

بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی در رابطه بین نگرانی و نشانه‌های

اضطراب فراگیر در دانشجویان

ملیحه رحمانی^۱، زهرا زنجانی^{۲*}، عبدالله امیدی^۳

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: در مطالعات بسیاری رابطه بین نگرانی و اضطراب بررسی گردیده است. در این میان، مدل فراشناختی ولز بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در مورد نگرانی‌های خود باورهای مثبتی دارند که از آن به عنوان یک ابزار سودمند در جهت مقابله با تهدید یاد می‌کنند. در همین راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی در رابطه بین نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه به روش همبستگی انجام شد. نمونه تحقیق، شامل ۲۴۶ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بود. برای اندازه‌گیری متغیرها، از پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه باورهای فراشناخت (MCQ-30) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-22 و AMOS-22 تحلیل گردید.

نتایج: یافته‌ها بیانگر وجود رابطه معنادار بین نگرانی و اضطراب فراگیر ($r=0/53$ ، $P<0/01$)، نگرانی و باورهای فراشناختی ($r=0/49$ ، $P<0/01$) و اضطراب فراگیر و باورهای فراشناختی ($r=0/53$ ، $P<0/01$) بود. نتایج حاصل از معادلات ساختاری، نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی منفی را در رابطه بین نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر تأیید نمود. اما ضریب مسیر باورهای فراشناختی مثبت و اضطراب فراگیر معنادار نبود و از مدل حذف گردید.

نتیجه‌گیری: به طور کلی در ارتباط نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی منفی، نقش واسطه‌ای دارد. نتایج به دست آمده در موارد بسیاری از جمله سلامت روان فردی، خانوادگی، تربیتی، درمانی و روابط بین فردی مؤثر است.

کلید واژه‌ها:

نگرانی، اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی مثبت، باورهای فراشناختی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ شیوع زیادی دارد (۱)، این اختلال به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل تعریف می‌شود (۲). در این اختلال فرد به طور دایم درباره رویدادهای آینده نگران است و در نهایت به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره این رویدادها منجر می‌شود و فرد نمی‌تواند این نگرانی را کنترل کند (۳).

در برخی مطالعات، رابطه نگرانی با نشانه‌های اضطراب مورد بررسی قرار گرفته است (۴). نتایج یک مطالعه حاکی از شیوع بالای نگرانی در جامعه غیربالینی در ایران است (۵). به نظر می‌رسد دانشجویان نیز یکی از این گروه‌ها باشند که به دلیل نوع فعالیت و نقشی که ایفا می‌کنند، انتظارات متعددی از آن‌ها می‌رود و مسئولیتی که برای خود قائلند، بیشتر در معرض آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی و در نهایت اختلال اضطراب فراگیر هستند (۶) و در نتیجه منجر به مشکلاتی در زمینه سازگاری و عملکرد در بین جمعیت دانشجویی می‌شود (۷). در این میان، فراشناخت^۲ بعنوان یک عامل مهم در پایداری اختلالات روان‌شناختی متفاوت از جمله اختلالات اضطرابی شناخته شده است (۸).

فراشناخت به دانش درباره تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار اثر می‌گذارد اشاره دارد. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت، بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است (۸). فراشناخت با اختلالات اضطرابی که از جمله شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند نیز همبستگی دارد. مدل فراشناختی ولز در مورد اختلال اضطراب فراگیر بیان می‌کند که بیماران مبتلا به این اختلال، همانند بسیاری از افراد در مورد نگرانی‌های خود باورهای مثبتی دارند که از آن به عنوان یک ابزار سودمند در جهت مقابله با تهدید یاد می‌کنند (۹). در این اختلال، فرایند نگرانی نوعی مقابله در نظر گرفته می‌شود ولی خود همین فرایند نیز می‌تواند کانون نگرانی

شود. این مسئله زمانی مشکل‌ساز می‌شود که باورهای منفی در خصوص کنترل ناپذیری و پیاپی مد‌های مخاطره‌آمیز نگرانی گسترش می‌یابد که به راهبردهای کنترل ناکارآمد منجر می‌شود. اختلال اضطراب فراگیر زمانی به وجود می‌آید که باورهای منفی در مورد نگرانی فرد فعال می‌شود (۱۰).

مطالعات نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی مرتبط با نگرانی، مثبت یا منفی هستند (۸)؛ نمونه‌ای از باورهای فراشناختی مثبت: "اگر نگران باشم، می‌توانم مشکلات احتمالی را پیش‌بینی و از آن‌ها اجتناب می‌کنم". این باورها، منجر به استفاده بیش از حد از نگرانی می‌شود (۱۱). نمونه‌ای از باورهای فراشناختی منفی: "من کنترلی بر افکار و نگرانی خود ندارم و احساس اضطراب به این معنی است که خطری مرا تهدید می‌کند". این باورها دربرگیرنده باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری افکار است. در نتیجه به دلیل عدم کنترل افکار از یک طرف و تفسیرهای منفی از این افکار از طرف دیگر، منجر به تداوم هیجان منفی نگرانی و در نهایت اضطراب می‌شود (۸). این فرضیه که باورهای فراشناختی، عامل مهمی در آسیب‌پذیری اضطراب است، اهمیت زیادی در حوزه تئوری و عملی مربوط به شناخت، پیشگیری و درمان اضطراب دارد. در نتیجه می‌توان با تغییر فراشناخت‌های آسیب‌زای افراد، سعی در بهبود علائم اضطرابی داشت.

