

# Explaining Structural Relationships between Coping Strategies and Pregnancy Anxiety based on the Intermediary of Tolerance of Ambiguity

Abedi Z<sup>1</sup>, \*Mogtabaei M<sup>2</sup>, Bagheri N<sup>3</sup>

## Author Address

1. Ph.D. Student in general psychology, Islamic Azad University Roodehen branch, Roodehen, Iran;
2. Associate professor, Department of psychology, Islamic Azad University Roodehen branch, Roodehen, Iran;
3. Assistant professor, Department of psychology, Islamic Azad University Roodehen branch, Roodehen, Iran.

\*Corresponding Author E-mail: [mogtabaei\\_mina@yahoo.com](mailto:mogtabaei_mina@yahoo.com)

Received: 2018 November 24; Accepted: 2019 March 18

## Abstract

**Background & Objectives:** There is a high incidence of distressing psychological symptoms, including anxiety in pregnancy. The present study aimed to determine the mediating role of the tolerance of ambiguity in the relationship between coping strategies and pregnancy anxiety.

**Methods:** This was a descriptive correlational study. The statistical population of the study consisted of pregnant women referring to the health centers of the Social Security Organization of Tehran Province, Iran, in the fourth quarter of 2017 and the first quarter of 2018. The sample size was calculated as 384, according to the Cramer formula. The study participants were selected by a multistage cluster sampling technique. The study tools included the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (Van den Bergh, 1989), the Tolerance of Ambiguity Measure (Mc Lain, 2009), and Coping Styles Questionnaire (Folkman & Lazarus, 1980). To analyze the obtained data, structural equation modeling, and Maximum Likelihood Estimation (MLE) were applied in AMOS. The significance level was set at 0.05.

**Results:** In this study, the total path coefficient between emotional-focused coping and pregnancy anxiety was positive and significant ( $p < 0.001$ ,  $\beta = 0.311$ ). Additionally, the total path coefficient between problem-focused coping and pregnancy anxiety was negative and significant ( $p = 0.027$ ,  $\beta = -0.149$ ). The direct path coefficient between the tolerance of ambiguity and pregnancy anxiety was negative and significant ( $p < 0.001$ ,  $\beta = -0.261$ ). The indirect path coefficient between problem-focused coping and pregnancy anxiety was negative and significant ( $p < 0.001$ ,  $\beta = -0.089$ ).

**Conclusion:** The greater use of the problem-focused coping style in pregnant women reduced the level of ambiguity and concern about unpredictable future situations in them. Eventually, they experienced less anxiety.

**Keywords:** Coping strategy, Pregnancy anxiety, Tolerance of uncertainty.

## تبیین روابط ساختاری بین راهبردهای مقابله‌ای و اضطراب بارداری براساس نقش میانجیگر تحمل ابهام

زهرآ عابدی<sup>۱</sup>، \*مینا مجتبابی<sup>۲</sup>، نسرين باقری<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران؛  
 ۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران؛  
 ۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: mogtabaei\_mina@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳ آذر ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲۷ اسفند ۱۳۹۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** ازجمله نشانه‌های شایع‌تر روان‌شناختی آشفته‌ساز در دوران بارداری اضطراب است. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجیگر تحمل ابهام در رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با اضطراب بارداری بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در استان تهران در سه‌ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ و سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. تعداد نمونه براساس فرمول کرامر ۳۸۴ نفر برآورد شد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه اضطراب مرتبط با بارداری (وندربرگ بارگ، ۱۹۸۹) و مقیاس تحمل ابهام (مکلین، ۲۰۰۹) و پرسش‌نامه سبک‌های مقابله (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار ایموس و بیشینه برآورد احتمال و نیز سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

**یافته‌ها:** در پژوهش حاضر ضریب مسیر کل بین مقابله هیجان‌مدارانه و اضطراب بارداری مثبت و معنادار ( $\beta=0/311, p<0/001$ ) بوده و ضریب مسیر کل بین مقابله مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $\beta=-0/149, p=0/027$ ) به دست آمد. همچنین ضریب مسیر مستقیم بین تحمل ابهام و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $\beta=-0/261, p<0/001$ ) بوده و ضریب مسیر غیرمستقیم بین مقابله مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $\beta=-0/089, p<0/001$ ) محاسبه شد.

**نتیجه‌گیری:** هر چقدر میزان استفاده این زنان باردار از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر شود به‌همان میزان ابهام و نگرانی از موقعیت‌های پیش‌بینی‌ناپذیر در آینده در آنان کاهش می‌یابد و در نهایت اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب بارداری، تحمل ابهام، راهبرد مقابله.

اضطراب بارداری، حالتی هیجانی است که در نگرانی‌ها و ترس‌های جاری درباره بارداری، سلامت نوزاد، تولد نوزاد، زایمان و درد ناشی از آن، نقش مادری و به‌طور خلاصه عوامل خطر مربوط به مادر و نوزاد ریشه دارد. اضطراب مرتبط با بارداری به‌طور مستقیم با تجارب جسمانی و هیجانی مادر در ارتباط است و هیجان‌پذیری و ترس و نگرانی‌های مادران باردار منجر به این نوع از اضطراب و واکنش‌های عاطفی می‌شود (۱۰۲). این اضطراب با حاملگی زودرس، نارس جنین و وزن کم نوزاد و مادر در هنگام بارداری، اختلال رشد شناختی و اجتماعی در نوزادان، سوءمصرف الکل و سیگار و افسردگی پس از زایمان مرتبط است (۳-۵).

