



Examining the Relationship between Emotional Clarity, Intolerance of Uncertainty and Cognitive Flexibility with Depression Symptoms in College Students

Yousof Hasani Jabdaragi¹, Niloofar Mikaeili^{2*}, Seifallah Aghajani³, Sajjad Basharpour⁴

1- PhD Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3- Associate professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

4- Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Corresponding Author: Niloofar Mikaeili, Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Email: nmikaeili@yahoo.

Received: 5 Jan 2023

Accepted: 5 April 2023

Abstract

Introduction: Depression is considered one of the most common mental disorders, and knowing the variables affecting it plays a significant role in people's health, quality of life, and occupational and academic performance. So the purpose of the study was to examine the relationship between emotional clarity, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility with depression symptoms in college students.

Methods: The present study was conducted with a descriptive and correlational method. Samples of this study were students of Mohagheg Ardabili University in the 2020-2021 semester (n=12000). 350 of them were selected by the available sampling method. the questionnaires including the Beck Depression Inventory (Beck, 1966), Trait Meta Mood Scale (saluvey et al, 1995), Intolerance of Uncertainty Scale (Friston, 1994), and cognitive flexibility scale (vender, valp, 2010) were completed by students. And those with ratings of 14 and above in BDI were selected as people with depression symptoms and final samples (249 students). The study's data were analyzed by multiple regression and Pearson correlation in SPSS v19 software.

Results: The results showed that depression symptoms were correlated negatively with emotional clarity ($p<0/05$, $r=-0/142$) and cognitive flexibility ($p<0/01$, $r=-0/125$) and correlated positively with intolerance of uncertainty ($p<0/05$, $r=0/221$). Regression analysis showed that emotional clarity predicts overall 45% of depression symptoms and intolerance of uncertainty and cognitive flexibility also predicted 33% and 21% of depression symptoms.

Conclusions: Depression symptoms are predictable through emotional clarity, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility. So we're suggesting that psychologists and counselors consider the role of emotional clarity, intolerance of uncertainty, and cognitive flexibility in improving depression symptoms.

Keywords: Cognitive flexibility, College student's depression symptoms, Emotional clarity and intolerance of uncertainty.



بررسی ارتباط شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی با نشانه های افسردگی در دانشجویان

یوسف حسنی جیدرقی^۱، نیلوفر میکائیلی^{۲*}، سیف الله آقاجانی^۳، سجاد بشرپور^۴

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول: نیلوفر میکائیلی، استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
ایمیل: nmikaeili@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی محسوب شده و شناخت متغیرهای تاثیرگذار بر آن نقش بسزایی در سلامت، کیفیت زندگی و بازدهی شغلی و تحصیلی افراد دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی با نشانه های افسردگی در دانشجویان انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر به روش توصیفی و از نوع همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند ($N=12000$) که از بین آنها ۳۵۰ نفر به روش در دسترس به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش که شامل ویراست دوم مقیاس افسردگی بک (یک، ۱۹۹۶)، مقیاس رگه های فراخلقی (سالووی و همکاران، ۱۹۹۵)، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (فریستون، ۱۹۹۴) و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (وندر و والپ، ۲۰۱۰)، بودند توسط دانشجویان تکمیل شدند و آنهایی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره ۱۴ و بالاتر کسب کرده بودند (۲۴۹ نفر) به عنوان افراد دارای نشانه های افسردگی و نمونه نهایی وارد مطالعه شدند. داده های پژوهش با روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSSv19 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که نشانه های افسردگی با نمره کلی شفافیت عاطفی ($r=-0.142, P<0.05$) و انعطاف پذیری شناختی ($r=-0.125, P<0.01$) رابطه منفی و با نمره کلی عدم تحمل بلا تکلیفی ($r=0.221, P<0.05$) رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۴۵ درصد از کل واریانس نشانه های افسردگی به وسیله شفافیت عاطفی، ۳۳ درصد به وسیله عدم تحمل بلا تکلیفی و ۲۱ درصد به وسیله انعطاف پذیری شناختی پیش بینی می شود.

نتیجه گیری: نشانه های افسردگی به وسیله شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی قابل پیش بینی است. بنابراین پیشنهاد می شود که روان شناسان و مشاوران جهت بهبود نشانه های افسردگی دانشجویان، نقش شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی را مورد توجه قرار دهند.

کلیدواژه ها: شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلا تکلیفی، انعطاف پذیری شناختی و نشانه های افسردگی دانشجویان.

افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان، آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توان انسان را تحلیل می‌برد و غیره از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. افسردگی اختلالی است که با علائمی نظیر خلق افسرده، کاهش محسوس علاقه یا لذت، تغییر وزن قابل ملاحظه بدون تلاش، بیخوابی یا پر خوابی در طول روز، خستگی یا فقدان انرژی، کاهش توانایی فکر یا تمرکز کردن و افکار خودکشی همراه است (۱). اختلال افسردگی صرف نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع است. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی حداقل یک دوره دچار افسردگی حاد می‌شوند (۲). آنچه مورد توافق است این است که افسردگی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم جهان را درگیر کرده و توانایی آنها را در عملکرد، تفکر و احساس تحت تاثیر قرار می‌دهد. از طرفی، شیوع افسردگی به گونه ای است که آن را به عنوان رایج‌ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح کرده‌اند (۳). از نظر تشخیصی نیز، افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در اختلالات روانی است که تعداد زیادی از افراد با سوابق مختلف در جهان را شامل می‌شود (۲). افسردگی باعث مشکلات زیادی در افراد می‌شود و بازدهی شغل، تحصیلی و کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر شدید قرار می‌دهد، جدا از تشخیص کلی افسردگی، نشانه‌های این اختلال نیز به تنهایی می‌توانند زندگی افراد را به صورت قابل توجهی تحت تاثیر قرار داده و روال زندگی افراد و یادگیری و پیشرفت آنها را تحت تاثیر قرار دهند (۴). نشانه‌های افسردگی در گروه‌های مختلف تاثیرات متفاوت ولی در کل منفی بر زندگی شخصی، تحصیلی و شغلی افراد می‌گذارد، مخصوصاً در جوانان، به خصوص دانشجویان، به دلیل دوری از خانواده و شروع مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و لزوم برنامه‌ریزی و مدیریت زندگی خود به صورت یکجا و همزمان باعث فشار روانی هرچه بیشتر و تحلیل انرژی و توان مقابله‌ای در آنها شده و در تعدادی زیادی از این دانشجویان باعث ظهور برخی نشانه‌های افسردگی و در در تعداد اندکی باعث ظهور افسردگی به صورت کلی می‌شود (۳). با این تفاسیر و با توجه به تفاوت‌های شخصی در افراد و منابع داخلی هر شخص، هر کدام از این جوانان یا دانشجویان به صورت

متفاوتی با این مشکلات و نشانه‌ها مقابله می‌کنند، برخی در مدت کوتاهی با شرایط وقف یافته و برخی دیگر راه مقابله را نیافته و به راه‌های فرار یا تسلیم متوصل می‌شوند (۲). به همین دلیل افسردگی دلیل اول خودکشی و از دلایل اصلی افت تحصیلی در دانشجویان به حساب می‌آید (۴). حال چه چیزی باعث تفاوت برخورد افراد با این نشانه‌ها می‌شود و چه متغیرهایی باعث موفقیت بهتر برخی افراد در مقابله با این نشانه‌ها نسبت به بقیه می‌شود، از این رو مطالعات زیادی در جهت تشخیص و کنترل متغیرهای تسهیل‌گر، مسبب یا مقابله‌ای این بیماری صورت می‌گیرد. امروزه برخی از روان‌درمانگران تاثیر باورها، تفکرات و شیوه برداشت افراد از موقعیت‌های مختلف را در ایجاد انواع مسائل روان شناختی از جمله افسردگی و نشانه‌های آن مهم می‌دانند. آنها معتقدند که بیشتر اختلال‌ها از جمله افسردگی، برآمده از شناخت‌های معیوب، باورهای غلط و استفاده ناکافی از منابع درونی و برخی ویژگی‌های ناکارآمد هستند (۵)، به طوری که وقایع به خودی خود تعیین‌کننده احساسات فرد نیستند. بلکه، معانی که افراد به آنها نسبت می‌دهند و برداشتی که از موقعیت‌های مبهم یا عادی دارند و مشکلات آنها در فهم درست عواطف خود و دیگران در موقعیت‌های مختلف و پاسخ درست به آنهاست، نقشی تعیین‌کننده دارد که در این راستا از مهمترین متغیرهای مرتبط با افسردگی شفافیت عاطفی می‌باشد (۶). شفافیت عاطفی به عنوان توانایی تشخیص، درک و تمیز دادن تجربیات عاطفی خودمان تعریف می‌شود (۷). شفافیت عاطفی بعدی حیاتی از تجربه عاطفی فرد است که در آن فهم و آگاهی از حالت عاطفی درونی خود به ما اجازه توسعه مهارت‌های عاطفی پیچیده و پیشرفته تری را می‌دهد، مانند درک ابرازهای عاطفی دیگران و اصلاح قابلیت‌های تنظیم احساسات (۷). همچنین سطوح بالای شفافیت عاطفی با طیف گسترده‌ای از شاخص‌های سازگاری مثبت در بزرگسالان مرتبط است (۸). همچنین باور بر این است که توانایی درک و تبعیض شفافانه عواطف به افراد اجازه می‌دهد تا انرژی کمتری را صرف فهم تجربیات عاطفی کرده و انرژی بیشتری را به سمت شناخت‌ها و رفتارهای معطوف به هدف روانه کنند (۹). متقابلاً افرادی که مشکلاتی در فهم عواطف خود دارند وقت و انرژی بیشتری را صرف مدیریت تجربیات عاطفی خود می‌کنند و مشکلات بیشتری در هدایت منابع خود (وقت و انرژی) به سمت شناخت‌ها و رفتارهای معطوف به هدف دارند