در این راستا، اسپادا و همکاران رابطه بین ابعاد فراشناخت و اختلالات اضطرابی روانی از جمله علائم وسواس، اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب فراگیر را مطرح کردند (۱۲). در مطالعه ایرک و تاسون رابطه بین ابعاد فراشناخت و علائم اضطرابی و نقش میانجی فراشناخت در ارتباط بین علائم وسواس و اضطراب بررسی گردیده است (۱۳). به نظر می‌رسد که اختلال اضطراب فراگیر حاصل سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرار شونده افراد مضطرب باشد که یک سیکل معیوبی از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرار شونده را در فرد ایجاد می‌کند. بین ابعاد فراشناخت از جمله عقاید مثبت

رابطه بین متغیرهای مذکور و نقش میانجی‌گری (mediator) باورهای فراشناختی در رابطه بین نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر در جمعیت دانشجویی پرداخته است تا ضمن فراهم کردن شواهدی برای این نظریه، راه‌هایی برای پیشگیری و درمان این نشانه‌ها براساس مدل مذکور فراهم شود.

روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) است که باورهای فراشناختی را به عنوان متغیر میانجی در رابطه نشانه‌های اضطراب فراگیر و نگرانی را مورد بررسی قرار می‌دهد. جامعه آماری مطالعه را کلیه دانشجویان شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ تشکیل دادند.

برای تعیین حجم نمونه، روش SEM، Loehlin حداقل حجم نمونه را ۱۰۰ نفر و حجم نمونه مطلوب را ۲۰۰ نفر بیان نمود (۱۶). با توجه به نظر Loehlin، ضمن در نظر گرفتن احتمال ریزش، حجم نمونه ۲۵۰ نفر در نظر گرفته شد. این افراد از بین دانشجویان دانشگاه‌های کاشان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به طور تصادفی انتخاب شدند. به منظور اجرای طرح، پژوهشگران پس از اخذ مجوزهای لازم، با همکاری دانشکده‌های مربوطه، در محیط پژوهش حاضر شدند. سپس ضمن در نظر گرفتن معیارهای اخلاقی پژوهش همچون حفظ اسرار افراد شرکت‌کننده و رضایت آگاهانه آنان، به توزیع هر سه پرسش‌نامه در یک زمان واحد در بین افراد نمونه پرداختند و دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها را طی ۳۰ دقیقه تکمیل نمودند.

معیارهای ورود این مطالعه عبارت بود از: رضایت حضور در مطالعه، دانشجوی بودن، داشتن سن ۱۸ سال یا بیشتر، عدم ابتلا به بیماری جسمی جدی (مالتیپل اسکلروزیس، صرع). معیارهای خروج عبارت بود از: بیماری مزمن در خود فرد یا یکی از نزدیکان، مصرف داروهای روانپزشکی، مصرف سیگار و مواد مخدر و نداشتن زمان کافی برای پاسخگویی به سؤالات جهت

در مورد نگرانی و عقاید منفی در مورد نگرانی با اضطراب، همبستگی وجود دارد (۱۴).

تاکنون پژوهشگران به مدل‌های مختلفی از نگرانی به خصوص در اختلال اضطراب فراگیر اشاره کرده‌اند؛ در بین مدل‌ها سه فرایند شناختی مرتبط با نگرانی و اضطراب هستند: اجتناب شناختی (A) (سرکوب فکر، حواسپرتی)، جهت‌گیری منفی به مشکل (NPO)، تعریف تهدیدآمیز از وقایع برای سازگاری با حل مسئله دشوار و فرانگرانی (PB) (باورهای مثبت درباره نگرانی). در ادامه گزاره عدم تحمل ابهام (intolerance of uncertainty) (IU) هم اضافه شد (اگر ندانم فردا چه اتفاقی خواهد افتاد ذهنم آرام نمی‌گیرد). افراد مضطرب موقعیت‌های مبهم را غیر قابل تحمل می‌دانند و در چنین مواردی از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی استفاده می‌کنند (۱۵).

با توجه به مطالب مذکور، می‌توان گفت باورهای فراشناختی از جمله مؤلفه‌های روان‌شناختی است که نقش مهمی در ارتباط نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر دارد. با وجود مطالعات اخیر در زمینه اهمیت فراشناخت در اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی، نقش این متغیرها در رابطه نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر به خوبی مشخص نشده است. در نتیجه این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین این متغیرها و همچنین نقش میانجی‌گری باورهای فراشناختی در رابطه بین نگرانی و علائم اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت.

