MEJDS. 2020; 10:53.

Published online 2020 May. **Research Article**

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

Abedi Z[1], *Mogtabaei M[2], Bagheri N[3]

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

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, β=0.311). Additionally, the total path coefficient between problem-focused coping and pregnancy anxiety was negative and significant (p =0.027, β=-0.149). The direct path coefficient between the tolerance of ambiguity and pregnancy anxiety was negative and significant (p<0.001, β=-0.261). The indirect path coefficient between problem-focused coping and pregnancy anxiety was negative and significant (p<0.001, β=-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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۵۳.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

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

زهرا عابدی[۱]، *مینا مجتبایی[۲]، نسرین باقری[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترا 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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ 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 رابطهٔ بین راهبردهای مقابله‌ای با اضطراب بارداری بود.

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

یافته‌ها: در پژوهش حاضر ضریب مسیر کل بین مقابلهٔ هیجان‌مدارانه و اضطراب بارداری مثبت و معنادار ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۳۱۱$) بوده و ضریب مسیر کل بین مقابلهٔ مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ($p=۰/۰۲۷$، $\beta=-۰/۱۴۹$) به‌دست آمد. همچنین ضریب مسیر مستقیم بین تحمل ابهام و اضطراب بارداری منفی و معنادار ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=-۰/۲۶۱$) بوده و ضریب مسیر غیرمستقیم بین مقابلهٔ مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=-۰/۰۸۹$) محاسبه شد.

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

کلیدواژه‌ها: اضطراب بارداری، تحمل ابهام، راهبرد مقابله.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]

۱ مقدمه

اضطراب بارداری، حالتی هیجانی است که در نگرانی‌ها و ترس‌های جاری دربارهٔ بارداری، سلامت نوزاد، تولد نوزاد، زایمان و درد ناشی‌از 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 منجربه این نوع از اضطراب و واکنش‌های عاطفی می‌شود (۱،۲). این اضطراب با حاملگی زودرس، نارسی 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 (۵ـ۳).

سه‌ماههٔ آخر بارداری، فشارآورتر و مضطرب‌کننده‌تر است. با واردشدن تدریجی زن به سه‌ماههٔ 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 سه‌ماههٔ دوم کاهش یافتند، در این دوره مجدداً افزایش می‌یابد (۶). بارداری علاوه‌بر 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 دربارهٔ ابهام یا نبود قطعیت و پیامدها و دلالت‌های آن بوده که پیش‌بینی‌کنندهٔ 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 ـ اجتناب اضطراب چنین بیان شده است که عدم تحمل ابهام منجربه 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 ناشی‌از 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 ناشی‌از 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 اوسماناگائوگلو و همکاران چنین فرض کردند که افراد ناتوان در تحمل ابهام مستعد درگیرشدن 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 دربرابر نگرانی است؛ زیرا باعث گرایش افراد به طرف اجتناب شناختی و باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی می‌شود. یکی از رفتارهای مقابله‌ای که موجب تداوم ارزیابی‌ها و باورهای منفی دربارهٔ نگرانی می‌گردد، اجتناب شناختی بوده که درواقع با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می‌کند. نگرانی به‌نوبهٔ خود به اجتناب شناختی منجر می‌شود و این خود در چرخه‌ای معیوب سبب ابقای نگرانی می‌گردد (۱۹ـ۱۷).

عدم تحمل ابهام برمبنای سوءگیری شناختی بر ادراک و تفاسیر 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 مسئلهٔ ایجادکنندهٔ 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 تجربهٔ موقعیت‌های نامطلوب و چالش‌برانگیز محیطی، آشفتگی‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را درمقایسه 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 (۲،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 درجهت پیش‌بینی اضطراب بارداری بود که این امر نوآوری پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجیگر عدم تحمل ابهام در رابطهٔ بین سبک‌های مقابله‌ای با اضطراب بارداری بود.

