Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, Vol 4 (2), Autumn 2018, pp 35-43

Original Article

Evaluation of the Relationship between cognitive attentional syndrome with Mood Illusions in Students

Soryah Ebrahemi[1*], Golamreza Chalabianloo[2]
1- Master of General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch **(Corresponding Author).**
Email: Ebrahimi013@gmail.com
2- PhD in Neuroscience, Faculty Member of Shahid Madani University of Azerbaijan.

Received: 26 Sep 2018 **Accepted:** 04 Jan 2019

Abstract

Background & Aim: Mood disorders are one of the most prevalent and costly disorders that reduce function and quality of life. This study aimed to evaluate the relationship between cognitive attentional syndrome and mood illusions in students of Islamic Azad University.

Materials & Methods: This descriptive and correlational research was conducted on all students of Islamic Azad University of Tabriz (N=380) selected via multistage cluster sampling. Data were collected using cognitive attentional syndrome questionnaire and Beck's anxiety and depression questionnaire. Data analysis was performed in SPSS version 19 using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation), as well as Pearson's correlation coefficient and regression analysis.

Results: In this study, there was a significant relationship between cognitive attentional syndrome and mood illusions of depression and anxiety. Moreover, cognitive attentional syndrome significantly predicted the mood illusions of depression and anxiety ($P<0.01$).

Conclusion: Attention cognitive syndrome is a factor affecting the mood illusions of students, and is able to predict depression and anxiety. Therefore, it is suggested that counseling sessions be designed to improve cognition and attention in order to reduce the mood illusions of students.

Keywords: Cognitive Attentional Syndrome, Mood Illusions, Anxiety, Depression

How to cite this article:
Ebrahemi S, Chalabianloo G. Evaluation of the Relationship between cognitive attentional syndrome with Mood Illusions in Students. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2019; 4(3): 35-43.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-168-fa.html

Copyright © 2019 the Author (s). Published by **Kurdistan University of Medical Sciences**. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

پژوهشی

بررسی رابطه سندرم شناختی ـ توجهی با علائم خلقی

ثریا ابراهیمی[1*]، غلامرضا چلبیانلو[2]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز (نویسنده مسئول).

Ebrahimi013@gmail.com

۲- دکتری علوم اعصاب -عضو هئیت علمی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۴ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۷/۱۰/۱۴

چکیده

مقدمه و هدف: اختلالات خلقی با شیوع ۲۰/۸ درصدی به عنوان یکی از اختلال‌های شایع، پرهزینه و تضعیف‌کننده کیفیت و کارکردهای سالم، زندگی میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سندرم شناختی- توجهی با علائم خلقی افسردگی و اضطرابی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود که تعداد ۳۸۰ نفر از آن‌ها مطابق با فرمول کوکران انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سندرم شناختی- توجهی و اضطراب و افسردگی بک استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که سندرم شناختی- توجهی رابطه معناداری با علائم خلقی افسردگی و اضطراب دارد و همچنین به صورت معناداری علائم خلقی افسردگی و اضطراب از طریق سندرم شناختی- توجهی قابل پیش‌بینی است که این تغییرات در سطح $P<۰/۰۱$ معنادار می‌باشند.

نتیجه‌گیری: سندرم شناختی- توجهی یکی از عوامل مؤثر بر علائم خلقی در دانشجویان است.

واژه‌های کلیدی: سندرم شناختی- توجهی، علائم خلقی، اضطراب، افسردگی

مقدمه

در سال‌های اخیر مسائل روان‌شناسی و روان‌پزشکی موردتوجه بسیاری قرارگرفته است. چراکه انسان، امروزه بیش از هر چیزی از اختلالات و مشکلات روانی رنج می‌برد. در حال حاضر در دنیا و خصوصاً کشورهای درحال‌توسعه میلیون‌ها نفر به نوعی درگیر اختلالات روانی‌اند و این مسئله تا حدی به افزایش رشد جمعیت، تغییر در شیوه زندگی، فروپاشی خانواده‌ها و مشکلات اقتصادی مربوط می‌شود (۱). در شرایط فعلی با کثرت مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی برای رهایی از اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی و اضطراب می‌توان عصر حاضر را، عصر اضطراب و افسردگی انسان‌ها نامید (۲). افسردگی و اضطراب جزء شایع‌ترین اختلالات روانی هستند. افسردگی به‌قدری شایع است که سرماخوردگی روانی لقب گرفته است (۱). در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵-۲۰٪ بزرگسالان، از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و حداقل ۱۲ درصد به درجاتی از افسردگی مبتلا هستند که آن‌ها را در هر مرحله‌ای از زندگی به سمت درمان بکشاند (۳). افسردگی، اختلال خلقی است که شامل تغییر در اشتها و وزن، تغییر در خواب و فعالیت، فقدان نیرو، احساس گناه، مشکلات تفکر و تصمیم‌گیری و افکار مرگ و خودکشی باشد (۴). از طرفی افسردگی ممکن است باعث برانگیختگی و بی‌قراری شود که