در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی مطرح‌شده، می‌توان گفت که نگرانی مسئله‌ای شایع در بین دانشجویان است که در مراحل پیشرفته‌تر منجر به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. بنابراین در صورتی که متغیرهای پیش‌بین و مرتبط با آن در مراحل اولیه شناسایی شود، اقدامات لازم در کاهش آسیب مؤثر واقع خواهد شد. برای مثال می‌توان با برگزاری کارگاه‌های مهارت کنترل استرس و کاهش نگرانی بین دانشجویان، از ابتلای جمعیت زیادی از دانشجویان در معرض آسیب نسبت به اختلال اضطراب فراگیر پیشگیری کرد و هزینه‌های مالی و جانی این مسئله را کاهش داد. براساس نظریه ولز، این مطالعه به بررسی

۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی ۰/۷۵ گزارش شد (۲۱). در ایران، شیرین‌زاده دستگیری ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۷۳ گزارش کرد (۲۲). بعد از اتمام جمع‌آوری اطلاعات، برای تحلیل داده‌ها از SPSS-22 و AMOS-22 استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی استفاده شد. جهت برازش مدل، معروف‌ترین شاخص‌های نیکویی برازش شامل RMSEA، X^2/df ، NFI، GFI، CFI و AGFI بررسی شد. مقادیر کوچک‌تر از ۳ در X^2/df بیانگر برازش خوب مدل است و هر چه این شاخص کوچک‌تر باشد، برازش مدل بهتر خواهد بود. Hu و Bentler (۲۳) مقدار ۰/۹۰ را برای شاخص‌های GFI، AGFI و CFI نشانه برازش مطلوب مدل گزارش نمودند. در کل، هر چه این شاخص‌ها به ۱ نزدیک‌تر باشد، برازش مدل مطلوب‌تر است.

نتایج

پس از جمع‌آوری داده‌ها، دانشجویانی که به تمام سوالات پرسشنامه جواب داده بودند شامل ۲۴۶ دانشجو با دامنه سنی ۱۸-۳۶ سال بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۱/۷۰ و انحراف معیار آن ۲/۲۶ بود. سایر ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین و انحراف معیار متغیر نگرانی ($16/48 \pm 8/48$)، اضطراب فراگیر ($23/7 \pm 4/73$)، باورهای فراشناختی مثبت ($1/01 \pm 8/40$)، باورهای فراشناختی منفی ($0/3 \pm 7/28$) و نمره کل باورهای فراشناختی ($21/13 \pm 6/08$) بود. طبق یافته‌های جدول ۲، با توجه به همبستگی‌های معنادار به دست آمده از رابطه دوجه‌دوی متغیرها با یکدیگر، مدل پیشنهادی با حضور باورهای فراشناختی به عنوان متغیرهای واسطه‌ای در رابطه بین نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر بررسی شد. در راستای مفروضه‌های بنیادی مدلیابی معادلات ساختاری، مقادیر پرت و نرمال بودن متغیرهای مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که داده پرتی در داده‌ها دیده نشد. عدم بهنجاری توزیع

پیشگیری از پاس‌خدهی تصادفی همراه با بی‌دقتی به پرسش‌نامه‌ها. پرسشنامه نگرانی ایالت پدسیلوانیا^۱ حاوی ۱۶ سوال است که نگرانی شدید و غیر قابل کنترل را می‌سنجد (۱۷). برای پاس‌خدهی، از مقیاس لیکرت پنج نمره‌ای استفاده شده و به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. پنج سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱). در جهت بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر یک مقیاس ۷ سؤالی، به عنوان یک مقیاس کوتاه در جهت تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و شدت نشانه‌های بالینی آن، تدوین شد (۱۹). یک سؤال اضافی نیز به بررسی نقش این اختلال را در کارکرد های فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی می‌پردازد. سوالات طبق مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. در ایران، Naeinian و همکاران ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را تأیید نموده‌اند (۲۰)؛ روایی همگرای مقیاس مذکور با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر برای اضطراب صفت ۰/۵۲ و برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و با چکلیست نشانه‌های بالینی (SCL-90) ۰/۶۳ گزارش شد. آلفای کرونباخ نیمه اول و دوم، ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و اعتبار دو نیمه‌سازی با بازآزمون ۰/۶۰ بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد.

پرسشنامه باورهای فراشناخت Cartwright- And Wells Hatton برای بررسی تفاوت شناخت‌ها، باورها و قضاوت‌ها ساخته شده است (۲۱). این مقیاس، یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ سؤالی است که هر آیتم با مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده باورهای فراشناختی بیشتر و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده باورهای فراشناختی کم‌تر است. آلفای کرونباخ برای همسانی درونی بین

1. Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ)

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، ۴/۶۶٪ از تغییرات اضطراب فراگیر، ۲۱/۵۲٪ از تغییرات فراشناخت مثبت و ۳۲/۹۴٪ از تغییرات فراشناخت منفی بوسیله نگرانی تبیین گردید. همچنین ۸/۹۴٪ از تغییرات اضطراب فراگیر توسط فراشناخت منفی و ۱/۸۷٪ از تغییرات این متغیر توسط فراشناخت مثبت تبیین شد که ضریب مسیر اخیر معنادار نبود. لذا از مدل حذف گردید و مدل مجدداً مورد پردازش قرار گرفت. نتایج مدل اصلاح‌شده در جدول ۳ قابل مشاهده است.