سه‌ماهه آخر بارداری، فشارآورتر و مضطرب‌کننده‌تر است. با وارد شدن تدریجی زن به سه‌ماهه سوم بارداری و رشد جنین به‌همراه بزرگ‌شدن شکم و اضافه‌شدن وزن، فشار روی کمر و اعصاب پا بیشتر شده و حرکت و فعالیت مادر کند می‌شود و فکر رسیدن زمان زایمان، زن باردار را دچار اضطراب می‌کند. مشکلات جسمی و اضطراب، باعث کاهش خواب در ماه‌های آخر می‌شود و نگرانی‌هایی که در سه‌ماهه دوم کاهش یافتند، در این دوره مجدداً افزایش می‌یابد (۶). بارداری علاوه بر مسرت دوره‌ای مملو از تنش‌های جسمانی و روانی برای مادر محسوب می‌شود. حتی در زنان سالم، بارداری ممکن است به‌دلیل نگرانی‌ها و ابهامات موجود و عوامل پیش‌بینی‌نشده موجب اضطراب بسیاری شود (۷،۸). عدم تحمل ابهام امروزه به‌عنوان تمایلی برخاسته از مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره ابهام یا نبود قطعیت و پیامدها و دلالت‌های آن بوده که پیش‌بینی‌کننده مهم نگرانی و تمایل به تفسیر موقعیت‌های مبهم به‌صورت منفی است (۹)؛ همچنین وضعیتی شناختی است که خطر اضطراب را افزایش می‌دهد (۱۰،۱۱).

در الگوی بیش‌برانگیختگی-اجتناب اضطراب چنین بیان شده است که عدم تحمل ابهام منجر به بیش‌برانگیختگی و متعاقباً برانگیختگی هیجانی منفی می‌شود؛ بنابراین، افراد تلاش می‌کنند از ابهام اجتناب ورزند تا تجربیات هیجانی ناخوشایند مانند اضطراب را تجربه نکنند؛ احساسات منفی ناشی از عدم تحمل ابهام ممکن است مانع عملکرد مناسب شود (۱۲) و تلاش برای به‌حداقل‌رساندن اشتباهات و کمال‌گرایی را برای برطرف‌کردن احساسات مرتبط با ابهام و تردید ناشی از افکار مزاحم شامل می‌شود (۱۳). بنابر نظر فروزان‌فر کسانی که تحمل ابهام ندارند، با تمایل به متوسل‌شدن به راه‌حل‌های سیاه و سفید و با قضاوت سریع و خودرأی، اغلب در غفلت از واقعیت توصیف می‌شوند. دلیل اصلی نگران‌شدن افراد، نبود تحمل و تلاش برای اعمال کنترل بر وضعیت، به امید جلوگیری از پیامدهای منفی آینده است (۱۴). لی و نیز اوسماناگانوگلو و همکاران چنین فرض کردند که افراد ناتوان در تحمل ابهام مستعد درگیر شدن در نگرانی هستند؛ زیرا عدم تحمل ابهام زنجیره‌ای از نگرانی و جهت‌گیری‌های منفی به مسئله و اجتناب شناختی را راه‌اندازی می‌کند (۱۵،۱۶).

مطابق با الگوی فراشناختی چنین فرض می‌شود که عدم تحمل ابهام خطر نگرانی مفرط را افزایش می‌دهد؛ همچنین عامل افزایش آسیب‌پذیری در برابر نگرانی است؛ زیرا باعث گرایش افراد به طرف

اجتناب شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی می‌شود. یکی از رفتارهای مقابله‌ای که موجب تداوم ارزیابی‌ها و باورهای منفی درباره نگرانی می‌گردد، اجتناب شناختی بوده که در واقع با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می‌کند. نگرانی به‌نوبه خود به اجتناب شناختی منجر می‌شود و این خود در چرخه‌ای معیوب سبب ابقای نگرانی می‌گردد (۱۹-۱۷).

عدم تحمل ابهام بر مبنای سوءگیری شناختی بر ادراک و تفسیر و پاسخ‌های فرد به موقعیت‌های مهم در سطوح شناختی و هیجانی و رفتاری تأثیر می‌گذارد (۲۰). بنابر پیشنهاد خیرجو و همکاران افرادی که دارای تحمل ابهام بیشتری هستند با موقعیت سازمان‌نیافته که پایان آن نامشخص بوده، مقابله‌ای موفقیت‌آمیز دارند. در این حالت تحمل ابهام می‌تواند میل و رغبت فرد را به توانایی پذیرفتن تجربه‌های متفاوت یا موقعیت‌های نامشخص ایجاد کند (۲۱). مقابله شامل تمام تلاش‌های شناختی و رفتاری است که برای مهار و کاهش یا تحمل درخواست‌های درونی یا بیرونی به‌کار می‌رود (۲۲). سبک‌های مقابله‌ای، شامل راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار است. راهبردهای متمرکز بر مسئله راهبردهایی را در برمی‌گیرند که به مسئله ایجادکننده آشفتگی هیجانی می‌پردازند. راهبردهای متمرکز بر هیجان به راهبردهایی اشاره دارند که موجب تنظیم هیجانی می‌شوند (۲۳). در این راستا درخشان و همکاران پیشنهاد کردند افرادی که به‌دلیل تجربه موقعیت‌های نامطلوب و چالش‌برانگیز محیطی، آشفتگی‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را در مقایسه با افراد عادی بیشتر تجربه می‌کنند، در این تجربه احتمالاً از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بهره می‌جویند. آشفتگی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار موجب تقویت و تشدید هرچه بیشتر یکدیگر می‌شوند (۲۴).