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

حالت تنش و اضطراب به وجود بیاید. در گذشته بسیاری از پژوهشگران اختلال‌های اضطراب و افسردگی را به عنوان پدیده‌هایی جدا از هم در نظر می‌گرفتند و با عنوان گروه‌های تشخیصی جداگانه درمان می‌کردند؛ اما امروزه برخی اعتقاد دارند اضطراب و افسردگی از عوامل مشترک نشات می‌گیرند که امروزه به این شاخص‌ها، عوامل فراتشخیصی می‌گویند. در سال‌های اخیر بر نقش عوامل فراتشخیصی مثل نگرانی و نشخوار فکری تأکید زیادی شده است (۶). اضطراب، به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حد اعتدال آمیز وجود دارد که پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود (۱).

Wells با گردآوری این فرایندهای فراتشخیصی در کنار یکدیگر تحت عنوان سندرم شناختی ـ توجهی و بررسی نقش آن‌ها در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی، مداخلات درمانی را طراحی کردند که بتوانند در زمان کوتاه‌تر، به میزان بهبودی بالاتری دست پیدا کنند (۷). سندرم شناختی ـ توجهی را می‌توان پردازش مفهومی افراطی تعریف کرد که به شکل نگرانی و نشخوار فکری تجلی می‌یابد (۸). اغلب افراد دوره‌هایی از هیجان و ارزیابی منفی مثل (غمگینی، اضطراب، خشم، بی‌ارزشی) را به‌طور موقتی و گذرا تجربه می‌کنند. با این حال، سندرم شناختی ـ توجهی باعث می‌شود افراد در دام آشفتگی‌های تکراری و دیرپا بیفتند. سندرم شناختی – توجهی را می‌توان سبک فکری تکراری تعریف کرد که به شکل نشخوار فکری، توجه معطوف به تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد بروز می‌کند (۹). این سندرم پیامدهایی دارد که منجر به تداوم هیجان‌های منفی، تقویت افکار منفی و ماندگاری تهدید می‌شود (۱۰). نگرانی و نشخوار فکری همواره سوگیرانه هستند و توجه فرد را به اطلاعات منفی معطوف می‌کنند.

این کار باعث می‌شود فرد از خود وجهان پیرامون، برداشتی تحریف‌شده در ذهنش شکل بگیرد. نگرانی و نشخوار فکری باعث فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید می‌شوند. این کار اضطراب و افسردگی را به حالت‌هایی ماندگار تبدیل می‌کند. درصورتی‌که بدون نشخوار فکری و نگرانی، اضطراب و افسردگی به حالت‌هایی گذرا تبدیل می‌شوند (۱۰).

در همین راستا Hudson & Ellis نشان دادند نگرانی و اضطراب یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به‌ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارد (۱۱). نتایج پژوهش Khawaja &Mc Mahon نشان داد که نگرانی علاوه بر این‌که خصوصیت اصلی اختلال اضطراب فراگیر است، در اختلال‌های دیگر مثل اضطراب اجتماعی، افسردگی و وسواس اجباری نقش پررنگی را ایفا می‌کند (۱۲).

Dickson و همکاران در پژوهشی پی بردند که می‌توان با توجه به نمرات بیماران در نشخوار فکری و نگرانی، میزان اضطراب روزانه، اجتناب شناختی و رفتاری آن‌ها را پیش‌بینی کرد. (۱۳). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که سندرم شناختی ـ توجهی با افسردگی و اضطراب بخصوص اضطراب فراگیر، رابطه و همبستگی مثبت دارد (۱۴). مشهدی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که راهبردهای نشخوار فکری، فاجعه سازی و ملامت خویش و دیگران با نشانه‌های اضطراب و افسردگی (اختلال‌های درونی سازی) در کودکان رابطه مثبت دارد (۱۵). همچنین سلمانی و حسنی (۱۳۹۲) نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال افسردگی اساسی در نشانگان شناختی – توجهی و راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان (نشخوار فکری، ملامت خویش و فاجعه سازی)،