طبق جدول ۳، مدل پیشنهادی نهایی شاخص‌های برازش مناسبی دارد. در این مدل مقدار χ^2 دوی نسبی کمتر از ۲ است (۲۵) که برازش خوب مدل را نشان می‌دهد. همچنین مقدار کمتر از ۰/۰۶ برای شاخص RMSEA نیز نشان دهنده برازش مناسب مدل می‌باشد (۲۳). شکل ۲ مدل نهایی را نشان می‌دهد. تمام مسیرهای موجود در شکل ۲ در سطح ۰/۰۱ معنادار به دست آمده است.

متغیرها در نمونه‌های بالاتر از ۲۰۰ نفر قابل اغماض است و اثر معناداری بر نتایج پژوهش ندارد (۲۴). بنابراین مقادیر کجی و کشیدگی هر یک از متغیرها محاسبه شد و مشاهده گردید این شاخص‌ها برای تمام متغیرهای پژوهش در دامنه -۲ تا +۲ قرار دارد. وجود داده‌های پرت با استفاده از فاصله ماہالانویس بررسی شد و نقطه دورافتاده‌ای در داده‌ها مشاهده نگردید.

طبق شاخص‌های برازش به دست آمده که در جدول ۳ نشان داده شده و بر اساس منطق پیشنهادی Hu و Bentler (۲۳)، برای تعیین برازش مدل، ارزش عددی کمتر از ۰/۹۰ برای شاخص برازش تطبیقی و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده و همچنین مقدار عددی بزرگتر از ۰/۰۵ شاخص RMSEA این آزمون، لزوم اصلاح مدل پیشنهادی را نشان می‌دهد. لذا به جهت اصلاح مدل، ضرایب مسیر در مدل اولیه، بررسی شد. در جدول ۴ ضرایب رگرسیون در این مدل گزارش شده است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی شرکت کنندگان بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک

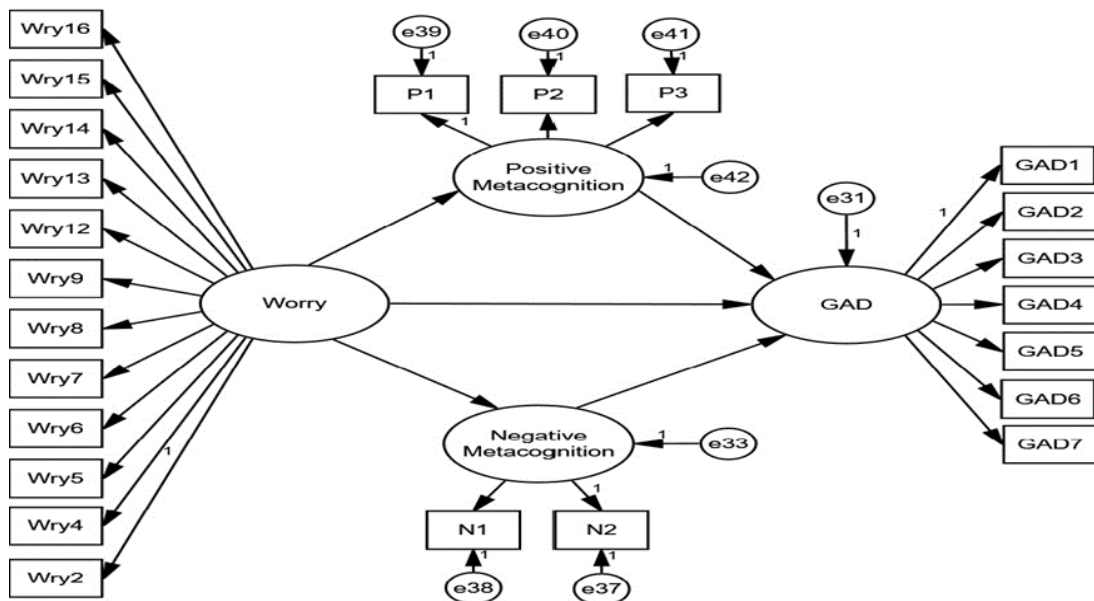
متغیرها	گروه	فراوانی	درصد فراوانی نسبی
جنسیت	زن	۱۷۱	۶۹/۵
	مرد	۷۵	۳۰/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸۴	۷۴/۸
	متأهل	۶۲	۲۵/۲
دانشکده	انسانی	۹۵	۳۸/۶
	پزشکی	۸۹	۳۶/۲
	فنی و مهندسی	۶۲	۲۵/۲
رشته	علوم تربیتی	۳۱	۱۲/۶
	حقوق	۳۵	۱۴/۲۲
	ادبیات	۲۹	۱۱/۷۸
	بهداشت	۴۳	۱۷/۴۷
	پزشکی	۱۲	۴/۸۷
	پرستاری	۳۴	۱۳/۸۲
	مکانیک	۲۵	۱۰/۱۶
	برق	۲۲	۸/۹۴
	کامپیوتر	۱۵	۶/۰۹