(۹). در نتیجه مشکلات در شفافیت عاطفی باعث شکل گیری پاسخ‌هایی برای شرایط استرس زایی می‌شود که خواهان تنظیم عواطف منفی و بسیج منابع داخلی برای شکل دهی پاسخ‌های مقابله‌ای است، همگام با این مفاهیم، مشکلات در شفافیت عاطفی با سطوح بالای پاسخ‌های استرسی ناسازگارانه و سطوح پایین پاسخ‌های استرسی سازگارانه مرتبط است که در بلند مدت افسردگی را در پی دارد (۸). متغیر دیگری که با تاثیر گذاری بر برداشت ما از وقایع اطراف در بروز افسردگی نقش دارد عدم تحمل بلاتکلیفی است. عدم تحمل بلاتکلیفی یک ناتوانی در تحمل پاسخ‌های ناخوشایندی است که از درک نبود اطلاعات کافی ناشی می‌شوند و توسط ادراک فرد از عدم اطمینان باقی می‌مانند (۱۰). افرادی که عدم تحمل بلاتکلیفی بالایی دارند عدم اطمینان را به عنوان یک محرک منفی، تهدید آمیز یا چیزی که باید از آن اجتناب کرد ارزیابی می‌کنند (۱۱،۱۲). عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان هسته اصلی ترس از ناشناخته‌ها با عوامل آسیب‌زای شناختی متعددی مرتبط است که شامل حساسیت اضطرابی، ترس از ارزیابی منفی، نشخوار فکری و افسردگی می‌شوند (۱۲). علاوه بر این‌ها عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان یک عامل آسیب پذیری شناختی ثابت شده که با اختلالات عاطفی متعدد همبودی بالایی دارد، مانند: اختلال اضطراب فراگیر، پانیک، آگورا فوبیا، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی جبری، اختلالات خوردن و از همه مهمتر اختلالات افسردگی (۱۳،۱۴). همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که درمان‌های روانشناختی که برای افسردگی و اختلالات اضطرابی به کار می‌روند با کاهش‌هایی در عدم تحمل بلاتکلیفی همراه هستند (۱۵،۱۶،۱۷).

افسردگی با عوامل مختلفی مرتبط بوده و از متغیرهای زیادی تاثیر می‌پذیرد، و برخی متغیرها علاوه بر ارتباط معنی دار با افسردگی به عنوان عاملی برای مقابله با نشانه های افسردگی تصور می‌شوند که انعطاف پذیری شناختی از جمله مهمترین این متغیرهاست (۱۸). انعطاف پذیری شناختی به عنوان توانایی سازگاری منعطفانه‌ی پاسخ‌های فرد با خواسته‌ها، شرایط محیطی و اهداف شخصی تعریف می‌شود (۱۲). انعطاف پذیری شناختی به عنوان یک فرایند فراتشخیصی شناخته شده است که هم بازداری اهداف نامناسب و هم تغییر وظایف برای پاسخ به تغییر خواسته‌ها و شرایط را شامل می‌شود (۱۹). انعطاف پذیری شناختی

در برخی تحقیقات انجام شده (۲۰،۲۱) با افسردگی ارتباط داشته و در اصل نشخوار فکری و تفکر سفت و سخت که از مشخصه‌های افراد دارای افسردگی است باعث مشکلاتی در تغییر و سازگاری با محیط در حال تغییر، که جز تعاریف انعطاف‌پذیری شناختی است، می‌شود (۲۲،۲۳).

بطور کلی اختلال افسردگی می‌تواند از متغیرهای بسیاری تاثیر پذیرد که همانطور که اشاره شد در این پژوهش سعی بر این شده که برخی از این متغیرهای تاثیر گذار بر افسردگی را مورد بررسی قرار دهیم و با توجه به این که ارتباط بین شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی و نقش آنها در پیش بینی نشانه های افسردگی در ارتباط با هم مورد مطالعه قرار نگرفته اند و با توجه به این که افسردگی یکی از عوامل مهم تخریب عملکرد و بازدهی شغلی و تحصیلی دانشجویان به حساب می‌آید و بیشتر این مشکلات از شناخت‌های معیوب، باورهای ناکارآمد و عدم استفاده درست از منابع و توانایی‌های شخصی دانشجویان سرچشمه می‌گیرد، شناخت موارد پیش‌بینی کننده و تاثیر گذار بر نشانه‌های این اختلال می‌تواند گام مهمی در جهت کمک به مداخله در آن و بهبود عملکرد تحصیلی دانشجویان و به طبع موفقیت شغلی آینده برای آنها باشد، بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر این بود که آیا شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی با نشانه های افسردگی در دانشجویان ارتباط دارند؟

روش کار

مطالعه حاضر به روش توصیفی و از نوع همبستگی انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود (N=۱۲۰۰۰). با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که ۳۰ نفر به ازای هر متغیر پیش‌بین ذکر شده (۲۴) و با توجه به وجود سه متغیر پیش بین پژوهش حاضر، حداقل ۹۰ نفر لازم بود. که در این پژوهش ۳۵۰ آزمودنی به روش در دسترس به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند که پس از تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای تحقیق از بین آنها ۲۴۹ نفر با توجه به نمره برش آنها در مقیاس ویراست دوم افسردگی بک به عنوان نمونه نهایی دارای نشانه های افسردگی انتخاب شدند (نمره برش برای این پژوهش ۱۴ و بالاتر در نظر گرفته شده بود)

