

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران



راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار

عباس ابوالقاسمی^{۱*} (Ph.D.)، فرشته بخشیان^۲ (M.A.)، محمد نریمانی^۱ (Ph.D.)

۱- دانشگاه محقق اردبیلی - دانشکده علوم انسانی - گروه روانشناسی - روانشناس. ۲- دانشگاه محقق اردبیلی - دانشکده علوم انسانی - گروه روانشناسی - کارشناسی ارشد.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۲/۱۹

چکیده

مقدمه: اختلال استرس حاد با نشانه‌های تجزیه‌ای، تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی بیش‌ازحد مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقایسه‌ای است. نمونه این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس حاد و ۴۰ فرد بهنجار ساکن در استان مازندران بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، پرسش‌نامه راهبردهای کنترل فکر، آزمون استروپ و مقیاس ضربه رویداد-تجدیدنظر شده استفاده شد.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات راهبردهای کنترل فکر (۹۴/۷) و بازداری پاسخ (۱۲/۶) در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد، از افراد بهنجار (۵۰/۵ و ۳/۸) به‌طور معناداری بیشتر است. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ ۷۵٪ از واریانس علائم اختلال استرس حاد را در افراد مبتلا به این اختلال به‌طور معناداری تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیان می‌کنند که بیماران مبتلا به استرس حاد، راهبردهای کنترل فکر ناکارآمدتر و بازداری پاسخ بیشتری دارند. همچنین این یافته‌ها تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، آسیب‌شناسی روانی و درمان این بیماران دارند.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای کنترل فکر، بازداری پاسخ، اختلال استرس حاد.

Original Article

Knowledge & Health 2013;7(4):165-172

The Thought Control Strategies and Response Inhibition in the Patients with Acute Stress Disorder and Normal Persons

Abbas Abolghasemi^{1*}, Fereshhte Bakhshian², Mohammad Narimani¹

1- Ph.D. in Psychology, Dept of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. 2- M.A. in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Abstract:

Introduction: Acute stress disorder is characterized by dissociative, re-experiencing, avoidance, and hyper arousal symptoms. The purpose of the present research was to compare thought control strategies and response inhibition of patients with acute stress disorder.

Methods: This research is a case-control study. The research sample consisted of 40 patients with acute stress disorder and 40 normal persons which were selected through convenience sampling. To collect the data, Composite International Diagnostic Interview, Stroop Test, Thought Control Questionnaire and the Impact of Event Scale-Revised were used.

Results: The MANOVA results showed that thought control strategies and response inhibition in patients with acute stress disorder is significantly greater than those in normal persons. The results of multiple regressions showed thought control strategies and response inhibition could account for 75% of variance in symptoms of acute stress disorder.

Conclusion: The findings suggested that patients with acute stress disorder have inefficient control strategies and more response inhibition. Also, the findings had important implications for the prevention, psychopathology and therapy of patients with acute stress disorder.

Keywords: Thought control strategies, Response inhibition, Acute stress disorder.

Conflict of Interest: No

Received: 22 February 2011

Accepted: 8 May 2012

*Corresponding author: A. Abolghasemi, Email: abolghasemi1344@uma.ac.ir

مقدمه

تشخیص اختلال استرس حاد (Acute Stress Disorder) در سال ۱۹۹۴ با ظهور چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، برای توصیف بروز واکنش استرس آسیب‌زای ناهنجار در طول ۳۰ روز اول بعد از آسیب مطرح شد. اختلال استرس حاد یک پاسخ آسیب حاد است که علائم تجزیه‌ای، تجربه مجدد، اجتناب و بیش‌برانگیختگی آن‌را مشخص می‌کند و پیش‌بینی‌کننده اختلال استرس پس از سانحه است (۱ و ۲). دلیل عمده معرفی اختلال استرس حاد در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، شناسایی واکنش‌های استرس پس از آسیب حاد بود که پیشرو اختلال استرس پس از سانحه مزمن هستند (۳). مطالعات آینده‌نگر نشان می‌دهد که حدود ۸۰٪ بازماندگان آسیب که در ابتدا از استرس حاد رنج می‌برند، ۶ ماه بعد با ملاک‌های PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) مطابقت دارند (۴، ۵ و ۶) و بین ۷۵ تا ۸۰٪، ۲ سال پس از آسیب، مبتلا به PTSD خواهند شد (۴).