۲ روش‌بررسی

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]

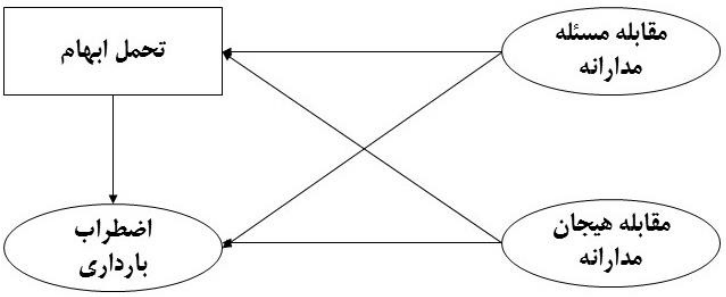
پژوهش و تعداد متغیرها، ۳۸۴ نفر برآورد شد که به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین‌ترتیب که برای گزینش اعضای نمونه از بین مراکز درمانی تابعه، ده مرکز درمانی (سرپایی و بستری) به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. هریک از باردارهای شکم اول دارای پروندهٔ کنترل بارداری در هر مرکز درمانی به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ازجمله 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 ادامهٔ 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.

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب مرتبط با بارداری: پرسش‌نامهٔ اضطراب مرتبط با بارداری وندربرگ بارگ (۱۹۸۹) (به‌نقل از ۲۷) ساخته شده است. این مقیاس ۵۸ گویه دارد که خرده‌مقیاس‌های ترس از زایمان، ترس از به‌دنیاآوردن بچه‌ای با مشکل جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک، ترس‌های خودمحورانه و ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر را در طیف لیکرت هشت‌درجه‌ای از ۰ تا۷ ارزیابی می‌کند. نمرهٔ کل از جمع نمره‌های همهٔ خرده‌مقیاس‌ها به‌دست می‌آید. ضرایب آلفای کرونباخ ابزار در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا۰/۹۰ محاسبه شده است (۲۷). وازکوییز و همکاران برای این ابزار ضرایب همسانی درونی را در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا۰/۹۳ و همبستگی معنادار آن را با مقیاس افسردگی بعد از زایمان و پرسش‌نامهٔ اضطراب حالت ـ صفت به‌عنوان 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 پرسش‌نامهٔ اضطراب را بک به‌عنوان روایی هم‌زمان بیان کردند (۲۹).

ـ مقیاس تحمل ابهام ـ نسخهٔ دوم: مقیاس تحمل ابهام ـ نسخهٔ 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. نمرهٔ کل از جمع نمره‌های همهٔ گویه‌ها به‌دست می‌آید. مک‌لین ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۲ و همبستگی آن را با پرسش‌نامهٔ عدم تحمل ابهام بدنر برابر با r=۰/۰۹ و تحمل ابهام مک‌دونالد اب ـ ۲۰ برابر با r=۰/۴۱ گزارش کرد (۳۰). فیضی و همکاران در پژوهش خود روایی ابزار را ازطریق روایی سازه ۰/۴۸ و ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۸۵ عنوان کردند (۳۱).

ـ پرسش‌نامهٔ سبک‌های مقابله: پرسش‌نامهٔ سبک‌های مقابله فولکمن و لازاروس در سال ۱۹۸۰ (به‌نقل 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، به‌ندرت=۱، اکثر اوقات=۲ تا همیشه=۳ ارزیابی می‌کند. نمرهٔ کل از جمع نمره‌های همهٔ خرده‌مقیاس‌ها به‌دست می‌آید. فولکمن و لازاروس ۱۹۸۵ (به‌نقل از ۳۲) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا۰/۸۸ به‌دست 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 آموس[1]، برآورد بیشینهٔ احتمال[2]، سطح معناداری ۰/۰۵، شاخص‌های نیکویی برازش مجذور کای[3] با مقدار احتمال بزرگ‌تر از ۰/۰۵، ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۰۸، شاخص نکویی برازش تطبیقی با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۹۰، شاخص نکویی برازش[4] با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۹۵ و شاخص نکویی تطبیقی[5] با نقطهٔ برش کوچک‌تر از ۰/۹۵، با درنظرگرفتن مقادیر برازش ذکرشده توسط مایرز و همکاران در سال ۲۰۰۶ تحلیل شد (۳۴). مدل‌یابی مستلزم گذر از دو مرحله ارزیابی مدل اندازه‌گیری ازطریق تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مدل ساختاری ازطریق تحلیل مسیر است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۸۴ شرکت‌کننده حضور داشتند که ۵۲ نفر (۱۳/۵درصد) از آنان کمتر از ۲۲ سال و ۱۲۲ نفر (۳۱/۸درصد) ۲۳تا۲۷ سال و همان تعداد ۲۸تا۳۲ سال بودند. همچنین ۶۷ نفر (۱۷/۴درصد) از شرکت‌کنندگان ۳۳تا۳۷ سال و ۲۱ نفر (۵/۵درصد) بیشتر از ۳۸ سال داشتند.