با استفاده از آلفای کرونباخ را برای هر یک از مؤلفه‌های توجه، شفافیت عاطفی و اصلاح خلق به ترتیب $0/72$ ، $0/62$ و $0/65$ به دست آورده و روایی همگرایی آن را $0/79$ گزارش کردند (۲۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر نیز $0/84$ محاسبه شد.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS): این مقیاس توسط فریستون در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سوال دارد که مربوط به غیر قابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است. هر ماده یا سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) درجه بندی می شود. در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی $0/91$ و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته $0/78$ به دست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت بخش گزارش شده است (۳۰). بوهر و داگاس، 2002 ، مجدداً این مقیاس را اعتباریابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس را $0/94$ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، $0/74$ گزارش کردند. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی $0/60$ و با مقیاس افسردگی بک $0/59$ در سطح $0/001$ معنی دار به دست آمده است (۳۱). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/88$ و پایایی بازآزمایی (در فاصله ۳ هفته) برابر $0/76$ برای این مقیاس به دست آمد و از روایی صوری خوبی برخوردار است (۳۲). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر نیز $0/81$ محاسبه شد.

مقیاس انعطاف پذیری شناختی (CFS): این مقیاس توسط وندر و والب در سال ۲۰۱۰ ساخته شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است و شیوه نمره‌گذاری آن لیکرت ۷ درجه‌ای، به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند (۱)، به ندرت در مورد من صدق می‌کند (۲)، بسیار کم در مورد من صدق می‌کند (۳)، برخی اوقات در مورد من صدق می‌کند (۴)، اغلب اوقات در مورد من صدق می‌کند (۵)، بیشتر اوقات در مورد من صدق می‌کند (۶) و همیشه در مورد من صدق می‌کند (۷) می‌باشد. روایی همزمان این مقیاس با سیاهه افسردگی بک برابر با $0/39$ - و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رایین $0/75$ بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس $0/91$ و با روش بازآزمایی ۶ ماهه $0/81$ به دست آوردند (۳۳). در ایران سلطانی

و فقط نمرات پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای تحقیق که توسط این افراد تکمیل شده بودند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت جمع آوری داده از ابزارهای زیر استفاده شد.

ویراست دوم سیاهه افسردگی بک (BDI): این سیاهه توسط بک در سال ۱۹۹۶ ساخته شده، سیاهه افسردگی بک یک آزمون ۲۱ سوالی خودسنجی با نمره گذاری لیکرت ۴ درجه‌ای (صفر تا ۶۳) می‌باشد (۲۵). به گفته بک با نمره برش ۱۸ در این سیاهه می‌توان تا ۹۲ درصد از بیماران دچار افسردگی را به درستی تشخیص داد. نمره‌های زیر را نیز می‌توان برای نشان دادن اندازه کلی افسردگی به کار بست؛ صفر تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید. برای این سیاهه پایایی به دست آمده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/73$ تا $0/92$ با میانگین $0/86$ می باشد (۲۶). روایی همگرایی این سیاهه از طریق اجرای همزمان آن با مقیاس ناامیدی بک، ۱۹۸۸؛ مقیاس افکار خودکشی، ۱۹۷۹؛ سیاهه اضطراب بک، ۱۹۹۹؛ به ترتیب برابر با $0/68$ ، $0/37$ و $0/60$ بدست آمده است (۲۵). پایایی این سیاهه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به شرح زیر بوده: ضریب آلفای کرونباخ $0/91$ ، ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون $0/89$ ، ضریب بازآزمایی ۶ ماهه $0/94$ ، میزان پایایی به دست آمده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/83$ و روایی همگرایی $0/80$ گزارش شده است (۲۷). ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه در پژوهش حاضر نیز $0/89$ محاسبه شد.

مقیاس رگه ای فراخلقی (TMMS): برای اندازه گیری شفافیت عاطفی از این مقیاس که شفافیت عاطفی یکی از مؤلفه‌های آن محسوب می‌شود استفاده شده. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی عینی بر مبنای الگوی رگه هوش هیجانی است که با ۴۸ آیتم توسط سالووی و همکاران، ۱۹۹۵ ساخته شد. آزمودنی‌ها در یک طیف لیکرت از بسیار موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و بسیار مخالفم (۱) به مواد این آزمون پاسخ می‌دهند. در مطالعه‌ی سالووی و همکاران، ۱۹۹۵ ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از $0/82$ تا $0/88$ و در مطالعه‌ی فیتنس و کورتی، ۲۰۰۵ در دامنه $0/78$ تا $0/85$ گزارش شده است و روایی همگرایی آن $0/82$ گزارش شده است (۲۸). در ایران نیز قربانی و همکاران، ۲۰۰۲ پایایی این مقیاس

و همکاران، ۲۰۱۳، ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ گزارش کردند. این پژوهشگران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را نیز ۰/۹۰ گزارش نمودند. پایایی کل این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۴). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۸ محاسبه شد.