مدل فراشناختی (Meta-cognitive-Model) بر نقش راهبردهای کنترل فکر تأکید دارد. بر مبنای این مدل، جهت‌گیری تعدی‌ها، انگیزختگی و توجه، به‌نوعی معطوف به علائم متعاقب رویدادهای استرس‌زا هستند. درواقع، این پاسخ‌ها ابزاری برای فرایند هیجانی متعاقب آسیب هستند که به فرد اجازه می‌دهند نقشه‌ای برای تهدیدات آینده طرح‌ریزی کند (۷).

توجه برگردانی، ارزیابی مجدد، کنترل اجتماعی، نگرانی و خودتنبیهی، به‌عنوان راهبردهای کنترل فکر معرفی شده‌اند (۸). شواهد پژوهشی حاکی است که راهبردهای نگرانی و تنبیه به‌صورت مثبت با آسیب‌شناسی روانی مرتبطاند؛ برای مثال، نشانه‌های افسردگی و PTSD به‌دنبال رویدادهای منفی زندگی ظاهر می‌شوند (۹ و ۱۰). نگرانی و تنبیه با نشانه‌شناسی اختلال وسواس فکری-عملی (Obsessional-Compulsive Disorder) همبستگی دارند و بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، این راهبردها را با فراوانی بیشتری نسبت به غیربیماران استفاده می‌کنند (۱۱). هم‌چنین بین ارزیابی مجدد و توجه برگردانی و نشانه‌های افسردگی، رابطه منفی به‌دست‌آمده است. به‌علاوه، استفاده از راهبردهای کنترل اجتماعی ممکن است به کاهش در نشانه‌شناسی PTSD و در نتیجه به سازگاری بهتر به‌دنبال رویداد آسیب‌زا منتهی شود (۱۲).

در پژوهشی با هدف بررسی راهبردهای کنترل فکر در بازماندگان تصادفات وسایل نقلیه موتوری دارای اختلال استرس حاد و بدون اختلال استرس حاد، با اینکه توجه برگردانی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد، معمول‌ترین راهبردها در هر دو گروه بودند، اما بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد بیشتر از شرکت‌کنندگان بدون اختلال استرس حاد از راهبردهای تنبیه و نگرانی استفاده می‌کردند. هم‌چنین نگرانی و تنبیه، با شدت نشانه‌های افسردگی، مزاحم، اجتناب و انگیزختگی بسیار مرتبط بودند (۱۱). در مطالعه دیگری، استفاده از نگرانی برای کنترل افکار در

چهار هفته اول، تغییر در حمایت اجتماعی دریافت‌شده در فاصله چهار هفته اول تا ۶ ماه پس از آسیب و تعامل بین حمایت اجتماعی دریافت‌شده و استفاده از راهبرد کنترل اجتماعی به‌عنوان راهبرد کناره‌آوردن در چهار هفته اول، به‌طور معناداری PTSD متعاقب را پیش‌بینی می‌کردند (۱۱). هم‌چنین در مطالعه‌ای، با بررسی راهبردهای کنترل فکر ۷۶ دانشجوی زن دارای سابقه سوءاستفاده جنسی مشخص شد که خشونت بیشتر هنگام سوءاستفاده جنسی کودکی، با استفاده بیشتر از راهبردهای نگرانی و تنبیه و استفاده کمتر از راهبرد کنترل اجتماعی مرتبط است (۷).