۸۱/۷	۲۰۱	كارشناسى	مقطع تحصيلى
۱۳/۴	۳۳	كارشناسى ارشد	
۴/۹	۱۲	دكتر	

جدول شماره ۲- همبستگى بين متغيرهاى تحقيق با يكديگر

متغير	نگرانى	اضطراب فراگير	باورهاى مثبت فراشناختى	باورهاى منفى فراشناختى	نمره كل باورهاى فراشناختى
نگرانى	۱				
اضطراب فراگير	۰/۵۳**	۱			
باورهاى مثبت فراشناختى	۰/۲۷**	۰/۳۷**	۱		
باورهاى منفى فراشناختى	۰/۶۱**	۰/۵۸**	۰/۵۳**	۱	
نمره كل باورهاى فراشناختى	۰/۴۹**	۰/۵۳**	۰/۸۹**	۰/۸۶**	۱

آزمون همبستگى پيرسون * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$



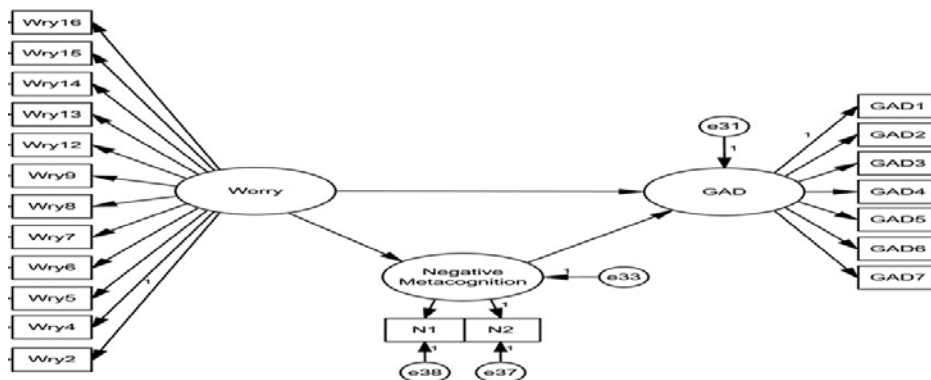
شكل شماره ۱- مدل پيشنهادهى اوليه

جدول ۳- شاخص‌هاى برازش مدل پيشنهاده شده اوليه و نهايى

شاخص مدل	X ²	Df	X ² /df	GFI	CFI	AGFI	RMSEA (90% CI)
مدل اولیه	۴۳۳/۷۹۲	۲۲۴	۱/۹۳	۰/۸۷	۰/۹۱	۰/۸۲۶	۰/۰۶۲ (۰/۰۵۷-۰/۰۸)
مدل نهایی	۲۴۶/۰۱۹	۱۵۶	۱/۵۷	۰/۹۱	۰/۹۶	۰/۸۷	۰/۰۴ (۰/۰۳۷-۰/۰۸)

جدول ۴- ضرایب رگرسیون، خطای استاندارد و سطح معناداری رابطه بین متغیرها در مدل مفروض اولیه

ضریب متغیرها	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد (S.E.)	ضریب استاندارد (β)	سطح معناداری (p)
نگرانی- اضطراب فراگیر	۰/۲۹	۰/۱۳	۲/۱۶	<۰/۰۰۱
نگرانی- فراشناخت مثبت	۲/۳۵	۰/۵۰	۴/۶۴	<۰/۰۰۱
نگرانی- فراشناخت منفی	۲/۲۵	۰/۵۶	۵/۷۴	۰/۰۳
اضطراب فراگیر- فراشناخت مثبت	۰/۰۲	۰/۰۲	۱/۳۷	۰/۱۷
اضطراب فراگیر- فراشناخت منفی	-۰/۰۸	۰/۰۲	۲/۹۹	۰/۰۰۳



شکل شماره ۲- مدل پیشنهادی نهایی

معنادار وجود دارد. نتایج به دست آمده، هم سو با پژوهش‌های پیشین بود (۱۱، ۲۶-۲۹). طبق ساختار مدل فرضی، نگرانی با میانجی‌گری فراشناخت منفی، تأثیر قابل توجهی بر نشانه‌های اضطراب فراگیر دارد. از طرف دیگر برخی مطالعات، ناهم‌سو با نتایج به دست آمده نشان دادند که باورهای فراشناختی مثبت نیز با اختلال اضطراب فراگیر رابطه دارد (۸، ۳۰). زیرا وجود این باورها باعث می‌شود که فرد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشد و در مورد توانایی‌هایش دچار تردید شود (۱۵). با فعال شدن هم زمان این باور، فرد در دوراهی قرار می‌گیرد؛ به