روش اجرا: در ابتدا طرح پژوهش در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی تأیید شد. در مرحله بعد نمونه‌ها به صورت نمونه گیری در دسترس از بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی انتخاب شدند. و بعد از جلب رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها، مصاحبه کوتاهی برای رعایت ملاک های ورود (دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی بودن، در بازه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال بودن و تمایل به مشارکت در تحقیق داشتن) و ملاک‌های خروج پژوهش (ابزارهای ناقص و عدم ادامه همکاری با پژوهشگران) و نحوه تکمیل پرسشنامه ها با هر دانشجو صورت گرفت. پرسشنامه های ویراست دوم مقیاس افسردگی بک، مقیاس رگه های فراخلقی، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی به

دانشجویان ارائه شد. پس از جمع آوری پرسشنامه‌های پر شده و بدست آوردن نمرات شرکت کننده‌ها، فقط افرادی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره ۱۴ و بالاتر کسب کرده بودند (که ۲۴۹ نفر بودند) وارد مطالعه شدند، جهت رعایت اخلاق پژوهشی، موافقت و تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش رعایت گردید، پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام پاسخ داده شد و داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش فقط برای بررسی اهداف و فرضیه‌های پژوهش مورد تحلیل و استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که روند انتخاب نمونه حدود ۴ ماه طول کشید تا سرانجام نمونه‌ای به حجم ۲۴۹ نفر به دست آمد و در آخر داده‌های به دست آمده نیز با توجه به فاصله‌ای بودن متغیرهای پیش‌بین و ملاک با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری در نرم افزار SPSS v19 تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر دامنه سنی مجموع ۲۴۹ آزمودنی به صورت میانگین ۲۱/۹ با انحراف استاندارد ۴/۷ بود که ۴۵٪ از این افراد را مردان و ۵۵٪ را زنان تشکیل داده بودند.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
۱- شفافیت عاطفی	۲۴۹	۵۹/۶۱	۹/۸	۵۶	۱۸۵
۲- عدم تحمل بلاتکلیفی	۲۴۹	۷۸/۸۹	۸/۶	۳۵	۱۰۲
۳- انعطاف پذیری شناختی	۲۴۹	۶۰/۷۱	۵/۵	۲۹	۱۲۰
۴- نشانه های افسردگی	۲۴۹	۱۸/۱۲	۱/۸	۱۴	۳۴

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	چولگی	کشیدگی
۱- شفافیت عاطفی	۱				۰/۶۵	۰/۷۸
۲- عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۱۹۸*	۱			۰/۴۲	۰/۴۵
۳- انعطاف پذیری شناختی	۰/۱۲۹*	۰/۱۲۳**	۱		۰/۷۵	۰/۹۸
۴- نشانه های افسردگی	۰/۱۴۲*	۰/۲۲۱*	۰/۱۲۵**	۱	۰/۱۳	۰/۲۰

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که نشانه‌های افسردگی با نمره کلی شفافیت عاطفی ($r = -0.142, P < 0.05$) و انعطاف پذیری شناختی ($r = -0.125, P < 0.01$) رابطه منفی و با نمره کلی عدم تحمل بلاتکلیفی ($r = 0.221, P < 0.05$) رابطه مثبت دارد. همچنین بین شفافیت عاطفی با عدم تحمل

بلاتکلیفی رابطه منفی ($r = -0.198, P < 0.05$) و با انعطاف پذیری شناختی رابطه مثبت ($r = 0.129, P < 0.05$) وجود داشته و در آخر نمره کلی عدم تحمل بلاتکلیفی با انعطاف پذیری شناختی رابطه منفی ($r = -0.123, P < 0.01$) دارد. همچنین برای پیش بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان

پژوهش حالت نرمال بودن چند گانه برقرار بود و هم خطی چند گانه وجود نداشت (جدول ۳).

بر اساس متغیرها پژوهش از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد همچنین بررسی مفروضه‌های تحلیل رگرسیون نشان داد که بین نمره‌های متغیرهای

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه

متغیر پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE _B	T	p
شفافیت عاطفی	۰/۶۴	۰/۴۵	۱/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹	۰/۱۳۱	۰/۲۱۰	۰/۰۰۳ [#]
عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۵۱	۰/۳۳	۱/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۰/۱۴۸	۰/۶۹	۰/۰۰۱ [#]
انعطاف پذیری شناختی	۰/۴۲	۰/۲۱	۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۶۹	۰/۱۵	۰/۰۳۳	۰/۰۵*
شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی	۰/۹۳	۰/۷۹	۳/۵۵	۰/۰۰۱	-	-	-	-

#: $P < 0.01$ *: $P < 0.05$

بین این متغیرها انعطاف پذیری شناختی نسبت به دو متغیر دیگر سهم کمتری در پیش بینی نشانه‌های افسردگی دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی با نشانه‌های افسردگی در دانشجویان انجام گرفت. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که نمره کلی شفافیت عاطفی به طور منفی با نشانه‌های افسردگی رابطه دارد. نتایج تحلیل رگرسیون هم آشکار کرد که ۴۵ درصد از کل واریانس نشانه‌های افسردگی به وسیله شفافیت عاطفی پیش‌بینی می‌شود. نتایج این مطالعه با مطالعات بلوته و وستبرگ (۳۵)، ترنت و همکاران (۹) و فلین و رودولف (۳۶) همسو می‌باشد. مطابق نتایج این پژوهش افراد دارای شفافیت عاطفی بالا نشانه‌های افسردگی کمتری داشته و با افزایش میزان شفافیت عاطفی در افراد میزان نشانه‌های افسردگی در آنها به مراتب کمتر می‌شود. زیرا سطوح بالای شفافیت عاطفی با طیف گسترده‌ای از شاخص‌های سازگاری مثبت در بزرگسالان مرتبط است و همچنین شفافیت عاطفی ثابت شده که می‌تواند شیوه‌های تفکر ناسازگارانه مانند نشخوار فکری را، که به تنهایی کمک زیادی در پیدایش نشانه‌های افسردگی دارند، در حد زیادی کاهش دهد (۳۷). همچنین شفافیت عاطفی و افسردگی به جای یک الگوی یک طرفه در یک الگوی متقابل توسعه می‌یابند که در آن یک متغیر همیشه اولویت زمانی در وقوع دیگری دارد. این یافته نشان می‌دهد که ممکن است یک چرخه معیوب از سطوح بالای