یکی از متغیرهای بااهمیت در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد، بازداری پاسخ (Response Inhibition) است. بازداری، توانایی فکر کردن قبل از عمل است. این توانایی به مقاومت فرد در برابر وسوسه انجام کار و در نتیجه ارزیابی رفتار کمک می‌کند (۱۳). بازداری پاسخ عنصر اصلی در کنترل اجرایی می‌باشد که برای رفتارهای انطباقی در محیط پویا و غیرقابل پیش‌بینی مهم است. ناتوانی در بازداری پاسخ‌های نامتناسب با چندین اختلال شایع نظیر وسواس عملی، اوتیسم، اختلال استرس حاد و اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه ارتباط دارد (۱۴). بازداری پاسخ سه فرایند پیوسته را دربردارد: ۱- بازداری پاسخ غالب، ۲- توقف پاسخ جاری و ایجاد فرصت درنگ در تصمیم‌گیری برای پاسخ‌دادن یا ادامه پاسخ و ۳- حفظ این دوره درنگ و پاسخ‌های خودفرمان که در این دوره اتفاق می‌افتند (۱۵). وقتی بازداری پاسخ روی می‌دهد، احتمالاً قابل‌شناسایی نیست؛ زیرا پاسخ بازداری‌شده موفقیت‌آمیز- حداقل به‌صورت رفتاری- به‌سادگی پدیدار نمی‌شود. بازداری پاسخ فرایندی است که نیازمند میزان نسبتاً زیادی از کنترل شناختی می‌باشد و مستلزم آماده‌شدن برای پاسخ‌دهی و عملکرد بازبینی است. این فرایند به‌وسیله هماهنگی نواحی مختلفی مانند کرکس کمری و نواحی پیشانی و آهیانه‌ای انجام می‌شود (۱۶). در دو پژوهش مشخص شد که افراد مبتلا به PTSD، زمان واکنش طولانی‌تری نسبت به افراد به‌بهنجار دارند یعنی کندتر از افراد به‌بهنجار عمل می‌کنند و در تمرکز نیز مشکل دارند (۱۷ و ۱۸). در مطالعه دیگری با آزمون استروپ روی ۶۰ بازمانده جنگ دارای PTSD نشان داده شد که افراد دارای PTSD، سوءگیری در توجه را نشان دادند. در این تحقیق، افراد با دو موقعیت مواجه شدند. در حالت اول فیلم‌هایی درمورد جنگ دیدند و بعد کلمات هیجانی به آنان ارائه شد و در حالت دوم، در موقعیت تهدیدآمیز قرار گرفتند و سپس آزمون استروپ به آنها داده شد. وقتی که این بیماران در موقعیت تهدیدآمیز قرار می‌گرفتند، در تکلیف استروپ عملکرد کندتری داشتند (۱۸). در مطالعه دیگری، زمان واکنش افراد با آزمون استروپ بررسی شد. آزمودنی‌ها وقتی با کلمات منفی روبه‌رو می‌شدند، زمان واکنش بیشتری داشتند. به‌نظرمی‌رسد که نادیده‌گرفتن محرک‌های منفی برای آنان

برای جمع‌آوری داده از ابزار زیر استفاده شد:

۱- مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی: مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی نسخه اصلی ۱/۲ در ایران ترجمه و تدوین شده است (۲۱). این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد. از نظر اعتبار مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، شاخص ویژگی برای اکثر اختلالات روانپزشکی بالاست (بالای ۰/۸۵). شاخص حساسیت برای تشخیص‌ها تا حدی پایین‌تر است، به‌خصوص برای اختلالات شدید روانپزشکی (مانند اسکیزوفرنی). سنجش پایایی ابزار به‌روش بازآزمایی نشان داد که برای اکثر اختلالات روانپزشکی، پایایی تشخیص‌گذاری در حد قابل قبول است (کاپا بالاتر از ۰/۴)، ولی برای اسکیزوفرنی این رقم پایین‌تر بود. نتایج به‌دست‌آمده در دو سیستم تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مصاحبه تشخیصی بین‌المللی (Composite International Diagnostic Interview) (CIDI) تا حد زیادی مشابه یکدیگر بود (۲۲).