اضطراب مرتبط با بارداری از علل ناتوانی کارکردی در سراسر جهان، در ۱۴/۴ درصد از زنان باردار مشاهده می‌شود که این میزان از شیوع نگران‌کننده است (۲۰،۲۵). چنانچه تنش مدیریت شود و مهارت مقابله‌ای مؤثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله کند و اثرات مخرب تنش را بر جسم و روان خویش مهار سازد (۲۶) که بر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌افزاید؛ بنابراین پژوهش حاضر به‌دنبال بررسی اضطراب بارداری و عدم تحمل ابهام و سبک‌های مقابله‌ای در قالب الگویابی الگوهای ساختاری و به‌دنبال یافتن روابط علت و معلولی متغیرها در جهت پیش‌بینی اضطراب بارداری بود که این امر نوآوری پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجیگر عدم تحمل ابهام در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای با اضطراب بارداری بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تابعه سازمان تأمین اجتماعی در استان تهران در سه‌ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ و سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که با اخذ مجوز از سازمان تأمین اجتماعی درباره آن‌ها پژوهش صورت گرفت. تعداد نمونه براساس فرمول کرامر (با احتساب بیش‌برآورد بیست‌درصد) و طرح

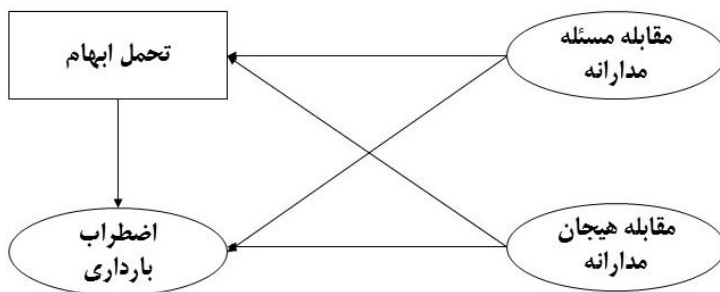
پژوهش و تعداد متغیرها، ۳۸۴ نفر برآورد شد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که برای گزینش اعضای نمونه از بین مراکز درمانی تابعه، ده مرکز درمانی (سرپایی و بستری) به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. هریک از باردارهای شکم اول دارای پرونده کنترل بارداری در هر مرکز درمانی به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. از جمله معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: حداقل سن ۱۸ سال؛ داشتن تحصیلات دستکم دیپلم؛ بارداری تک‌قلو و شکم اول؛ نبودن بارداری پرخطر؛ زندگی مشترک با همسر؛ داشتن تمایل همکاری با مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف مادر از ادامه همکاری با پژوهشگر و عقب‌ماندگی ذهنی و جسمی و دریافت هم‌زمان روان‌درمانی و داروهای روان‌پزشکی بود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

– پرسش‌نامه اضطراب مرتبط با بارداری: پرسش‌نامه اضطراب مرتبط با بارداری و ندربرگ بارگ (۱۹۸۹) (به نقل از ۲۷) ساخته شده است. این مقیاس ۵۸ گویه دارد که خرده‌مقیاس‌های ترس از زایمان، ترس از به دنیا آوردن بچه‌ای با مشکل جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک، ترس‌های خودمحوارانه و ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر را در طیف لیکرت هشت‌درجه‌ای از ۰ تا ۷ ارزیابی می‌کند. نمره کل از جمع نمره‌های همه خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. ضرایب آلفای کرونباخ ابزار در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ محاسبه شده است (۲۷). وازکوییز و همکاران برای این ابزار ضرایب همسانی درونی را در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ و همبستگی معنادار آن را با مقیاس افسردگی بعد از زایمان و پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت به عنوان روایی ابزار گزارش کردند (۲۸). کارآموزیان و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و همبستگی معنادار بین مؤلفه‌ها و مقیاس کلی پرسش‌نامه با پرسش‌نامه اضطراب را بک به عنوان روایی هم‌زمان بیان کردند (۲۹).

– مقیاس تحمل ابهام– نسخه دوم: مقیاس تحمل ابهام– نسخه دوم مک‌لین در سال ۲۰۰۹ ساخته شد و شامل ۱۳ گویه است که در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از جمع نمره‌های همه گویه‌ها به دست می‌آید. مک‌لین ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۲ و همبستگی آن را با پرسش‌نامه عدم تحمل ابهام بندر برابر با  $r=0/09$  و تحمل ابهام مک‌دونالد اب-۲۰ برابر با  $r=0/41$  گزارش کرد (۳۰). فیضی و همکاران در پژوهش خود روایی ابزار را از طریق روایی سازه ۰/۴۸ و ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۸۵ عنوان کردند (۳۱).

– پرسش‌نامه سبک‌های مقابله: پرسش‌نامه سبک‌های مقابله فولکمن و لازاروس در سال ۱۹۸۰ (به نقل از ۳۲) ساخته شد. شامل ۶۶ گویه است و هشت راهبرد رویارویی را در دو طبقه روش‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از هرگز=۰، به ندرت=۱، اکثر اوقات=۲ تا همیشه=۳ ارزیابی می‌کند. نمره کل از جمع نمره‌های همه خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. فولکمن و لازاروس ۱۹۸۵ (به نقل از ۳۲) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۸۸ به دست آوردند و همچنین در بسیاری از پژوهش‌ها روایی سازه برای این ابزار گزارش شده است (۳۲). حنیفی و امینی برای ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را عنوان کردند (۳۳).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آمواس<sup>۱</sup>، برآورد بیشینه احتمال<sup>۲</sup>، سطح معناداری ۰/۰۵، شاخص‌های نیکویی برازش مجذور کای<sup>۳</sup> با مقدار احتمال بزرگ‌تر از ۰/۰۵، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۰۸، شاخص نیکویی برازش تطبیقی با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش<sup>۴</sup> با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۵ و شاخص نیکویی تطبیقی<sup>۵</sup> با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۹۵، با در نظر گرفتن مقادیر برازش ذکر شده توسط مایرز و همکاران در سال ۲۰۰۶ تحلیل شد (۳۴). مدل‌یابی مستلزم گذر از دو مرحله ارزیابی مدل اندازه‌گیری از طریق تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مدل ساختاری از طریق تحلیل مسیر است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

### ۳ یافته‌ها

(۱۷/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان ۳۳ تا ۳۷ سال و ۲۱ نفر (۵/۵ درصد) بیشتر از ۳۸ سال داشتند.