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار کسب می‌کنند (۱۶). لذا سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین سندرم شناختی ـ توجهی با حالات خلقی افسردگی و اضطرابی رابطه وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بودند که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. بر اساس آمار اخذشده از حوزه معاونت آموزشی دانشگاه، تعداد کل دانشجویان ۲۰۹۰۶ نفر بود. از جامعه فوق نمونه‌ای به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد که در آن دانشکده‌ها به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. سپس از هر دانشکده دو کلاس انتخاب شدند. بر اساس آمار اخذشده از اداره آموزش دانشگاه و با توجه به جدول مورگان، حجم نمونه ۳۷۷ نفر تعیین شد. ولی با توجه به احتمال مخدوش بودن برخی پرسشنامه‌ها، از جامعه فوق نمونه‌ای به حجم ۴۵۰ نفر انتخاب شدند و سپس در گام بعدی پرسشنامه‌ها به دانشجویان داده شد تا آن‌ها را تکمیل کنند. در نهایت پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری گردید. پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، اطلاعات حاصل از ۳۸۰ نفر دانشجویان مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود شامل دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز بودن، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۲۶، تحصیلات کارشناسی یا کارشناسی ارشد و معیار خروج هم عدم رضایت آزمودنی برای شرکت در پژوهش بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نشانگان شناختی- توجهی، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و اضطراب بک استفاده شد. پرسشنامه نشانگان شناختی- توجهی دارای ۱۶ آیتم است که به منظور ارزیابی فعال شدن نشانگان شناختی – توجهی طراحی شده است (۹). دو سؤال اول آن به ترتیب میزان فراوانی نگرانی و توجه آزمودنی را بر موارد تهدیدکننده می‌سنجد. شش ماده‌ی بعدی با فراوانی راهبردهای که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌برند ارتباط دارد. پاسخ‌ها به این هشت ماده بر اساس مقیاس لیکرت هشت درجه‌ای از صفر تا ۸ چیده شده است. هشت ماده‌ی بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره نشانگان سندرم شناختی ـ توجهی را بر اساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند. نمرات کلی مقیاس سندرم شناختی ـ توجهی از مجموع تمام ۱۶ ماده با یکدیگر به دست می‌آید. به‌نحوی‌که کمترین نمره صفر و بیشترین ۱۲۸ خواهد بود. کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه فعال‌سازی بیشتر نشانگان شناختی – توجهی است. Fergus و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آوردند (۱۴). در ایران سلمانی و حسنی (۱۳۹۲) مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۱۶). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بود.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۷). فرم تجدید نظر شده پرسشنامه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) همخوان است و ۲۱ سؤالی است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین ۶۳ است. نتایج پژوهش Beck و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (۱۷). فتی (۱۳۸۲) در یک نمونه ۹۴ نفری در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است (۱۸). ضریب اعتبار این پرسشنامه، در ایران با روش باز آزمایی و به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۰ در جامعه دانشجویی با نمونه ۴۳۸ نفری گزارش‌شده است (۱۹). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه خودگزارشی است که شدت اضطراب را با مقیاسی ۲۱ ماده‌ای اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسشنامه آزمودنی در هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت اضطراب اوست، انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین ۶۳ است. Beck و همکاران همسانی درونی این مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار باز آزمایی یک‌هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و برای ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (۱۷). صلواتی (۱۳۸۱) روایی محتوایی هم‌زمان تشخیص و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تائید قرار داده است (۲۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه‌های مورد مطالعه را ۲۲۵ نفر پسر (۶۰٪) و ۱۵۵ نفر دختر (۴۰٪) تشکیل داده بودند. میانگین سنی نمونه ۵/۸۸±۲۶/۳۷ سال بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سندرم شناختی، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۱۲۱/۵۹±۴۲۴/۲۰، ۱۰/۴۴±۱۳/۹۵ و ۱۰/۷۳±۱۳/۰۲ بود.