۲- پرسش‌نامه راهبردهای کنترل افکار: پرسش‌نامه راهبردهای کنترل افکار برای بررسی تفاوت‌های فردی جهت استفاده از استراتژی‌های کنترل فکر و ارتباط بین این استراتژی‌ها و آسیب‌پذیری هیجانی ساخته شده است. پرسش‌نامه کنترل افکار ۳۰ آیتم دارد که آزمودنی به هر آیتم با یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ می‌دهد. نمرات هر آزمودنی در این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۹۰ قرار می‌گیرد. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه افکار ۰/۷۷ گزارش شده است. این ضریب برای توجه برگردانی ۰/۷۲، کنترل اجتماعی ۰/۷۹، نگرانی ۰/۷۱، تنبیه ۰/۶۴ و ارزیابی مجدد ۰/۶۷ گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی بازآزمایی این پرسش‌نامه بعد از پنج هفته ۰/۷۲ به‌دست‌آمد. ضریب همبستگی بازآزمایی برای توجه برگردانی ۰/۶۸، کنترل اجتماعی ۰/۸۳، نگرانی ۰/۷۶، تنبیه ۰/۶۷ و ارزیابی مجدد ۰/۸۳ گزارش شده است. برای بررسی اعتبار این پرسش‌نامه از آزمون‌های اضطراب صفت، روان‌رنجوری آیزنک و نگرانی حالت پن استفاده شد. برخی از خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با آزمون‌های فوق، همبستگی معناداری داشتند (۸). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در ایران ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۳).

۳- آزمون رنگ-واژه استروپ: یکی از قدیمی‌ترین و آسان‌ترین انواع آزمون‌های مربوطه استرس آزمایشگاهی است که بر جنبه‌های شناختی و توجه افراد تأکید دارد. الگوی آزمون استروپ ریشه در روانشناسی تجربی دارد. آزمون استروپ یک مقیاس کلاسیک از پردازش توجه و توانایی تغییر آمایی شناختی است. این ابزار را برای اولین بار کتل ساخت. این آزمون در شکل اصلی خود شامل چهار کارت است (۲۴): خواندن واژه (کارت اول)، نامیدن رنگ (کارت دوم)، خواندن

بسیار دشوار است و زمان واکنش بیشتر مربوط به تلاش افراد برای فرونشانی بازنمایی‌ها است (۱۹). در مطالعه‌ای بازداری پاسخ‌های مداوم در افراد مبتلا به آسیب مغزی با بیماران دارای مشکلات ارتوپدی مقایسه شد. برخلاف انتظار، افراد مبتلا به آسیب مغزی عملکرد بدتری نسبت به گروه مورد مقایسه نشان ندادند. احتمالاً به‌نظرمی‌رسد که نقص در بازداری پاسخ مداوم پس از آسیب مغزی معمول نیست (۲۰).

باتوجه به میزان بالای بروز حوادث در کشور، پایداری اختلال استرس حاد و تبدیل آن به اختلال استرس پس‌ضربه، پژوهش‌های بسیار محدود در این زمینه، نتایج متفاوت درباره متغیرهای مورد بررسی و تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های علائم اختلال، انجام این پژوهش از اهمیت و ضرورت بسیاری برخوردار است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار و نیز نقش این متغیرها در پیش‌بینی علائم اختلال استرس حاد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقایسه‌ای است. در این پژوهش راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ، به‌عنوان متغیرهای وابسته در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و بهنجار مقایسه شدند. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی استان مازندران است که به‌دنبال تجربه‌ی رویداد آسیب‌زای سانحه رانندگی در طول ماه گذشته تشخیص اختلال استرس حاد دریافت کردند. همچنین جامعه گروه شاهد شامل کلیه افرادی دچار سانحه شده فاقد تشخیص اختلال استرس حاد استان مازندران بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال استرس حاد مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی استان مازندران در سه ماهه دوم سال ۱۳۸۹ است که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس ۴۰ نفر از افرادی که دچار سانحه شده، ولی تشخیص اختلال استرس حاد دریافت نکرده بودند، به‌عنوان افراد بهنجار انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند (باتوجه به عدم‌امکان دستیابی به فهرست کامل افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد سانحه‌دیده، از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد). برای اطمینان از تشخیص روانپزشک، از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی استفاده شد و سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد که با دقت به سؤالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. حجم نمونه با استفاده از مطالعات قبلی (۱۱) و با آلفای ۰/۰۵ و بتای ۰/۸۰ مجموعاً ۸۰ نفر (هر گروه ۴۰ نفر) تعیین گردید.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سن ۲۵ تا ۵۰ سال، مدرک تحصیلی حداقل سیکل، متأهل بودن، داشتن تشخیص اختلال استرس حاد، فقدان سابقه بیماری‌های روانی قبلی و فقدان بیماری جسمی مزمن.

