یا به‌عبارتی، کسانی که قدرت تحمل عدم قطعیت پایینی دارند، میزان بهبود اختلال اضطراب کمتری هم دارند.

بیشترین همبستگی میزان بهبود اختلال اضطراب فراگیر با متغیر پیش‌بین عدم تحمل قطعیت است و اجتناب‌شناختی در معادلات پیش‌بینی حضور جدی نداشت. عدم تحمل آشفتگی و عدم قطعیت و نبود آموزش راهبردهای اجتناب‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی فراگیر نگرانی این افراد را نسبت به زندگی و تکالیف در زندگی و کیفیت زندگی آن‌ها افزایش می‌دهد که آموزش تحمل آشفتگی و راهبردهای شناختی میزان اضطراب افراد را کاهش می‌دهد و باعث بهبود بیشتر می‌شود و عملکردشان را در برابر مسائل و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد.

References

- [1] Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders science and practice. New York: Guilford Press; 2010. [\[Link\]](#)
- [2] Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press; 2011. [\[Link\]](#)
- [3] Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Tutcotte J, Laugesen N, Robichaud M, et al. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behav Ther.* 2007; 38:169-78. [\[DOI:10.1016/j.beth.2006.07.002\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [4] Feeney GF, Connor JP, Young RM, Tucker J, McPherson A. Alcohol dependence: The impact of cognitive behaviour therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Aust NZJ Psychiatry.* 2004; 38(10):842-8. [\[DOI:10.1080/j.1440-1614.2004.01469.x\]](#) [\[PMID\]](#)
- [5] Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther.* 2010; 41:567-74. [\[DOI:10.1016/j.beth.2010.04.002\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [6] Michelson SE, Lee JK, Orsillo SM, Roemer L. The role of values-consistent behavior in generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2011; 28(5):358-66. [\[DOI:10.1002/da.20793\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [7] Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the English translation. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(3):355-70. [\[DOI:10.1016/j.janxdis.2007.04.005\]](#) [\[PMID\]](#)
- [8] 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. [\[DOI:10.1016/j.janxdis.2004.02.002\]](#) [\[PMID\]](#)
- [9] Arfaei A, Besharat Garamaleki R, Gholizadeh H, Hekmati L. [Intolerance of uncertainty: A comparison of patients with major depression with obsessive-compulsive patients (Persian)]. *Med J Tabriz Univ Med Sci.* 2011; 22:17-5. [\[Link\]](#)
- [10] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166(10):1092-7. [\[DOI:10.1001/archinte.166.10.1092\]](#) [\[PMID\]](#)
- [11] Nainian M, Shoairi M, Sharifi M, Hadian M. [Assessing the reliability and validity of the short term disorder pervasive anxiety (GAD-7) (Persian)]. *Clin Psychol Personal.* 2011; 3(4):41-50. [\[Link\]](#)
- [12] Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motiv Emotion.* 2005; 29:83-102. [\[DOI:10.1007/s11031-005-7955-3\]](#)
- [13] Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. [The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential (Persian)]. *Etiadpajohi.* 2014; 8(29):49-63. [\[Link\]](#)
- [14] Azizi A, Mirzaei A, Shams J. [Investigating the relationship between agitation tolerance and emotional regulation with students dependence on smoking (Persian)]. *Hakim Res J.* 2010; 13(1):11_8. [\[Link\]](#)
- [15] Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif.* 1994; 17(6):791-802. [\[DOI:10.1016/0191-8869\(94\)90048-5\]](#)
- [16] MahmudAliloo M, Shahjooee T, Hashemi Z. [Comparison of Intolerance of uncertainty, negative problem orientation, cognitive avoidance, positive beliefs about worries in patient with generalized anxiety disorder and control group (Persian)]. *J Mod Psychol Res.* 2011; 5(20):169-87. [\[Link\]](#)
- [17] Basak Nejad S, Moeini N, Mehrabizadeh Honarmand M. [The relationship between post-event processing and cognitive avoidance with social anxiety in students (Persian)]. *J Behav Sci.* 2011; 4(4):335-40. [\[Link\]](#)
- [18] Gosselin P, Langlois F, Freeston MH, Ladouceur R, Laberge M, Lemay D. Cognitive variables related to worry among adolescents: Avoidance strategies and faulty beliefs about worry. *Behav Res Ther.* 2007; 45(2):225-33. [\[DOI:10.1016/j.brat.2006.03.001\]](#) [\[PMID\]](#)
- [19] Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, et al. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2003; 71(4):821-5. [\[DOI:10.1037/0022-006X.71.4.821\]](#) [\[PMID\]](#)
- [20] Akbari M, Mohamadkhani S. [Transdiagnostic processes of cognitive, behavioral and emotional in depression and anxiety disorders (Persian)]. *Couns Cult Psychothe.* 2018; 9(35):117-46. [\[DOI:10.22054/QCCPC.2018.26177.1644\]](#)
- [21] Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biol Psychiatry.* 2002; 51(1):101-8. [\[DOI:10.1016/S0006-3223\(01\)01183-0\]](#)

This Page Intentionally Left Blank