جدول ۲: همبستگی متغیرهای پژوهش

ردیف	مقیاس‌ها	۱	۲	۳
۱	سندرم شناختی-توجهی	۱		
۲	افسردگی	۰/۵۳۶**	۱	
۳	اضطراب	۰/۶۷۵**	۰/۷۳۶**	۱

نتایج جدول فوق نشان داد که سندرم شناختی- توجهی با افسردگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد ($p<۰/۰۱$) بدین معنا که هر چه میزان سندرم شناختی- توجهی در دانشجویان بیشتر شود، نشانه‌های افسردگی نیز بیشتر خواهد بود. همچنین سندرم شناختی- توجهی با اضطراب رابطه مثبت و معنی‌داری دارد ($p<۰/۰۱$) بدین معنا که هر چه میزان سندرم شناختی- توجهی در دانشجویان بیشتر شود، نشانه‌های اضطراب نیز بیشتر خواهد بود.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی افسردگی از روی سندرم شناختی- توجهی

متغیر پیش‌بین	B	SE	β	T	P	R	R^2	F	P
مدل کلی						۰/۵۳	۰/۲۸۷	۳۹/۴۸	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۴۷۴	۰/۰۷۵	۰/۵۳۶	۶/۲۸	۰/۰۰۱				

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

در جدول فوق نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی افسردگی از طریق سندرم شناختی- توجهی ارائه شده است. سندرم شناختی- توجهی، هم‌زمان ۰/۲۸ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کنند (F= ۳۹/۴۸ ،p<۰/۰۱).

جدول ٤: نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی اضطراب از روی سندرم شناختی- توجهی

متغیر پیش‌بین	B	SE	β	T	P	R	R^2	F	P
مدل کلی						۰/۶۱۴	۰/۳۷۷	۵۹/۳۴	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۵۵۲	۰/۰۷۲	۰/۶۱۴	۷/۷۰	۰/۰۰۱				

در جدول (۴) نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی اضطراب از طریق سندرم شناختی- توجهی ارائه شده است. مطابق با جدول (۴) سندرم شناختی- توجهی، هم‌زمان ۰/۳۷ درصد از تغییرات اضطراب را تبیین می‌کنند (F= ۵۹/۳۴ ،p<۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سندرم شناختی- توجهی با علائم خلقی اضطراب و افسردگی رابطه معناداری دارد. به نحوی که با افزایش سندرم شناختی- توجهی میزان اضطراب و افسردگی نیز بالا می‌رود. این نتایج با یافته‌های داخلی و خارجی مختلفی همسو است (۱۱-۱۶). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سندرم شناختی ـ توجهی شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود. فرد افسرده به تفکرات و احساسات منفی از طریق فعال کردن باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نیاز به نشخوار کردن پاسخ می‌دهد که به عنوان ابزار سروکار داشتن با غمگینی و باورها یا تفکرات منفی استفاده می‌شوند. نشخوار فکری ویژگی اصلی سندرم شناختی ـ توجهی است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه فقدان فعال می‌شود. سندرم شناختی ـ توجهی، غمگینی و باورهای منفی را تداوم می‌بخشد که این امر به‌نوبه‌ی خود منجر به پیدایش دوره‌های افسردگی می‌شود. بر طبق مدل فراشناختی، افراد مبتلا به خلق اضطرابی از نگرانی به عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مشکلات احتمالی آینده و روش‌های مقابله با آن‌ها استفاده می‌کنند. نگرانی معمولاً به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به افکار مزاحم فعال می‌شود. فعال شدن باورهای فراشناختی منفی، بیشترین نقش را در تبدیل نگرانی به اختلال اضطراب ایفا می‌کند (۲۱). با درک پیامدهای سندرم شناختی ـ توجهی، می‌توان گفت که نگرانی و نشخوار فکری همواره دارای سوگیری بوده و ماهیتاً به عنوان فرایندهای در جامانده شناخته می‌شوند؛ بنابراین فرد را در دور باطل سندرم شناختی ـ توجهی گیر انداخته و منجر به ایجاد یا تداوم اختلال می‌شوند. با شکل‌گیری اختلال مؤلفه‌های دیگر سندرم شناختی ـ توجهی، مثل سوگیری توجهی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه نیز وارد میدان شده و این وضعیت تداوم می‌بخشند (۲۲).

استفاده زیاد از راهبردهای ملامت خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی و ملامت دیگران به عنوان راهبردهایی ناسازگارنه با سطح بالایی از افسردگی همراه است و این راهبردها موجب تشدید و استمرار افسردگی می‌گردند. همچنین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه فرد را مستعد اضطراب کرده و در نتیجه به‌جای واکنش مناسب به رویدادهای تنیدگی‌زا، با آشفتگی و تشویش به آن‌ها عکس‌العمل نشان می‌دهد. در حالی‌که راهبردهای سازگارانه این پیامدها را به