[1]. AMOS
[2]. Maximum Likelihood
[3]. Chi Square
[4]. Goodness of Fit Index (GFI)
[5]. Comparative Fit Index (CFI)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]

جدول ۱. شاخص‌های نیکویی برازش الگوی اندازه‌گیری و ساختاری پژوهش

شاخص‌های برازندگی	χ^2	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
الگوی اصلاح‌شدهٔ اندازه‌گیری	۱۸۰/۳۹	۳/۰۶	۰/۹۷۱	۰/۹۳۴	۰/۸۹۸	۰/۰۷۳
	۲۰۴/۲۵	۲/۹۶	۰/۹۶۸	۰/۹۲۹	۰/۸۹۲	۰/۰۷۲

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

جدول ۲. پارامترهای الگوی اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

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

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

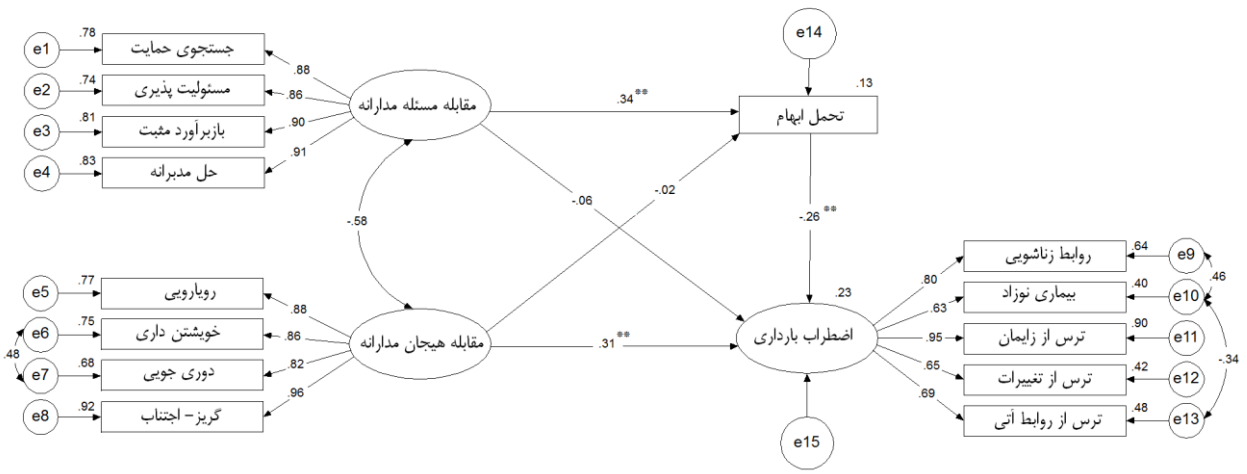
مسیرها	برآورد ضریب b	خطای معیار	برآورد ضریب استانداردشدهٔ β	مقدار احتمال
ضریب مسیر تحمل ابهام←اضطراب بارداری	ـ ۰/۱۷۴	۰/۰۳۶	ـ ۰/۲۶۱	<۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم مقابلهٔ هیجان‌مدارانه←تحمل ابهام	ـ ۰/۰۳۰	۰/۰۹۰	ـ ۰/۰۲۱	۰/۷۳۹
ضریب مسیر مستقیم مقابلهٔ مسئله‌مدارانه←تحمل ابهام	۰/۷۹۷	۰/۱۶۵	۰/۳۴۲	<۰/۰۰۱
ضریب مسیر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

جدول ۲ نشان می‌دهد که بارهای عاملی استاندارد همهٔ نشانگرها بیشتر از ۰/۳۲ است. براساس نتایج جدول ۲ بار عاملی بیشتر متعلق به نشانگر گریز ـ اجتناب مقابلهٔ هیجان‌مدارانه (β=۰/۹۵۹) و بار عاملی کمتر متعلق به نشانگر بیماری نوزاد ـ اضطراب است (β=۰/۶۳۵)؛ بنابراین می‌توان گفت همهٔ نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری متغیر مکنون متناظر خود برخوردار هستند.

جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین مقابلهٔ هیجان‌مدارانه و اضطراب بارداری مثبت و معنادار (p<۰/۰۰۱، β=۰/۳۱۱) بوده و ضریب مسیر کل بین مقابلهٔ مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار (p=۰/۰۲۷، β=−۰/۱۴۹) است. همچنین ضریب مسیر مستقیم بین تحمل ابهام و اضطراب بارداری منفی و معنادار (p<۰/۰۰۱، β=−۰/۲۶۱) بوده و ضریب مسیر غیرمستقیم بین مقابلهٔ مسئله‌مدارانه و اضطراب بارداری منفی و معنادار (p<۰/۰۰۱، β=−۰/۰۸۹) است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]



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 رابطهٔ بین سبک‌های مقابله‌ای با اضطراب بارداری بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین (۱۴-۱۶،۲۱،۲۴) نشان داد که تحمل ابهام رابطهٔ بین مقابلهٔ مسئله‌مدارانه با اضطراب بارداری را به‌صورت منفی میانجیگری می‌کند.

نگرانی به‌عنوان زنجیره‌ای تکراری از افکار و تصورات، سنگین‌ـ اثر و به‌طور گسترده کنترل‌نشدنی، 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 به‌عنوان جزء شناختی اضطراب طبقه‌بندی می‌شود (۳۵). افراد دچار نگرانی نمی‌توانند واکنش‌های هیجانی خود را درقبال وقایع محیطی در طول یا شروع نگرانی به‌صورت ناسازگارانه مدیریت کنند؛ ازاین‌رو به‌نظر می‌رسد که نقش نگرانی در بدتنظیمی اضطراب، دوسویه باشد: نگرانی به‌عنوان پاسخی به تجارب هیجانی بد تنظیم شده تا اینکه فرد بتواند از چنین تجاربی اجتناب کند یا اینکه نگرانی به‌عنوان عاملی که باعث افزایش شدت واکنش‌های هیجانی به وقایع محیطی و به‌دنبال آن کاهش توانایی مدیریت مؤثر این هیجان‌ها می‌شود (۳۶).

عدم تحمل ابهام پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای نگرانی و درنهایت اضطراب است؛ بنابراین افراد مضطرب نگران به‌نوعی دچار عدم تحمل ابهام هستند (۳۷،۳۸). عدم تحمل ابهام دارای سه شرط از چهار شرط لازم جهت محسوب‌شدن به‌عنوان 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 بلاتکلیفی و ابهام مختل می‌کند. نگرانی به‌عنوان فرآیندی کلامی، جایگزین تصاویر ذهنی ناخوشایند می‌شود؛ تصاویر ذهنی دربارهٔ موقعیتی تهدیدآمیز درمقایسه با افکار کلامی‌ـ زبان شناختی (مانند نگرانی) مرتبط با همان موقعیت، واکنش هیجانی قوی‌تری به‌همراه دارد. این افکار، واکنش هیجانی و فیزیولوژیک فرد را هنگام تفکر دربارهٔ پیامد موقعیت تهدیدآمیز کاهش می‌دهند. طبق نظریهٔ اجتناب شناختی بورکوویک، کارکرد اولیهٔ کلامی‌ـ زبان‌شناختی نگرانی در اضطراب، نقش تقویت‌کنندهٔ منفی آن است که منجربه کاهش تصاویر ذهنی تهدیدکننده و غیرفعال‌سازی فعالیت‌های خودکار ناخوشایند می‌گردد. افراد مبتلا به اضطراب و نگرانی مفرط علاوه‌بر اینکه از راهبردهای اجتناب شناختی ضمنی مانند اجتناب خودکار از تصاویر ذهنی تهدیدآمیز استفاده می‌کنند، راهبردهای اجتناب شناختی آشکار یا ارادی را نیز به‌کار می‌گیرند. این راهبردهای ارادی شامل سرکوب‌کردن افکار نگران‌کننده و استفاده از حواس‌پرتی و اجتناب از موقعیت‌های برانگیزانندهٔ افکار نگران‌کننده است. درواقع افراد مضطرب و نگران، دانش حل مشکلات خود را دارند؛ اما به‌علت داشتن چارچوب شناختی منفی دربارهٔ مشکلات، هنگام مواجهه با آن‌ها به‌سختی می‌توانند خودشان را برای استفاده از دانش حل مسئله آماده کنند (۴۱ـ ۳۹).