بحث

مطالعه حاضر با هدف ارزیابی مدل پیشنهادی در زمینه رابطه بین نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی مثبت و منفی صورت گرفت. به این منظور، همبستگی بین نگرانی، اضطراب فراگیر و فراشناخت سنجیده شد و مشاهده گردید بین همه متغیرها به صورت دو به دو (به جز بین اضطراب فراگیر و فراشناخت مثبت) رابطه

بر اساس آنچه مدل فراشناختی تبیین می‌کند، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر به صورت انعطاف‌ناپذیر و افراطی از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله‌ای استفاده می‌کنند و این نگرانی تا زمانی که قادر باشند با تهدیدهای ممکن مقابله کنند ادامه می‌یابد (۳۷). اضطراب با فعال شدن باورهای فراشناختی منفی یا باورهای منفی در مورد نگرانی ایجاد می‌شوند. این باورها مثل: نگرانی کنترل‌ناپذیر است، نگرانی برای جسم و روان آسیب‌زاست، نگرانی موجب از دست دادن کنترل ذهن و دیوانه شدن و آسیب به بدن می‌شود. باورهای منفی طی نگرانی نوع اول فعال شده و منجر به ارزیابی منفی از نگرانی می‌شود. در نتیجه نگرانی به عنوان شیوه مقابله‌ای به کار می‌رود (۲۹، ۳۷، ۳۸). تحقیقات بیان می‌کنند بین باورهای فراشناختی و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارتباط وجود دارد (۳۹) و این افراد باورهای منفی‌تری نسبت به نگرانی دارند (۴۰). دیگران نیز رابطه‌ای بین باورهای فراشناختی منفی و نگرانی و شدت اختلال اضطراب فراگیر دریافته‌اند اما این رابطه بین باورهای فراشناختی مثبت و شدت اختلال اضطراب فراگیر یافت نشد (۴۱). همچنین این محققان ابراز داشتند افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و جمعیت غیرمبتلا، در باورهای فراشناختی منفی نسبت به نگرانی تفاوت معنادار دارند. اما بین باورهای فراشناختی مثبت آن‌ها تفاوتی وجود نداشت (۴۱). اما در مطالعه دیگری تفاوت معناداری بین هم باورهای مثبت و هم منفی فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و غیر مبتلا مشاهده گردید (۴۲). پنی و همکاران نیز رابطه‌ای بین باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نگرانی و شدت نگرانی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر دریافته‌اند و مشاهده کردند فقط باورهای منفی درباره نگرانی، پیش‌بینی کننده اختلال اضطراب فراگیر است (۴۳). در مقابل بشارت و همکاران تفاوتی در باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی افراد مشاهده نکردند (۳۹). مدل فراشناختی اضطراب به نقش باورهای فراشناختی در تجربه احساسات منفی اشاره می‌کند (۴۴). راهبردهای مقابله‌ای به کاررفته در این راستا، تداوم اختلال را پیش‌بینی می‌نماید؛ به

این صورت که از یک طرف تمایل دارد نگران شود و از طرف دیگر در صدد جلوگیری از آن است.

قابل ذکر است که مطالعات بسیاری نیز همسو با یافته‌های ذکر شده، ارتباط باورهای فراشناختی و اضطراب را در نوجوانان نشان داده‌اند (۳۱، ۳۲)، به این صورت که باورهای منفی درباره نگرانی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده اضطراب (۲۸) و به طور کلی باورهای فراشناختی باعث ایجاد اضطراب است (۳۳). همچنین مطالعاتی نشان دادند که باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل‌ناپذیری خطر، پیش‌بینی کننده اضطراب است (۲۷). در مطالعه قادری باورهای فراشناختی منفی، غیرمستقیم با اضطراب رابطه دارد، یعنی این باورها با راه‌اندازی راهبرد کنترل فکر - تنبیه باعث ایجاد اضطراب می‌شود (۳۳).

در پژوهش حسنونند و همکاران نشان داده شد که باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل‌ناپذیری فکر و خطر، پیش‌بینی کننده اجتناب و ترس است (۲۶). به طور کلی مطابق نظریه فراشناخت ولز و متیوز به دلیل نگرانی، ملغمه‌ای از باورهای فراشناختی مثبت مثل اینکه برای اجتناب از خطر باید نگران باشم و منفی مثل اینکه هیچ کنترلی بر نگرانی ندارم، فرد دچار سندروم شناختی-توجهی می‌شود و این باورهای فراشناختی در تعامل با عامل اجتناب و نشانه‌های فیزیولوژیک، منجر به آشفتگی ذهنی می‌گردد (۳۴).

فرایندهای فراشناختی دو وجه مستقل و مرتبط دارند: دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی (۳۵). در ارتباط بین شخص و محیط، تجربه فراشناختی می‌تواند دانش و باورهای فراشناختی را متأثر سازد و تفاوت‌هایی را در روابط مؤلفه‌های فراشناختی و همبسته‌های آن‌ها بوجود آورد. باور کنترل‌ناپذیری فکر و خطر مرتبط است با اینکه افکار باید به منظور عملکرد خوب کنترل شوند. که این موضوع منجر به انتخاب گزینشی افکار می‌شود (۳۶). پژوهشگران معتقدند باورهای فراشناختی کنترل‌ناپذیری فکر و خطر منجر به تنش عاطفی و به طور کلی تهدید، شده که منجر به تشدید اضطراب و هیجان‌های منفی و بیش‌برآورد تهدیدهای محیطی می‌گردد (۲۸).