اختلال استرس حاد $7/7 \pm 37/0$ با دامنه ۲۵-۵۰ سال است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) سن افراد بهنجار، $7/7 \pm 39/6$ با دامنه ۲۵-۵۰ سال می‌باشد.

میانگین (و انحراف معیار) نمرات راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار به ترتیب $9/0 \pm 50/5$ و $3/15 \pm 94/7$ می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمرات بازداری پاسخ (خطا) نیز در افراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار به ترتیب $9/12 \pm 8/6$ و $8/3 \pm 2/8$ است. میانگین (و انحراف معیار) علائم پس از آسیب افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و بهنجار به ترتیب $8/9 \pm 86/2$ و $4/4 \pm 43/8$ است. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر و علائم پس از آسیب در جدول ۲ آمده است.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف درمورد همه متغیرها معنادار نبود، لذا این نتایج حاکی است که توزیع نمرات این متغیرها نرمال می‌باشد (جدول ۲).

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کواریانس به‌درستی رعایت شده است ($F=1/21$, $P=0/49$). براساس آزمون لون و عدم‌معناداری آن برای متغیرهای توجه برگردانی ($F=1/21$, $P=0/49$)، کنترل اجتماعی ($F=2/23$, $P=0/12$)، خودتنبیهی ($F=1/12$, $P=0/29$)، نگرانی ($F=0/62$, $P=0/43$) و ارزیابی مجدد ($F=1/03$, $P=0/34$)، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکر نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های راهبردهای کنترل فکر معنادار می‌باشد ($\eta^2=0/167$, $P<0/001$, $F(5,74)=3/57$) [Wilks, F].

جدول ۱- توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی و جنس در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	استرس حاد (%)	بهنجار (%)
تخصیلات		
سیکل	۴ (۱۰/۰)	۹ (۲۲/۵)
دیپلم	۱۵ (۳۷/۵)	۱۰ (۲۵/۰)
فوق‌دیپلم	۱۰ (۲۵/۰)	۱۱ (۲۷/۵)
لیسانس و بالاتر	۱۱ (۲۷/۵)	۱۰ (۲۵/۰)
جنسیت		
مرد	۲۳ (۵۷/۵)	۲۰ (۵۰/۰)
زن	۱۷ (۴۲/۵)	۲۰ (۵۰/۰)

واژه‌ها بدون توجه به رنگ (کارت سوم) و گفتن رنگ واژه‌ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است (کارت چهارم). هر کارت ۲۵ محرک را نشان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده‌اند. نمرات هر آزمودنی در این آزمون در دامنه‌ای از ۰ تا ۲۵ قرار می‌گیرد. ضریب همبستگی بازآزمایی برای زمان واکنش مرحله اول $0/6$ و برای تعداد خطاهای همین مرحله $0/55$ به‌دست‌آمد. در مرحله دوم آزمایش زمان واکنش ضریب پایایی $0/83$ و برای تعداد خطاها ضریب $0/78$ محاسبه گردید و در مرحله سوم آزمایش ضریب پایایی برای زمان واکنش $0/97$ و برای تعداد خطاها $0/79$ بود (۲۴).

۴- مقیاس ضربه رویداد- تجدیدنظرشده: مقیاس ضربه رویداد- تجدیدنظرشده (۱۷) ۲۲ آیتم دارد که به‌صورت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات هر آزمودنی در این آزمون در دامنه‌ای از ۰ تا ۸۸ قرار می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه‌ای از $0/76$ تا $0/84$ به‌دست‌آمده است (۲۵). همچنین در ایران ضریب همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ، $0/79 - 0/92$) و پایایی بازآزمایی آن خوب گزارش شده است (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش حاضر $0/94$ گزارش شده است (۲۳).