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ۴۵ درصد از کل واریانس نشانه‌های افسردگی به وسیله شفافیت عاطفی پیش‌بینی می‌شود. نسبت F نیز نشان می‌دهد که مدل رگرسیون نشانه‌های افسردگی بر اساس شفافیت عاطفی معنی دار است ($F=1.74, p<0.01$). با توجه به جدول شماره ۳، ۳۳ درصد از کل واریانس نشانه‌های افسردگی به وسیله عدم تحمل بلاتکلیفی پیش‌بینی می‌شود، نسبت F نیز نشان می‌دهد که مدل رگرسیون نشانه‌های افسردگی بر اساس عدم تحمل بلاتکلیفی معنی دار است ($F=1.30, p<0.01$). همچنین بر اساس این جدول ۲۱ درصد از کل واریانس نشانه‌های افسردگی به وسیله انعطاف پذیری شناختی پیش‌بینی می‌شود و نسبت F نیز نشان می‌دهد که مدل رگرسیون نشانه‌های افسردگی بر اساس انعطاف پذیری شناختی معنی دار است ($F=1.69, p<0.01$).

همچنین، جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بر اساس نتایج مدل رگرسیون، ۷۹ درصد از کل واریانس نشانه‌های افسردگی به وسیله شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی پیش‌بینی می‌شود و نسبت F نیز نشان می‌دهد که مدل رگرسیون نشانه‌های افسردگی بر اساس شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی معنی دار است ($F=3.55, p<0.01$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین نمره کلی شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلاتکلیفی و انعطاف پذیری شناختی، t حاصل از شفافیت عاطفی ($t=0.210$) و عدم تحمل بلاتکلیفی ($t=0.69$) با ($p<0.01$) و t حاصل از انعطاف پذیری شناختی ($t=0.33$) با ($p<0.05$) معنی دار است. و از

علائم افسردگی رخ دهد که منجر به سطوح نسبتاً پایینی از شفافیت عاطفی می‌شود که به نوبه خود منجر به سطوح بالاتری از علائم افسردگی می‌شود و این چرخه معیوب ادامه یافته و شرایط بدتر و بدتر می‌شود (۳۵). همچنین ثابت شده که در صورت سوء استفاده‌ها و بدرفتاری‌های دوران کودکی افراد دارای شفافیت عاطفی بالا نسبت به دیگر افراد نشانه‌های افسردگی به مراتب کمتری را در بزرگسالی بروز می‌دهند (۹)، پس می‌تواند گفت شفافیت عاطفی به صورت مستقیم از بروز نشانه‌های افسردگی در افراد تا حد زیادی جلوگیری می‌کند. در خصوص ارتباط عدم تحمل بلا تکلیفی و نشانه‌های افسردگی نیز نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که نشانه‌های افسردگی با نمره کلی عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون هم آشکار کرد که ۳۳ درصد از کل واریانس نشانه‌های افسردگی به وسیله عدم تحمل بلا تکلیفی پیش بینی می‌شود. این نتایج با نتایج مطالعات کلارک و همکاران (۱۲)، کزی و همکاران (۱۳)، کارتلن (۱۰) و رنجان و همکاران (۱۴) همسو می‌باشد. با توجه به نتایج این پژوهش افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی بالایی دارند بیشتر از افراد دیگر دچار نشانه‌های افسردگی می‌شوند، همانطور که قبلاً ذکر شد عدم تحمل بلا تکلیفی باعث می‌شود که فرد عدم اطمینان را به عنوان یک محرک منفی، تهدید آمیز یا چیزی که باید از آن اجتناب کرد ارزیابی کند، که این خود با عوامل آسیب پذیری شناختی متعددی مرتبط است که شامل حساسیت اضطرابی، ترس از ارزیابی منفی، نشخوار فکری و از همه مهمتر افسردگی می‌شود (۱۲). علاوه بر این‌ها میزان عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد بخشی از واریانس شدت علائم افسردگی در افراد را پیش بینی می‌کند، به حدی که افزایش ظرفیت تحمل بلا تکلیفی در افراد می‌تواند به عنوان یک هدف درمانی برای کاهش نشانه‌های افسردگی مورد استفاده قرار گیرد زیرا افزایش ظرفیت تحمل بلا تکلیفی در افراد از نشخوار فکری افراد درباره موقعیت‌های استرس زا تا حد زیادی جلوگیری می‌کند و این نشخوار فکری در صورت تداوم موقعیت‌های استرس زا در بلند مدت افسردگی را در پی دارد (۱۲). پس می‌توان گفت که عدم تحمل بلا تکلیفی به صورت مستقیم و غیر مستقیم با نشانه‌های افسردگی در افراد مرتبط است و در آخر در رابطه با ارتباط انعطاف پذیری شناختی و نشانه‌های افسردگی نتایج ضرایب همبستگی