[Downloaded from sjimp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

دنبال ندارد (۲۳). افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی گرایشی قوی برای تعبیر و تفسیر تهدیدآمیز اطلاعات مبهم دارند، که ممکن است منجر به افزایش سطوح نگرانی و اضطراب درباره تفسیر مفاهیم موردنظر شود. مدل عدم تحمل بلاتکلیفی یکی از دیدگاه‌های نوین در تبیین اختلال اضطراب است که توسط Dagas و همکاران مطرح شده است. طبق این مدل افراد مضطرب موقعیت‌های نامعین و یا مبهم را فشارآور و آشفته‌کننده درک می‌کنند و در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی‌های مزمنی را تجربه می‌کنند. این افراد بر این باورند که نگرانی به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند به‌صورت کارآمد، با موقعیت‌های ترس‌آور مقابله کنند و یا از این طریق مانع وقوع چنین حوادثی شوند. نگرانی به‌نوبه‌ی خود به جهت‌گیری منفی به مسئله و اجتناب شناختی منجر می‌گردد و خود این‌ها در یک چرخه‌ی معیوب باعث ابقای نگرانی می‌شوند. افراد مضطرب وجود موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیرقابل قبول می‌دانند و وقتی با چنین موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شوند از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطوح بلاتکلیفی خود استفاده می‌کنند که این موضوع نشان‌دهنده رابطه‌ی تنگاتنگ عدم تحمل بلاتکلیفی با نگرانی است (۲۴). سندرم شناختی ـ توجهی، به عنوان راهبرد سریع و پیوسته، پردازش‌ها و مقابله را شکل می‌دهد. این سندرم متشکل از راهبردهای فرد برای غلبه بر تهدید است؛ بنابراین، مفهوم مقابله و سبک تفکر خاص، باورهای فرد را به اختلال‌های هیجانی پیوند می‌دهد. بسیاری از راهبردهای مقابله‌ای که در اختلال‌های روان‌شناختی استفاده می‌شود، راهبردهای فراشناختی هستند که شامل کنترل افکار از طریق سرکوبی، اجتناب یا استفاده از راهبردهای توجهی و مفهومی مداوم می‌باشند (۲۵).

زمانی که سندرم شناختی ـ توجهی فعال می‌شود به‌سرعت کنترل ذهن را در دست می‌گیرد و جایگزین مقابله سازگارانه تر می‌شوند. اختلال روان‌شناختی به علت شکست در کنترل سندرم شناختی ـ توجهی، انعطاف‌ناپذیری در به‌کارگیری سبک‌های پاسخ‌دهی و تفکر جایگزین به وجود می‌آید. فعال شدن سندرم شناختی ـ توجهی باعث درگیری افکار، هیجان‌ها و خود ناهمخوانی می‌شود. به دلیل نقص آگاهی فراشناختی از فعالیت سندرم شناختی ـ توجهی و باورهای فراشناختی، انعطاف‌پذیری مختل می‌شود. در واقع، افراد آسیب‌پذیر به دلیل فعال شدن هم‌زمان باورهای فراشناختی مثبت و منفی مبتلا به سندرم شناختی ـ توجهی می‌شوند. فراشناخت واژه‌های مثبت، تداوم و فراوانی استفاده از سبک‌های ناسازگارانه مثل نگرانی و نشخوار فکری را تقویت می‌کنند، در حالی که فراشناخت‌های منفی منجر به ادراک رویدادهای درونی به عنوان عوامل تهدیدکننده و ناتوانی در اعمال کنترل مؤثر آن می‌شود و از این طریق به پریشانی دامن می‌زند (۲۶).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه این پژوهش منحصر به جامعه دانشجویی بوده و همچنین صرفاً از پرسشنامه استفاده‌شده که می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهندگان همراه باشد. پیشنهاد می‌گردد که مطالعات آینده از افراد کلینیکی مبتلا به اختلال افسردگی و اضطرابی استفاده شده و علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه تشخیصی نیز استفاده شود که بتوان نتایج را با اطمینان بیشتری تعمیم داد. همچنین کاربرد یافته‌های این پژوهش می‌تواند در بطن درمان‌های شناختی قرار بگیرد؛ به‌نحوی‌که دانشجویانی که افسرده یا مضطرب هستند تحت مشاوره‌های مبتنی بر تقویت شناخت و توجه قرار بگیرند چون‌که نتایج این پژوهش نشان داد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

که سندرم شناختی توجهی با اضطراب و افسردگی رابطه دارد.