در ابتدا، از آموزش دانشکده برای مراجعه به مرکز پزشکی قانونی استان مازندران معرفی‌نامه دریافت شد. افرادی که با رویداد آسیب‌زا مواجه شده و تشخیص اختلال استرس حاد را دریافت نموده بودند، شناسایی شدند. در مرحله بعد برای اطمینان از تشخیص روانپزشک، مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی برای اختلال استرس حاد درمورد آنها اجرا شد. بعد از تشخیص، پرسش‌نامه‌های موردنظر در اختیار بیماران قرار گرفت و از آنها خواسته شد که با دقت به سؤالات پاسخ دهند. سپس آزمون رنگ واژه استروپ به‌صورت عملی بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد.

درنهایت، داده‌های پژوهش از طریق نرم‌افزار SPSS به شرح زیر تجزیه و تحلیل شدند: ۱- تحلیل واریانس چند متغیری به‌منظور مقایسه ۵ مؤلفه راهبردهای کنترل فکر در دو گروه اختلال استرس حاد و افراد بهنجار، ۲- رگرسیون چندمتغیری به‌منظور پیش‌بینی علائم اختلال استرس حاد از طریق راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ و ۳- آزمون t برای مقایسه هریک از میانگین نمرات راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ در دو گروه اختلال استرس حاد و افراد بهنجار.

نتایج

وضعیت تحصیلی و جنس افراد تحت مطالعه در دو گروه، در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین (و انحراف استاندارد) سنی افراد مبتلا به

اجتماعی، خودتنبیهی، نگرانی و ارزیابی مجدد، به طور معناداری در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد از افراد بهنجار بیشتر است (جدول ۳). برای مقایسه میانگین نمرات کل، راهبردهای کنترل فکر از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات راهبردهای کنترل فکر ($t=16/35$, $df=78$) و بازداری پاسخ (تعداد خطا) ($t=8/38$, $df=78$) و بازداری پاسخ (زمان خطا) ($t=16/31$, $df=78$) بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد از گروه بهنجار به طور معناداری بیشتر است ($P<0/001$).

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرها، راهبرد کنترل فکر و بازداری پاسخ به عنوان متغیر پیش‌بین و علائم اختلال استرس حاد به عنوان متغیر ملاک، در معادله رگرسیون چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ۷۵٪ از واریانس علائم توسط متغیرهای راهبرد کنترل فکر و بازداری پاسخ تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، راهبردهای کنترل فکر ($Beta=0/819$) و زمان پاسخ ($Beta=0/512$) می‌توانند تغییرات مربوطه علائم اختلال استرس حاد را در افراد مبتلا به صورت معناداری تبیین کنند ($P<0/001$) (جدول ۴).

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار بود. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد به طور معناداری از افراد بهنجار بیشتر است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که اگرچه افراد مبتلا به استرس حاد و بهنجار به دنبال رویداد آسیب‌زا از راهبردهای توجه برگردانی و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، اما افراد مبتلا به استرس حاد از راهبردهای نگرانی و خودتنبیهی بیشتر استفاده می‌کنند. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر، مبنی بر استفاده بیشتر بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد از راهبردهای تنبیه و نگرانی (۱۱)، سازگاری بهتر بر اثر استفاده از راهبردهای کنترل اجتماعی در بیماران مبتلا به PTSD (۱۲) و نقش مهم راهبردهای کنترل فکر غیرانطباقی در نگهداری علائم استرس حاد (۱۱)، قرار دارد. استفاده از راهبردهای کنترل فکر غیرانطباقی مانند

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای راهبردهای کنترل فکر، بازداری پاسخ و علائم استرس حاد در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و بهنجار