انعطاف پذیری شناختی و نشانه‌های افسردگی، نشان داد که نشانه‌های افسردگی با نمره کلی انعطاف پذیری شناختی رابطه منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون هم آشکار کرد که ۲۱ درصد از کل واریانس نشانه‌های افسردگی به وسیله انعطاف پذیری شناختی پیش بینی می‌شود. که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ماهونی و همکاران (۲۰)، استورات و همکاران (۲۲)، وانگر و همکاران (۲۳) و مرین و همکاران (۳۸) همسو می‌باشد. که در تبیین این نتایج می‌تواند گفت، انعطاف پذیری شناختی به عنوان توانایی فرد برای سازگاری با شرایط محیطی و تغییر وظایف خود برای پاسخ به تغییر در خواسته‌های محیط با افزایش نشانه‌های افسردگی در افراد کاهش یافته و افزایش آن به کاهش نشخوار فکری و تفکر سفت و سخت در موقعیت‌های مختلف که از ویژگی‌های اختلال افسردگی است کمک می‌کند زیرا نشخوار فکری و تفکر سفت و سخت باعث مشکلاتی در تغییر و سازگاری با محیط در حال تغییر، که جز تعاریف انعطاف پذیری شناختی است، می‌شود به عبارتی انعطاف پذیری شناختی با تاثیر گذاری و تاثیر پذیری از برخی مکانیسم‌های مربوط به افسردگی در کاهش و افزایش نشانه‌های افسردگی دخیل بوده و میتواند نشانه‌های افسردگی را پیش بینی کند.

نتیجه‌گیری

در کل نتایج این مطالعه نشان داد که نشانه‌های افسردگی نه تنها با متغیرهای شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی ارتباط معنی داری دارد بلکه به وسیله شفافیت عاطفی، عدم تحمل بلا تکلیفی و انعطاف پذیری شناختی قابل پیش بین نیز هستند و می‌توان با تقویت یا دستکاری این متغیرها از طریق تمرینات یا روش‌های درمانی موجود به تاثیر مثبت هر چه بیشتر آنها بر نشانه‌های افسردگی کمک کرد یا از بروز نشانه‌های افسردگی در افراد جلوگیری کرده و یا از شدت آنها کاست. انجام پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله این که این پژوهش بر روی دانشجویان دارای نشانه‌های افسردگی صورت گرفته و نمیتوان به صورت دقیق نتایج را به جمعیت بالینی تعمیم داد به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از جامعه آماری بالینی که تشخیص قطعی اختلال افسردگی را دارند استفاده شود تا قدرت تعمیم نتایج بیشتر شود. همچنین استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان استخراج

آموزش‌ها و تمرینات لازم تاثیر این متغیرها بر نشانه‌های افسردگی را مورد استفاده قرار دهند. سپاسگزاری: پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمام افرادی که در این پژوهش همکاری‌های لازم را انجام دادند، سپاسگزاری نمایند. این پژوهش بخشی از یافته‌های رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد. در اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی مطابق با دستورالعمل کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه محقق اردبیلی در نظر گرفته شده، و کد اخلاق به شماره ir.uma.rec.1400.077 دریافت شده است.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان پژوهش وجود ندارد.

References

- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Pub.
- Shim, E. J., Lee, J. W., Cho, J., Jung, H. K., Kim, N. H., Lee, J. E., ... & Kim, Y. S. (2020). Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: a National Health Insurance Service study in Korea. *Breast cancer research and treatment*, 179(2), 491-498. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05479-3>
- Valles-Colomer, M., Falony, G., Darzi, Y., Tigchelaar, E. F., Wang, J., Tito, R. Y., ... & Raes, J. (2019). The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression. *Nature microbiology*, 4(4), 623-632. <https://doi.org/10.15540/nr.5.1.3>
- Mackin, R. S., Insel, P. S., Landau, S., Bickford, D., Morin, R., Rhodes, E., ... & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2021). Late-life depression is associated with reduced cortical amyloid burden: Findings from the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative Depression Project. *Biological Psychiatry*, 89(8), 757-765. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.017>
- Onchonga, D., Ngetich, E., Makunda, W., Wainaina, P., & Wangeshi, D. (2021). Anxiety and depression due to 2019 SARS-CoV-2 among frontier healthcare workers in Kenya. *Heliyon*, 7(3), e06351. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06351>

نتایج علی‌رغم نمی‌کند و با توجه به این که نتیجه‌گیری‌های ما با توجه به فرضیه‌های پیشین خاصی که بر اساس یک مدل نظری و از طریق مشاهدات تجربی شکل گرفته‌اند، بنا نهاده شده که سازه‌های مورد بررسی در اینجا را به هم ربط می‌دهد. برای بررسی روابط علت و معلولی این فرضیه‌ها، بهتر است مطالعات آینده ضمن در نظر گیری محدودیت‌های این تحقیق از روش‌های تحقیق طولی یا دستکاری آزمایشی استفاده کنند. همچنین با توجه به نتایج تحقیق که نشان دهنده پیش بینی نشانه‌های افسردگی به وسیله شفافیت عاطفی، عدم تحمل بالاتر و انعطاف پذیری شناختی است پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و مشاوران جهت بهبود نشانه‌های افسردگی در مراجعان خود نقش این متغیرها را مورد توجه قرار داده و با