در پژوهش حاضر ۳۸۴ شرکت‌کننده حضور داشتند که ۵۲ نفر (۱۳/۵ درصد) از آنان کمتر از ۲۲ سال و ۱۲۲ نفر (۳۱/۸ درصد) ۲۳ تا ۲۷ سال و همان تعداد ۲۸ تا ۳۲ سال بودند. همچنین ۶۷ نفر

4. Goodness of Fit Index (GFI)

5. Comparative Fit Index (CFI)

1. AMOS

2. Maximum Likelihood

3. Chi Square

جدول ۱. شاخص‌های نیکویی برازش الگوی اندازه‌گیری و ساختاری پژوهش

RMSEA	AGFI	GFI	CFI	( $\chi^2/df$ )	$\chi^2$	شاخص‌های برازندگی
۰/۰۷۳	۰/۸۹۸	۰/۹۳۴	۰/۹۷۱	۳/۰۶	۱۸۰/۳۹	الگوی اصلاح‌شده اندازه‌گیری
۰/۰۷۲	۰/۸۹۲	۰/۹۲۹	۰/۹۶۸	۲/۹۶	۲۰۴/۲۵	

بررسی شاخص‌های نیکویی برازش حاصل از آزمون الگوهای گردآوری‌شده برازش مطلوب دارد. اندازه‌گیری و ساختاری پژوهش نشان داد که این الگوها با داده‌های

جدول ۲. پارامترهای الگوی اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

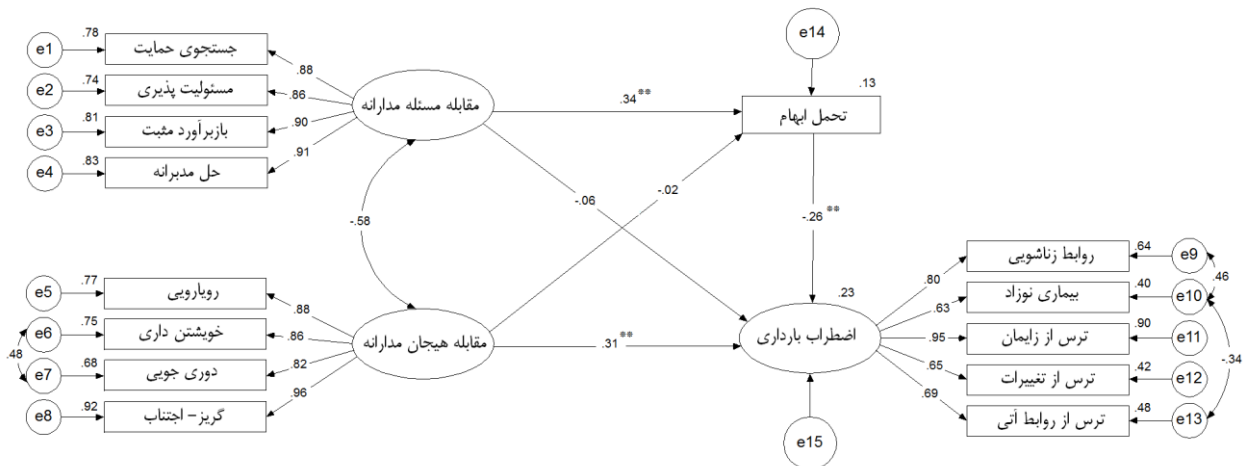
مقدار احتمال	خطای معیار	برآورد ضریب استانداردشده $\beta$	متغیر مکنون- نشانگر	مقدار احتمال	خطای معیار	برآورد ضریب استانداردشده $\beta$	متغیر مکنون- نشانگر
<۰/۰۰۱	۰/۱۵۴	۰/۹۵۹	مقابله هیجان‌مدارانه- گریز- اجتناب	<۰/۰۰۱	۰/۱۰۲	۰/۸۸۳	مقابله مسئله‌مدارانه- جست‌وجوی حمایت
<۰/۰۰۱	۰/۰۹۵	۰/۸۰۱	اضطراب بارداری- روابط زناشویی	<۰/۰۰۱	۰/۰۵۹	۰/۸۶۳	مقابله مسئله‌مدارانه- مسئولیت‌پذیری
<۰/۰۰۱	۰/۰۴۷	۰/۶۳۵	اضطراب بارداری- بیماری نوزاد	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۱	۰/۹۰۰	مقابله مسئله‌مدارانه- بازبرآورد مثبت
<۰/۰۰۱	۰/۱۲۲	۰/۹۴۷	اضطراب بارداری- ترس از زایمان	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۴	۰/۹۰۶	مقابله مسئله‌مدارانه- حل‌مدبرانه
<۰/۰۰۱	۰/۰۶۸	۰/۶۵۱	اضطراب بارداری- ترس از تغییرات	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۲	۰/۸۷۷	مقابله هیجان‌مدارانه- رویارویی
<۰/۰۰۱	۰/۰۵۵	۰/۹۶۹	اضطراب بارداری- ترس از روابط آتی	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۶	۰/۸۶۴	مقابله هیجان‌مدارانه- خویشانداری
				<۰/۰۰۱	۰/۰۸۳	۰/۸۲۵	مقابله هیجان‌مدارانه- دوری‌جویی