متغیر	استرس حاد	بهنجار	k-s	P.V
راهبردهای کنترل فکر				
توجه برگردانی	۱۷/۷ ± ۴/۴	۱۳/۸ ± ۳/۴	۲/۰۱	۰/۱۶
کنترل اجتماعی	۱۶/۶ ± ۴/۹	۱۰/۶ ± ۲/۲	۱/۷۹	۰/۲۰
خودتنبیهی	۲۰/۹ ± ۳/۰	۸/۶ ± ۲/۲	۱/۳۶	۰/۲۹
نگرانی	۲۲/۶ ± ۱/۹	۷/۹ ± ۲۲/۶	۱/۴۷	۰/۲۷
ارزیابی مجدد	۱۵/۴ ± ۴/۴	۹/۹ ± ۲/۴	۲/۰۷	۰/۱۴
کل	۹۴/۷ ± ۱۵/۳	۵۰/۹ ± ۹/۰	۱/۸۹	۰/۱۸
بازداری پاسخ				
زمان خطا	۲۳/۰۵ ± ۲۷/۳	۱۴۳/۵ ± ۲۰/۰	۲/۱۵	۰/۱۱
تعداد خطا	۱۲/۶ ± ۵/۹	۳/۸ ± ۲/۸	۱/۹۸	۰/۱۷
علائم پس از آسیب	۸۶/۳ ± ۸/۹	۴۳/۴ ± ۸/۵	۱/۶۱	۰/۲۲

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یک‌متغیری روی میانگین ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار

متغیر وابسته	DF	MS	F	P	ضرایب اتا
راهبردهای کنترل فکر					
توجه برگردانی	۱	۲۸۸/۸۰	۱۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲
کنترل اجتماعی	۱	۷۲۶/۰۱	۵۲/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
خودتنبیهی	۱	۳۰۸۸/۱۱	۴۶۶/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷
نگرانی	۱	۴۳۲۱/۸۰	۱۳۸/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷
ارزیابی مجدد	۱	۶۹۰/۳۱	۵۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶

این آزمون، قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور بتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو مؤلفه راهبردهای کنترل فکر معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت ۱۷٪ است؛ یعنی ۱۷٪ واریانس مربوطه اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل مؤلفه‌های کنترل فکر می‌باشد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات توجه برگردانی، کنترل

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ بر علائم اختلال استرس حاد

(p) t	ضرایب استاندارد		SE	متغیرهای پیش‌بین
	Beta	B		
(۰/۰۹) -۱/۷۲	-	-۱۱/۴۴۶	۶/۶۵۶	Constant
(۰/۰۰۱) ۱۲/۳۵	۰/۸۱۹	۰/۷۸۷	۰/۰۶۴	راهبردهای کنترل فکر
(۰/۱۶۵) ۱/۴۰۱	۰/۱۲۲	۰/۴۷۰	۰/۳۳۵	تعداد خطا
(۰/۰۰۱) ۴/۴۲۰	۰/۵۱۲	۰/۲۵۲	۰/۰۵۷	زمان پاسخ

$$R=0/864, R^2=0/747$$

ساعت‌ها ادامه داشته باشد. بنابراین وجود افکار مزاحم باعث تداخل در تمرکز می‌شود و بروز تعداد خطای بیشتر و زمان واکنش طولانی‌تری را به دنبال دارد (۳۱). نظریات شناختی تأکید دارند که جلوه‌های هیجانات منفی مثل اضطراب، باعث سوگیری در پردازش اطلاعات می‌شوند و نتیجه آن اشتغال ذهنی فرد و پاسخ به خطر ادراک شده است (۳۰). بدین ترتیب باورهای شخص یا طرح‌واره‌های شناختی ممکن است عامل زمینه‌ساز مهمی در گسترش اختلالات پس از سانحه باشد. به‌طور خاص، وقوع افکار مزاحم و غیرقابل قبول، بخشی از تجربه بهنجار هستند، اما افرادی که اختلالات پس از سانحه را گسترش می‌دهند، باورهای انعطاف‌ناپذیری درباره معنای شخصی از این افکار و معنای فاجعه‌آمیز آنها دارند. اشتغال و درگیری ذهنی با این باورها و افکار، موجب تداخل در تمرکز فرد شده و کندی روانی حرکتی را به همراه دارد و متعاقب آن تعداد خطا در پاسخ‌گویی به تکالیف و صرف زمان بیشتر می‌شود. لذا به نظر می‌رسد که وجود افکار مزاحم و ناخوانده، در فرایند توجه و تمرکز فرد بر تکالیف تداخل ایجاد کرده و تلاش برای مقابله با این افکار باعث اشتغال ذهنی می‌شود و بر پاسخ‌گویی فرد بر تکالیف تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب افراد در پاسخ‌گویی به تکالیف کندتر عمل می‌کنند و تعداد خطای بیشتری نشان می‌دهند.