- Wang, T., Li, M., Xu, S., Liu, B., Wu, T., Lu, F., ... & Wang, J. (2019). Relations between trait anxiety and depression: A mediated moderation model. *Journal of Affective Disorders*, 244, 217-222. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.074>
- Thompson, R. J., Boden, M. T., & Gotlib, I. H. (2017). Emotional variability and clarity in depression and social anxiety. *Cognition and Emotion*, 31(1), 98-108. <https://doi.org/10.1080/0269931.2015.1084908>
- Park, J., & Naragon-Gainey, K. (2019). Daily experiences of emotional clarity and their association with internalizing symptoms in naturalistic settings. *Emotion*, 19(5), 764. <https://doi.org/10.1037/emo0000482>
- Trent, E. S., Viana, A. G., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2019). Parental threats and adolescent depression: the role of emotion dysregulation. *Psychiatry research*, 276, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.009>
- Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears?. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2307-2316. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>
- Carleton, R. N., Norton, M. P. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 105-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>

12. Clarke, E., & Kiropoulos, L. A. (2021). Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: The role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100101. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100101>
13. Kesby, A., Maguire, S., Brownlow, R., & Grisham, J. R. (2017). Intolerance of uncertainty in eating disorders: an update on the field. *Clinical psychology review*, 56, 94-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.002>
14. Renjan, V., McEvoy, P. M., Handley, A. K., & Fursland, A. (2016). Stomaching uncertainty: Relationships among intolerance of uncertainty, eating disorder pathology, and comorbid emotional symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 41, 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.008>
15. Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 630-645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>
16. McEvoy, P. M., & Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 41, 96-107. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.002>
17. Grenier, S., Barrette, A. M., & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. *Personality and individual differences*, 39(3), 593-600. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.014>
18. Chalabianloo, G., & Parvaz, R. (2022). The Role of Temperament, Rumination, Cognitive Flexibility and Trait Anxiety in Predicting Depressive Mood. *Journal of Psychological Studies*, 18(1), 11-24.
19. Meiran, N., Diamond, G. M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry research*, 185(1-2), 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.044>
20. Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012). Trait versus situation-specific intolerance of uncertainty in a clinical sample with anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(1), 26-39. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622131>
21. Yu, Y., Yu, Y., & Lin, Y. (2020). Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility. *Psychology, health & medicine*, 25(1), 25-36. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1601748>
22. Schwert, C., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., & Schröder, A. (2017). Cognitive impairments in unipolar depression: the impact of rumination. *Psychopathology*, 50(5), 347-354. <https://doi.org/10.1159/000478785>
23. Connolly, S. L., Wagner, C. A., Shapero, B. G., Pendergast, L. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Rumination prospectively predicts executive functioning impairments in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 46-56. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.07.009>
24. Jabdaragi, H., Y. Basharpour, S. (2020). The Relationship between Distress Tolerance, Mind Wandering, Sleep Quality and Quantity with Attention-Deficit/ Hyperactivity Symptom Severity in Adults. *Thought and behavior in clinical psychology*. 71-82, 15(56).
25. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. Psychological assessment. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
26. Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
27. Rabiei, S, Tabesh, M. Jahromi, S. Abdolhasani, M. (2022). Relationship between depression, obesity and body composition in Iranian women. *Journal of Clinical Nutrition Sciences*. 44-52, 47(1). <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.11.005>
28. Fitness, J., & Curtis, M. (2005). Emotional intelligence and the Trait Meta-Mood Scale: Relationships with empathy, attributional complexity, self-control, and responses to interpersonal conflict. <https://doi.org/10.7790/ejap.v1i1.9>
29. Gadiri, Z. Abolghasemi, A. Aghajani, S. (2015). Comparison of behavioral inhibition-activation system and emotional clarity in students with and without traumatic experience. *Journal of School psychology*. 69-88, 4(2).
30. Kretzmann, R. P., & Gauer, G. (2020).

- Psychometric properties of the Brazilian Intolerance of Uncertainty Scale-short version (IUS-12). *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42, 129-137. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0087>
31. Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
 32. Rashtbari, D. Nasiri, T. Zolfagari, A. (2022). I just want to be sure!": Psychometric properties and predictive role of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 101-114, 9(5). <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.5.101>
 33. van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(2), 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.005>
 34. Soltani, Sh. Bahrani, S. A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between coping styles and resilience with depression. *Researcher*. 88-96, 92(18). <http://noo.rs/KH7cV>
 35. Blöte, A. W., & Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 71, 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.005>
 36. Rudolph, K. D., Flynn, M., & Abaied, J. L. (2008). A developmental perspective on interpersonal theories of youth depression.
 37. Gohm, C. L., Corser, G. C., & Dalsky, D. J. (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant?. *Personality and individual differences*, 39(6), 1017-1028. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.018>
 38. Meiran, N., Diamond, G. M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry research*, 185(1-2), 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.044>