جدول ۳. ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در الگوی ساختاری

مقدار احتمال	برآورد ضریب استانداردشده $\beta$	خطای معیار	برآورد ضریب b	مسیرها
<۰/۰۰۱	-۰/۲۶۱	۰/۰۳۶	-۰/۱۷۴	ضریب مسیر تحمل ابهام $\leftarrow$ اضطراب بارداری
۰/۷۳۹	-۰/۰۲۱	۰/۰۹۰	-۰/۰۳۰	ضریب مسیر مستقیم مقابله هیجان‌مدارانه $\leftarrow$ تحمل ابهام
<۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	۰/۱۶۵	۰/۷۹۷	ضریب مسیر مستقیم مقابله مسئله‌مدارانه $\leftarrow$ تحمل ابهام
<۰/۰۰۱	۰/۳۰۵	۰/۰۶۱	۰/۲۸۴	ضریب مسیر مستقیم مقابله هیجان‌مدارانه $\leftarrow$ اضطراب بارداری
۰/۴۱۲	-۰/۰۶۰	۰/۱۱۱	-۰/۰۹۲	ضریب مسیر مستقیم مقابله مسئله‌مدارانه $\leftarrow$ اضطراب بارداری
۰/۷۲۳	۰/۰۰۶	۰/۰۱۶	۰/۰۰۵	ضریب مسیر غیرمستقیم مقابله هیجان‌مدارانه $\leftarrow$ اضطراب بارداری
<۰/۰۰۱	-۰/۰۸۹	۰/۰۴۰	-۰/۱۸۳	ضریب مسیر غیرمستقیم مقابله مسئله‌مدارانه $\leftarrow$ اضطراب بارداری
<۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	۰/۰۶۱	۰/۲۸۹	ضریب مسیر کل مقابله هیجان‌مدارانه $\leftarrow$ اضطراب بارداری
۰/۰۲۷	-۰/۱۴۹	۰/۱۰۴	-۰/۲۳۱	ضریب مسیر کل مقابله مسئله‌مدارانه $\leftarrow$ اضطراب بارداری

جدول ۲ نشان می‌دهد که بارهای عاملی استاندارد همه نشانگرها بیشتر از ۰/۳۲ است. براساس نتایج جدول ۲ بار عاملی بیشتر متعلق به نشانگر گریز-اجتناب مقابله هیجان‌مدارانه ( $\beta=0/959$ ) و بار عاملی کمتر متعلق به نشانگر بیماری نوزاد-اضطراب است ( $\beta=0/635$ ); بنابراین می‌توان گفت همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری متغیر مکنون متناظر خود برخوردار هستند. جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین مقابله هیجان‌مدارانه و اضطراب بارداری مثبت و معنادار ( $p<0/001$ ,  $\beta=0/311$ ) بوده و ضریب مسیر کل بین مقابله مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $p=0/027$ ,  $\beta=-0/149$ ) است. همچنین ضریب مسیر مستقیم بین تحمل ابهام و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $p<0/001$ ,  $\beta=-0/261$ ) بوده و ضریب مسیر غیرمستقیم بین مقابله مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $p<0/001$ ,  $\beta=-0/089$ ) است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که بارهای عاملی استاندارد همه نشانگرها بیشتر از ۰/۳۲ است. براساس نتایج جدول ۲ بار عاملی بیشتر متعلق به نشانگر گریز-اجتناب مقابله هیجان‌مدارانه ( $\beta=0/959$ ) و بار عاملی کمتر متعلق به نشانگر بیماری نوزاد-اضطراب است ( $\beta=0/635$ ); بنابراین می‌توان گفت همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری متغیر مکنون متناظر خود برخوردار هستند. جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین مقابله هیجان‌مدارانه و اضطراب بارداری مثبت و معنادار ( $p<0/001$ ,  $\beta=0/311$ ) بوده و ضریب مسیر کل بین مقابله مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $p=0/027$ ,  $\beta=-0/149$ ) است. همچنین ضریب مسیر مستقیم بین تحمل ابهام و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $p<0/001$ ,  $\beta=-0/261$ ) بوده و ضریب مسیر غیرمستقیم بین مقابله مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ( $p<0/001$ ,  $\beta=-0/089$ ) است.



شکل ۲. روابط ساختاری بین سبک‌های مقابله‌ای و تحمل ابهام و اضطراب بارداری

#### ۴ بحث

هدف از انجام این مطالعه تعیین نقش میانجیگر عدم تحمل ابهام در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای با اضطراب بارداری بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین (۱۴-۲۴، ۲۱، ۱۶) نشان داد که تحمل ابهام رابطه بین مقابله مسئله‌مدارانه با اضطراب بارداری را به صورت منفی میانجیگری می‌کند.

نگرانی به عنوان زنجیره‌ای تکراری از افکار و تصورات، سنگین‌اثر و به طور گسترده کنترل‌نشده، دربارهٔ حادثه‌ای در آینده است که پیامد آن ادراک ابهام‌آمیز و احتمالاً منفی بوده و هدفش کاهش رخداد پیامدهای ترسناک (و اثرات آن) است. معمولاً نگرانی به عنوان جزء شناختی اضطراب طبقه‌بندی می‌شود (۳۵). افراد دچار نگرانی نمی‌توانند واکنش‌های هیجانی خود را در قبال وقایع محیطی در طول یا شروع نگرانی به صورت ناسازگارانه مدیریت کنند؛ از این رو به نظر می‌رسد که نقش نگرانی در بدتنظیمی اضطراب، دوسویه باشد: نگرانی به عنوان پاسخی به تجارب هیجانی بد تنظیم شده تا اینکه فرد بتواند از چنین تجاربی اجتناب کند یا اینکه نگرانی به عنوان عاملی که باعث افزایش شدت واکنش‌های هیجانی به وقایع محیطی و به دنبال آن کاهش توانایی مدیریت مؤثر این هیجان‌ها می‌شود (۳۶).