۹۱۰۶۱۷۳۰۶۹۵۶۷ است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه شرکت‌کنندگان محترم تقدیر و تشکر به عمل آورند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز با کد

Referencess

1. Whoqol Group (1996) Whoqol-Bref Introduction, Administration and Scoring, Field Trial Version, World Health Organization, Geneva.
2. Ra Y, & Trusty J. Coping Strategies for Managing Acculturative Stress among Asian International Students. Int J Advanc Counse. 2015;37(1):313-29.
3. Ryan K. How Problem Focused and Emotion Focused Coping Affects College Students Percieved Stress and Life Satisfaction. Thesis of Bachelor, Department of Psychology. Dbs School of Arts Dublin. 2013.
4. Castillo RJ, Carlat DJ, Millon T, Millon CM, Meagher S, Grossman S, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association Press, Washington, DC. 2013.
5. Ehring T, & Watkins ER. Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process, Int J Cogn Ther. 2008;1(3):192-205.
6. Norton PG, Hayes SA, & Springer JR. Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety: Outcome and Process. Int J Cogn Ther. 2008;1(3):266-79.
7. Wells A. Attention and the Control of Worry. In G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds), Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment. Chichester: Johnwiley & Sons, Ltd. 2007. P.91.
8. Van Der Heiden C, Muris P & Van Der Molen HT. Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Intolerance-of-Uncertainty Therapy For Generalized Anxiety Disorder. Behav Res Ther. 2012;5(2):100-09.
9. Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisley J & Mendel E. A Pilot Randomized Trial of Metacognitive Therapy vs Applied Relaxation in the Treatment of Adults with Generalized Anxiety Disorder. Behav Res Ther. 2010;48(5):429-34.
10. Wells A & King P. Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Open Trial. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2006;37(3):206-12.
11. Harvey A, Watkins E, Mansell W & Shafran R. Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment. Oxford: Oxford University Press. 2008.
12. Khawaja NG & Mcmahon J. The Relationship of Meta-Worry and Intolerance of Uncertainty with Pathological Worry, Anxiety, and Depression. Behavior Change. 2011; 28(4):165-80.
13. Dickson KS, Ciesla JA & Reilly LC. Rumination, Worry, Cognitive Avoidance and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects. Behav Ther. 2012;43(3):629-40.
14. Fergus TA, Bardeen JR & Orcutt HK. Attentional Control Moderates the Relationship between Activation of the Cognitive Attentional Syndrome and Symptoms of Psychopathology. Personality Individual Differences. 2012;53(2):213-217.

[Downloaded from sjimp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

15. Mashhadi A, Mirardoghi F & Hasani J. The Role of Cognitive Emotional Ordering Strategies in Children's Internalization Disorders. J Behav Sci. 2011;3(3):39-29.
16. Hairdresser B & Hasani J. Significance Cognitive Symptoms and Emotional Cognitive Ordering Strategies: Inferiority-Detection or Detection Processes in Mood & Anxiety Disorders. J Clin Psychol. 2013;3(4):104-91.
17. Beck AT, Epstein N, Brown G & Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consulting Clin Psychol. 1998;56(6):893-897.
18. Fathi L. Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing two Conceptual Frameworks. Doctoral Dissertation, Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences. 2003. [Persian]
19. Tavakolizadeh J, Dashti S & Panahi M. The Effect of Rationalemotional Traning on Mothers` Mental Health Condition of Children with Mental Retardation. J Soc Behav Sci. 2015;69(24):649-658. [Persian]
20. Abedin A & Molaie A. The Effectiveness of Group Movie Therapy on Parental Stress Reduction in Mothers of Children with Mild Mental Retardation in Tehran. J Soc Behav Sci. 2015;5(1):988- 993.
21. Logsetty S, Shamlou A, Gawaziuk J, March J, Doupe M, Chateau D & Khan S. Mental Health Outcomes of Burn: A Longitudinal Population-Based Study of Adults Hospitalized for Burns. J Burn. 2016;42(4):738-744.
22. Sanjuan P & Magallares A. Coping Strategies as Mediator Variables between Explanatory Styles and Depressive Symptoms. Anales De Psicología. 2015;31(2):447- 451.
23. Hong RY. Worry and Rumination: Differential Associations with Anxious and Depressive Symptoms and Coping Behavior. Behav Res Ther. 2007;45(2):277- 290.
24. Moses EB & Barlow DH. A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science. Curr Dir Psycho Sci. 2006;15(3):146-50.
25. Wells A. Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chichester: Johnwiley & Sons; 2001. P.185.
26. Dupuy JB, Ladouceur R. Cognitive Processes of Generalized Anxiety Disorder in Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder. J Anxiety Disord. 2008;22(3):505-14.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]