صورت گیرد تا امکان مقایسه گروه‌های بالینی و غیربالینی فراهم آید.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مربوط به نقش باورهای فراشناختی در رابطه بین نگرانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر، می‌توان گفت کارشناسان حوزه سلامت در محیط‌های دانشگاهی لازم است جهت پیشگیری از اختلال اضطراب فراگیر، در جهت اصلاح باورهای فراشناختی دانشجویان برنامه‌ریزی نمایند و همچنین متولیان بهداشت و سلامت روان، با مورد توجه قرار دادن باورهای فراشناختی، احتمال بروز اختلال اضطراب فراگیر را پیش‌بینی و در صورت بروز با تکنیک‌های مناسب اصلاح این باورها، به درمان نشانه‌های این اختلال کمک کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله قدردان مشارکت دانشجویان محترم در مطالعه حاضر هستیم. این مطالعه حاصل یک طرح تحقیقاتی است و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کاشان با شماره طرح ۹۷۱۱ و کد اخلاق IR.KAUMS.REC.1397.001 به ثبت رسیده است. لذا از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان به جهت تأمین منابع مالی تحقیق، تشکر می‌نماییم.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم پردازش و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: زهرا زنجان، عبدالله امیدی، ملیحه رحمانی
- (۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: زهرا زنجان، ملیحه رحمانی
- (۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: زهرا زنجان، عبدالله امیدی

این صورت که باورهای فراشناختی منجر به الگوی مقابله‌ای و پاسخدهی مشخصی می‌شود که افکار و هیجانات منفی را تشدید می‌کند (۸، ۴۵). مدل فراشناختی معتقد است علی‌رغم شباهت‌های موجود در آسیب‌شناسی اختلالات، هر اختلال پایه‌های شناختی و فراشناختی خاص خود را دارد (۸). مثلاً فکر منفی تکرار شونده در بسیاری از اختلالات وجود دارد که در اضطراب به طور خاص، خودش را به شکل نگرانی نشان می‌دهد. حال بسیاری از افراد مبتلا به اضطراب، دیدگاه مثبت نسبت به نگرانی دارند و از آن به عنوان راهکاری در جهت رویارویی با تهدید استفاده می‌کنند (۲۹). این راهبرد مقابله‌ای زمانی مشکل‌ساز می‌شود که باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و مخاطره‌آمیز بودن نگرانی به عنوان راهبرد ناکارآمد طولانی مدت به کار رود و تا رسیدن به هدف ادامه یابد (۸). در پژوهش دیگری رابطه معناداری بین نگرانی و باورهای فراشناختی و اختلال اضطراب فراگیر مشاهده شد (۴۶). سایر پژوهش‌ها به نقش پیش‌بینی‌کنندگی باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و مخاطره‌آمیز بودن نگرانی در اضطراب اشاره می‌کنند (۳۶). همچنین باورهای فراشناختی مثبت و منفی می‌توانند باعث تداوم نگرانی هم باشد (۳۰).

با توجه به مقطعی بودن و پیروی از روش همبستگی پژوهش حاضر، نمی‌توان علیت را از آن استنباط نمود. از یک طرف، با توجه به محدود بودن نمونه مطالعه به دانشجویان شهرستان کاشان، تعمیم نتایج به جامعه عمومی باید با احتیاط صورت پذیرد و از طرف دیگر، به دلیل انجام پژوهش در جمعیت غیر بالینی دانشجویی، امکان تعمیم نتایج به جامعه بالینی وجود ندارد. ضمناً ابزارهای مداخله و کاغذی به کار گرفته شده (که خود نوعی محدودیت است) در عین علمی بودن، چه بسا در سنجش متغیرها با محدودیت روبرو بوده باشند. در انتها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با روش طولی انجام گیرد تا استنباط علیت تسهیل گردد و پژوهش‌های مشابه در گروه‌های بالینی

References

1. Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi S-A, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 2020;73:102234.
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders) DSM-5 :© American Psychiatric Pub; 2013.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
4. Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(2):277-90.
5. Golestaneh A SS. The Mediating Role of Worry on the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depression and Anxiety. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2013;9.(۳۵)
6. Nasrabadi AN, Mazloom R, Nesari M, Goodarzi F. Relation between worry domains and health related quality of life in medical sciences students, 2006. *International Journal of Psychology*. 2008;43(3):799.
7. Tavakoli N, Broyles A, Reid EK, Sandoval JR, Correa-Fernández V. Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019;11:1-5.
8. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press; 2011.
9. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*: John Wiley & Sons; 2013.
10. Wells A, Simons M. *Metacognitive therapy*: Wiley Online Library; 2009.
11. Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: Mediating role of cognitive errors and metacognition. *Journal of anxiety disorders*. 2008;22(4):722-33.
12. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(5):1172-81.
13. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*. 2008;22(8):1316-25.
14. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 200۳۲-۱۱۷:(۲)۳۹;۸
15. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(8):1011-23.
16. Loehlin JC. *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis*: Psychology Press; 2004.
17. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(6):487-95.
18. Dehshiri GR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics particularity of farsi version of

Pennsylvania state worry questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;1(4):67-75.