می‌شود؛ تصاویر ذهنی دربارهٔ موقعیتی تهدیدآمیز درمقایسه با افکار کلامی-زبان شناختی (مانند نگرانی) مرتبط با همان موقعیت، واکنش هیجانی قوی‌تری به همراه دارد. این افکار، واکنش هیجانی و فیزیولوژیک فرد را هنگام تفکر دربارهٔ پیامد موقعیت تهدیدآمیز کاهش می‌دهند. طبق نظریهٔ اجتناب شناختی بورکویک، کارکرد اولیهٔ کلامی-زبان شناختی نگرانی در اضطراب، نقش تقویت‌کنندهٔ منفی آن است که منجر به کاهش تصاویر ذهنی تهدیدکننده و غیرفعال‌سازی فعالیت‌های خودکار ناخوشایند می‌گردد. افراد مبتلا به اضطراب و نگرانی مفرط علاوه بر اینکه از راهبردهای اجتناب شناختی ضمنی مانند اجتناب خودکار از تصاویر ذهنی تهدیدآمیز استفاده می‌کنند، راهبردهای اجتناب شناختی آشکار یا ارادی را نیز به کار می‌گیرند. این راهبردهای ارادی شامل سرکوب کردن افکار نگران‌کننده و استفاده از حواس‌پرتی و اجتناب از موقعیت‌های برانگیزانندهٔ افکار نگران‌کننده است. در واقع افراد مضطرب و نگران، دانش حل مشکلات خود را دارند؛ اما به علت داشتن چارچوب شناختی منفی دربارهٔ مشکلات، هنگام مواجهه با آن‌ها به سختی می‌توانند خودشان را برای استفاده از دانش حل مسئله آماده کنند (۴۱-۳۹).

افراد با عدم تحمل ابهام نمی‌توانند رخداددهای تنش‌زای روزمره را به راحتی تحمل کنند؛ بنابراین افراد مضطرب نگران به نوعی دچار عدم تحمل ابهام هستند (۳۷، ۳۸). عدم تحمل ابهام دارای سه شرط از چهار شرط لازم جهت محسوب شدن به عنوان عامل خطر علنی برای نگرانی و اضطراب است: به این صورت که عدم تحمل ابهام ارتباط تنگاتنگی با نگرانی دارد (شرط ۱)؛ عدم تحمل ابهام قابل تغییر است (شرط ۲)؛ تغییرات در عدم تحمل ابهام بر تغییرات نگرانی در بیشتر دورهٔ درمان تقدم زمانی داشته است (شرط ۳)؛ اما پژوهش‌ها هنوز شرط ۴ را مورد توجه قرار می‌دهند؛ یعنی عامل الف (عدم تحمل ابهام) باید بر عامل ب (نگرانی مفرط و اضطراب) مقدم باشد. اجتناب شناختی در افراد نگران، عملکرد فرد را در مواجهه با بلا تکلیفی و ابهام مختل می‌کند. نگرانی به عنوان فرآیندی کلامی، جایگزین تصاویر ذهنی ناخوشایند

پژوهش‌های آتی متغیرهای مذکور نیز بررسی گردد.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت تنش‌ها و نگرانی‌های دوران بارداری از عوامل روانی تأثیرگذار در بروز اضطراب بارداری است. نحوه ادراک فرد از تنش و سبک مقابله‌ای زنان با تنش می‌تواند اضطراب بارداری را در آن‌ها به میزان زیادی تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای تنش را دستخوش تغییر کند. هرچقدر میزان استفاده این زنان از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر شود به همان میزان ابهام و نگرانی از موقعیت‌های پیش‌بینی‌ناپذیر در آینده در آنان کاهش می‌یابد و در نهایت اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. یعنی به‌کارگیری سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار توسط زنان باردار ادراک ابهام را در آن‌ها کاهش و تحمل‌پذیری را افزایش می‌دهد و در نهایت منجر به کاهش اضطراب بارداری می‌گردد. از جهت کاربرد یافته‌های پژوهش حاضر نیز پیشنهاد می‌شود با آموزش زوجین در قالب کارگاه‌های آموزشی با عناوین تنظیم هیجان و مقابله برای خانواده‌های دارای زن باردار می‌توان علاوه بر پیشگیری، سطح عملکرد زوجین و متعاقباً عدم تحمل ابهام و نگرانی و اضطراب بارداری را کاهش داد.

## ۶ بیانیه

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترا دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد ۱۱۳۲۰۷۰۵۹۶۱۰۰۶ است. در آخر به نبود تضاد منافع نویسندگان اشاره می‌شود. این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

با هر استرس، به ارزیابی فرد از مسئله و نیز منابعی که برای مقابله با آن در دسترس بوده، بستگی دارد. اثرات تنش‌ها تنها هنگامی رخ می‌دهد که هم موقعیت تهدیدکننده ارزیابی شود و هم منابع ناکافی برای مقابله با موقعیت در دسترس باشد؛ زیرا سبک مقابله رابطه بین استرس و کارکرد جسمانی و روان‌شناختی را تعدیل می‌کند. سبک‌های مقابله با تنش، می‌تواند پیامدهای استرس را تحت تأثیر قرار دهد؛ زیرا، در کنار تمام منابع و عوامل تنش‌زا، سطحی از تنش که هر شخص تجربه و درک می‌کند، به میزان زیادی به توانایی مقابله و نحوه ادراک و قضاوت وی درباره این عوامل بستگی دارد (۴۴).

در مقابله مسئله‌مدار یا رویکردی فرد بر عامل تنش‌زا متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر موقعیت تنش‌زا یا حذف آن انجام دهد. در سبک مقابله مسئله‌مدار فرد بر مسئله متمرکز می‌شود و سعی در حل آن دارد. در این سبک فرد به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به رویداد تنش‌زا می‌پردازد، درباره آن فکر می‌کند، منابعی را که از آن برخوردار بوده، ارزیابی می‌نماید و برای استفاده از منابع در دسترس خود طرح و برنامه آماده می‌کند (۲۲). برخی از شیوه‌های مقابله مسئله‌مدار عبارتند از: مهار اضطراب و استرس (شامل آگاه‌شدن از افزایش سطح تنش و عوامل ایجادکننده آن)؛ ساختاربندی (شامل جمع‌آوری داده درباره عوامل تنش، پرس‌وجو درباره منابع حمایتی موجود و بهره‌مندشدن از این منابع)؛ مهارت‌های اجتماعی (۴۵).

هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به‌دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است، در بطن خود مجموعه محدودیت‌هایی را دارد. پژوهش حاضر نیز از چنین امری مستثنی نبوده و محدودیت‌هایی بدین شرح داشت: در پژوهش حاضر پژوهشگر قادر به بررسی نقش متغیرهای دیگر از جمله طبقه اجتماعی اقتصادی نبود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در

## References

1. Ramos IF, Guardino CM, Mansolf M, Glynn LM, Sandman CA, Hobel CJ, et al. Pregnancy anxiety predicts shorter gestation in Latina and non-Latina white women: The role of placental corticotrophin-releasing hormone. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;99:166–73. doi: [10.1016/j.psyneuen.2018.09.008](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.09.008)
2. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. The initial development of the Pregnancy-related Anxiety Scale. *Women and Birth*. 2019;32(1):e118–30. doi: [10.1016/j.wombi.2018.05.004](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.004)
3. Brunton RJ, Dryer R, Krägeloh C, Saliba A, Kohlhoff J, Medvedev O. The pregnancy-related anxiety scale: A validity examination using Rasch analysis. *J Affect Disord*. 2018;236:127–35. doi: [10.1016/j.jad.2018.04.116](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.116)
4. Deklava L, Lubina K, Circenis K, Sudraba V, Millere I. Causes of Anxiety during Pregnancy. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;205:623–6. doi: [10.1016/j.sbspro.2015.09.097](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.097)
5. Brunton R, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Re-examining pregnancy-related anxiety: A replication study. *Women Birth*. 2019;32(1):e131–7. doi: [10.1016/j.wombi.2018.04.013](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.013)
6. Sadeghi N, Azizi S, Molaiezhad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014;17(122):8–15. [Persian] doi: [10.22038/ijogi.2014.3574](https://doi.org/10.22038/ijogi.2014.3574)
7. Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy KS. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2015;3:1–7. doi: [10.1016/j.ijans.2015.06.002](https://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.06.002)
8. Maimburg RD, Væth M, Hvidman L, Dürr J, Olsen J. Women's worries in first pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Sex Reprod Healthc*. 2013;4(4):129–31. doi: [10.1016/j.srhc.2013.10.001](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.10.001)
9. Britton GI, Neale SE, Davey GCL. The effect of worrying on intolerance of uncertainty and positive and negative beliefs about worry. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2019;62:65–71. doi: [10.1016/j.jbtep.2018.09.002](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.002)

10. Chen S, Yao N, Qian M. The influence of uncertainty and intolerance of uncertainty on anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2018;61:60–5. doi: [10.1016/j.jbtep.2018.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.005)
11. Osmanağaoğlu N, Creswell C, Dodd HF. Intolerance of Uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescents: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018;225:80–90. doi: [10.1016/j.jad.2017.07.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.035)
12. Sarawgi S, Oglesby ME, Cogle JR. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive symptom expression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013;44(4):456–62. doi: [10.1016/j.jbtep.2013.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.06.001)
13. Kyrios M, Hordern C, Fassnacht DB. Predictors of response to cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Int J Clin Health Psychol*. 2015;15(3):181–90. doi: [10.1016/j.ijchp.2015.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.003)
14. Forouzanfar A. Distress tolerance: Theory, Mechanism and Relation to Psychopathology. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2017;6(2):239–62. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-514-en.pdf>
15. Lee AH, Woodruff-Borden J. Roles of emotional reactivity, intolerance of uncertainty, and negative problem orientation on developing childhood worry. *Personality and Individual Differences*. 2018;135:25–30. doi: [10.1016/j.paid.2018.06.048](https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.048)
16. Osmanagaoglu N, Creswell C, Dodd HF. Intolerance of Uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2018;225:80-90.
17. Aktar E, Nikolić M, Bögels SM. Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):137–47.
18. Thielsch C, Andor T, Ehring T. Do metacognitions and intolerance of uncertainty predict worry in everyday life? An Ecological Momentary Assessment Study. *Behav Ther*. 2015;46(4):532–43. doi: [10.1016/j.beth.2015.05.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.001)
19. Kertz S, Woodruff-Borden J. The role of metacognition, intolerance of uncertainty, and negative problem orientation in children's worry. *Behav Cogn Psychother*. 2013;41(2):243–8. doi: [10.1017/S1352465812000641](https://doi.org/10.1017/S1352465812000641)
20. Boelen PA, Carleton RN. Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(3):208–13. doi: [10.1097/NMD.0b013e318247cb17](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318247cb17)
21. Kheyrajoo E, Taher M, Farshbaf F, Alaei P. the comparison of tolerance of ambiguity, psychological capital and coping strategies between cardiac patients and healthy people. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017;5(18):141–52. [Persian] [http://journals.pnu.ac.ir/article\\_3365\\_d3f3802e7fee1ad876373a7e674f6a2a.pdf](http://journals.pnu.ac.ir/article_3365_d3f3802e7fee1ad876373a7e674f6a2a.pdf)
22. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med*. 1993;55(3):234–47. doi: [10.1097/00006842-199305000-00002](https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002)
23. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc Sci Med*. 1988;26(3):309–17. doi: [10.1016/0277-9536\(88\)90395-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4)
24. Derakhshan A. Comparison of depression, anxiety, rumination, thought suppression and coping styles in spouses of schizophrenic patients and normal individuals. *Quarterly of Applied Psychology*. 2019;10(3):367–86. [Persian] <http://apsy.sbu.ac.ir/article/download/11741/5632>
25. Virgara R, Maher C, Van Kessel G. The comorbidity of low back pelvic pain and risk of depression and anxiety in pregnancy in primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):288. doi: [10.1186/s12884-018-1929-4](https://doi.org/10.1186/s12884-018-1929-4)
26. Aliloo MM, Bakhshipor A, Esmaeli M, Tabrizi MT. personality traits and coping styles in patients with essential hypertension. *Med J Tabriz Uni Med Sci Heal Services*. 2010;32(3):61–6. [Persian]
27. Winter C, Van Acker F, Bonduelle M, Van Berkel K, Belva F, Liebaers I, et al. Depression, pregnancy-related anxiety and parental-antenatal attachment in couples using preimplantation genetic diagnosis. *Hum Reprod*. 2016;31(6):1288–99. doi: [10.1093/humrep/dew074](https://doi.org/10.1093/humrep/dew074)
28. Vázquez MB, Pereira B, Míguez MC. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ). *Span J Psychol*. 2018;21:E64. doi: [10.1017/sjp.2018.67](https://doi.org/10.1017/sjp.2018.67)
29. Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozy N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017;5(4):22–34. [Persian] <http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-589-en.pdf>
30. McLain DL. Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II (MSTAT-II). *Psychol Rep*. 2009;105(3 Pt 1):975–88. doi: [10.2466/PRO.105.3.975-988](https://doi.org/10.2466/PRO.105.3.975-988)
31. Feizi A, Mahbobi T, Zare H, Mostafaei A. The relationship of cognitive intelligence and ambiguity tolerance with entrepreneurship among students of West Azarbayjan Payam Noor University, Iran. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012;10(4):276–84. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/download/390/759>
32. Scherer RF, Brodzinski JD. An Analysis of the Ways of Coping Questionnaire. *Management Communication Quarterly*. 1990;3(3):401–18. doi: [10.1177/0893318990003003008](https://doi.org/10.1177/0893318990003003008)
33. Hanifi F, Amini Z. An investigation of the Relationship between contrastive styles and second high school student's academic achievement in Tehran. *Educational Administration Research*. 2017;8(30):89–108. [Persian] [https://jeaq.riau.ac.ir/article\\_1058\\_9878127da672a3753fb11b30f403cfdc.pdf](https://jeaq.riau.ac.ir/article_1058_9878127da672a3753fb11b30f403cfdc.pdf)

34. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: design and interpretation. Los Angeles: SAGE; 2006.
35. Fialko L, Bolton D, Perrin S. Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behav Res Ther.* 2012;50(5):341–9. doi: [10.1016/j.brat.2012.02.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.003)
36. Fardaeni Sofla H, Karsazi H, Emami Ezat A, Bakhshipour Roodsari A. The structural relationship of anxiety sensitivity, worry and difficulty in regulating emotions with generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology.* 2015;10(36):77–87. [https://jtbcpriau.ac.ir/article\\_126\\_d090035e92c10dae4cae3b442947c73f.pdf](https://jtbcpriau.ac.ir/article_126_d090035e92c10dae4cae3b442947c73f.pdf)
37. Shihata S, McEvoy PM, Mullan BA. Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of uncertainty on anxiety disorder symptoms. *J Anxiety Disord.* 2017;45:72–9. doi: [10.1016/j.janxdis.2016.12.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.12.001)
38. Oglesby ME, Schmidt NB. The Role of Threat Level and Intolerance of Uncertainty (IU) in Anxiety: An Experimental Test of IU Theory. *Behav Ther.* 2017;48(4):427–34. doi: [10.1016/j.beth.2017.01.005](https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.01.005)
39. Doruk A, Dugenci M, Ersöz F, Öznur T. Intolerance of Uncertainty and Coping Mechanisms in Nonclinical Young Subjects. *Noro Psikiyatı Ars.* 2015;52(4):400–5. doi: [10.5152/npa.2015.8779](https://doi.org/10.5152/npa.2015.8779)
40. Zlomke KR, Jeter KM. Stress and worry: examining intolerance of uncertainty's moderating effect. *Anxiety Stress Coping.* 2014;27(2):202–15. doi: [10.1080/10615806.2013.835400](https://doi.org/10.1080/10615806.2013.835400)
41. Esnaashari S, Mohammadkhani S, Hassanabadi H. Cognitive model of anxiety in cancer patients: The role of cognitive and metacognitive components. *Quarterly Journal of Health Psychology.* 2017;6(21):66–85. [Persian] [http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article\\_3700\\_5b358e604b819865ed65a29bd472aae5.pdf](http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3700_5b358e604b819865ed65a29bd472aae5.pdf)
42. Fahimi S, Aliloo MM, Poursharifi H, Fakhari A, Akbari E, Rahim Khanli M. Repetitive thinking worry and rumination as mechanisms to coping with intolerance of uncertainty in generalized anxiety and major depressive disorders. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2014;16(61):34–6. [Persian] doi: [10.22038/jfmh.2014.2559](https://doi.org/10.22038/jfmh.2014.2559)
43. Rosen NO, Ivanova E, Knäuper B. Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs. *Anxiety Stress Coping.* 2014;27(1):55–73. doi: [10.1080/10615806.2013.815743](https://doi.org/10.1080/10615806.2013.815743)
44. Azizi M, Nezami L. Predicting postpartum depression based on perceived stress and styles of coping with stress among pregnant women in Tabriz. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology.* 2015;10(37):67–76. [Persian] [https://jtbcpriau.ac.ir/article\\_172\\_8d278b1013e913e87fa7d6d19be09e10.pdf](https://jtbcpriau.ac.ir/article_172_8d278b1013e913e87fa7d6d19be09e10.pdf)
45. Hasanvand Amozadeh M. Effect of life-skills Training on Social Anxiety Symptoms and Stress Coping Methods in Teens in Families Support with Welfare Organization. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences.* 2015;5(1):21–36. [Persian] [http://cbs.ui.ac.ir/article\\_17346\\_66b6d6bd9087032fa9a6ca77ae54b968.pdf](http://cbs.ui.ac.ir/article_17346_66b6d6bd9087032fa9a6ca77ae54b968.pdf)