افراد با عدم تحمل ابهام نمی‌توانند رخدادهای تنش‌زای روزمره را به‌راحتی تحمل کنند؛ بنابراین سطوح بیشتری از پریشانی را تجربه می‌کنند؛ همچنین، این افراد شاید بر این باور باشند که فاقد مهارت‌های کافی حل مسئله برای مدیریت مؤثر موقعیت‌های مبهم هستند و این امر می‌تواند موجب کاهش خودارزش‌مندی در ایشان شود (۴۲). با این حال، عدم تحمل ابهام نه‌تنها با سطوح شدید اضطراب بلکه با مقابلهٔ رویکردی همراه است (۴۳). به‌کارگیری راهبردهای سازش‌یافتهٔ مقابله، پیامدهای مثبت و طولانی‌مدت دارد. به این ترتیب که تنش به‌وسیلهٔ تلاش‌های فرد کاهش می‌یابد و به‌دنبال آن سطح عزت‌نفس و مهارت وی افزایش پیدا می‌کند و سلامت او تأمین می‌شود. در عین حال شخص دربرابر عوامل تنش‌زا که در آینده با آن‌ها مواجه شده، نیز مقاوم‌تر می‌شود. اضطراب ایجادشده به‌دنبال رویارویی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]

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

در مقابلهٔ 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 مقابلهٔ مسئله‌مدار فرد بر مسئله متمرکز می‌شود و سعی در حل آن دارد. در این سبک فرد به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به رویداد تنش‌زا می‌پردازد، دربارهٔ آن فکر می‌کند، منابعی را که از آن برخوردار بوده، ارزیابی می‌نماید و برای استفاده از منابع دردسترس خود طرح و برنامه آماده می‌کند (۲۲). برخی از شیوه‌های مقابلهٔ مسئله‌مدار عبارتند از: مهار اضطراب و استرس (شامل آگاه‌شدن از افزایش سطح تنش و عوامل ایجادکنندهٔ آن)؛ ساختاربندی (شامل جمع‌آوری داده دربارهٔ عوامل تنشی، پرس‌وجو دربارهٔ 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 بدین‌شرح داشت: در پژوهش حاضر پژوهشگر قادر به بررسی نقش متغیرهای دیگر ازجمله طبقهٔ اجتماعی‌اقتصادی نبود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در 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. نحوهٔ ادراک فرد از تنش و سبک مقابله‌ای زنان با تنش می‌تواند اضطراب بارداری را در آن‌ها به‌میزان زیادی تحت‌تأثیر قرار دهد و پیامدهای تنش را دستخوش تغییر کند. هرچقدر میزان استفادهٔ این زنان از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر شود به‌همان میزان ابهام و نگرانی از موقعیت‌های پیش‌بینی‌ناپذیر در آینده در آنان کاهش می‌یابد و درنهایت 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 درنهایت منجربه 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 علاوه‌بر پیشگیری، سطح عملکرد زوجین و متعاقباً عدم تحمل ابهام و نگرانی و اضطراب بارداری را کاهش داد.

۶ بیانیه

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ 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.

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
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
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
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
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
6. Sadeghi N, Azizi S, Molaeinezhad 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
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
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
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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]

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
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
12. Sarawgi S, Oglesby ME, Cougle 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
13. Kyrios M, Hordern C, Fassnacht DB. Predictors of response to cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. nt J Clin Health Psychol. 2015;15(3):181–90. doi: 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
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
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
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
21. Kheyrjoo 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
22. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. Psychosom Med. 1993;55(3):234–47. doi: 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
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
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
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
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/PR0.105.3.975-988
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
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://jearq.riau.ac.ir/article_1058_9878127da672a3753fb11b30f403cfdc.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]

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
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://jtbcp.riau.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
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
39. Doruk A, Dugenci M, Ersöz F, Öznur T. Intolerance of Uncertainty and Coping Mechanisms in Nonclinical Young Subjects. Noro Psikiyatr Ars. 2015;52(4):400–5. doi: 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
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
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
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
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://jtbcp.riau.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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.54.3]