19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006;166(10):1092-7.

20. Naeinian M SM, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psy & Personality*. 2011;2(4):41-50.

21. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96.

22. Shrinzade Dastgiri S. Comparison metacognitive beliefs and responsibility in patients with OCD and GAD and normal people [M. A. Dissertation]. Shiraz: Shiraz university; 2007.

23. Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 1999;6(1):1-55.

24. Hosseini S, Khosravilaghab Z. Identifying Effective Factors on Leadership and Entrepreneurship Intent among Female Students (Case Study: Management Students of Public Universities in City). *Quarterly Journal of Women and Society*. 2017;8(30):35-56.

25. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*: Pearson Boston, MA; 2007.

26. Hassanvand Amouzadeh M, Roshan Chesly R. The relationship of the meta-cognitive beliefs with social anxiety symptoms (avoidance, fear and physiological arousal) in non-clinical population. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2013;3(2):55-70.

27. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*. 2008;22(8):1316-25.

28. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(5):1172-81.

29. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(1):18-25.

30. Bahrami F, Rezvan S. Relationship between anxious thoughts and metacognitive beliefs in high school students with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*. 2007;13(3):249-55.

31. IRAK PM. Standardization of Turkish form of metacognition questionnaire for children and adolescents: the relationships with anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(1):46.

32. Mentuccia MR. Cognitive predictors of worry in an adolescent community sample. 2011.

33. Ghaderi B, Mohammadkhani S, Hassanabadi H. Cognitive and metacognitive predictors of anxiety in adolescents. 2016.

34. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*. 1996;34(11-12):881-8.

35. Kadivar P. Educational psychology. Tehran: SAMT Publications. 2011.
36. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of anxiety disorders*. 2011;2:۹۶-۳۸۹:(۳)۵
37. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour research and therapy*. 2012;50(6):367-73.
38. Fisher PL, Wells A. Conceptual models of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*. 2011;41(2):127-32.
39. Besharat MA, Mirjalili RS, Ehsan HB. The mediating role of meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015;17(3):115-22.
40. 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. *Personality and Individual Differences*. 2012;53(3):224-30.
41. Diefenbach GJ, Gilliam CM, Tolin DF. Metacognitive beliefs in late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2012;3(5):768-81.
42. Koerner N, Tallon K, Kusec A. Maladaptive core beliefs and their relation to generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2015;44(6):441-55.
43. Penney AM, Mazmanian D, Rudanycz C. Comparing positive and negative beliefs about worry in predicting generalized anxiety disorder symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2013;45(1):34.
44. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: Review and status. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2010;1(1):jep. 007910.
45. Wells A, Matthews G. Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective: Psychology Press; 2014.
46. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(1):111-22.

Exploring the role of mediation of Meta-Cognitive beliefs on the relationship between Worry and Symptoms of Generalized Anxiety in students

Maliheh Rahmani¹, Zahra Zanjani*², Abdollah Omid³

1. Department of Clinical Psychology, school of humanities, Shahed University, Tehran, Iran
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
3. Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Corresponding author: Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Abstract

Background & Aim: Many researches have investigated the relationship between worry and anxiety. Among these, Wells' metacognitive model states that patients with generalized anxiety disorder have positive beliefs about their worries that they refer to it as a useful tool to deal with the threat. Thus the aim of this research was investigating the mediating role of metacognition in the relationship between worry and symptoms of generalized anxiety.

Methods: This study is correlational research. The sample of this study included 246 students of Kashan universities in 2017-2018 academic year. To measure variables Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ), brief measure for assessing generalized anxiety disorder: GAD-7 and Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) were used. Then, the data were analyzed using the SPSS-22 and AMOS-22 software.

Results: Findings showed a significant relationship between worry and anxiety ($r=0/53$, $P<0.01$) worry and metacognition ($r=0/49$, $P<0.01$), anxiety and metacognition ($r=0/53$, $P<0.01$). The results of the structural equation modeling showed the mediating role of metacognition in the relationship between worry and anxiety. But, path coefficient of positive metacognition and anxiety was not significant, then it was removed from the model.

Conclusion: Overall, metacognition plays a mediating role in the relationship between worry and anxiety. These results seem to be applicable in the individual, family, educational, therapeutic and interpersonal mental health.

Keywords:

Worry, Generalized anxiety, positive metacognition, metacognition

How to Cite this Article: Rahmani M, Zanjani Z, Omid A. Exploring the role of mediation of Meta-Cognitive beliefs on the relationship between Worry and Symptoms of Generalized Anxiety in students. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2022;10(2):41-53.