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ ۷۵٪ از واریانس علائم اختلال استرس حاد را تبیین کرده و از این میان راهبردهای کنترل فکر و زمان پاسخ برای علائم اختلال دارای توان پیش‌بین معناداری بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۲۵٪ واریانس و عوامل باقی‌مانده توسط متغیرهای دیگر مؤثر بر علائم اختلال استرس حاد (نظیر: عوامل زیست‌شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می‌شود. با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که راهبردهای کنترل فکر و زمان پاسخ تأثیرشان بر علائم اختلال استرس حاد قابل ملاحظه بوده است، لذا برای روشن شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. احتمالاً این نتیجه را بتوان با مدل فرانشاخی تبیین نمود. در این مدل اعتقاد بر این است که راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه، حالت‌های تهدید هیجانی را تشدید کرده، انعطاف‌پذیری شناختی را کاهش می‌دهند و باعث ایجاد یا تشدید علائم استرس حاد می‌شوند (۳۲). مطابق با این مدل، نشانه‌های افکار مزاحم و ناخوانده، برانگیختگی و به‌ویژه استفاده از نگرانی یا سبک‌های مقابله‌ای به صورت نشخوار فکری، تلاش برای اجتناب یا سرکوب افکار آسیب و استفاده از راهبردهای متمرکز بر بازبینی تهدید، مشکل‌آفرین می‌باشد و منجر به ماندگاری و پایداری حالت‌های تهدید؛ مانند اضطراب، احساس خطر همیشگی و انعطاف‌ناپذیری می‌شوند (۳۳).

نگرانی و خودتنبیهی، در نگهداری اختلال از طریق افزایش علائم استرس حاد مشارکت می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که از میان راهبردهای کنترل فکر، راهبردهای نگرانی و تنبیه در افرادی که تشخیص استرس حاد دریافت کردند، بیشتر بود. یکی از دلایلی که افراد، پس از آسیب از راهبردهای نامناسبی چون خودتنبیهی و نگرانی استفاده می‌کنند، باورهایی است که درباره افکار مزاحم و ناخوانده دارند. این نتیجه ناشی از این دیدگاه است که تصورات و باورهای ناکارآمد بر چگونگی تفسیر و پاسخ افراد به افکار مزاحم و ناخوانده تأثیر می‌گذارد (۲۸). همچنین این نتیجه با این دیدگاه که معتقد است باورها درباره اهمیت و نیاز به کنترل افکار مزاحم و ناخوانده، بیش‌برآورد کردن تهدید و مسئولیت رویداد، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و افکار وسواس‌گونه، استفاده از خودتنبیهی را در پاسخ به تعدی‌های مزاحم بالا می‌برد، همخوانی دارد. از طرفی خودتنبیهی به‌عنوان یک راهبرد ناکارآمد کنترل فکر، سبب محدود شدن توجه به محرک‌های تهدیدآور و مقابله به‌صورت تلاش برای اجتناب از افکار می‌شود و به این ترتیب از پردازش سازگارانه طبیعی و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار جلوگیری می‌کند و چرخه معیوبی را ظاهر می‌کند (۲۹).

نتایج پژوهش نیز نشان داد که میانگین نمرات بازداری پاسخ (تعداد خطا) در افراد مبتلا به استرس حاد از افراد بهنجار به‌طور معناداری بیشتر است. این نتایج حاکی است که افراد مبتلا به استرس حاد نسبت به افراد بهنجار تعداد خطاهای بیشتری در کارت‌های آزمون استروپ دارند. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر قرار دارد؛ برای مثال افراد مبتلا به PTSD، زمان واکنش طولانی‌تری نسبت به افراد بهنجار دارند، یعنی کندتر از افراد بهنجار عمل می‌کنند و در تمرکز نیز مشکلات بیشتری دارند (۱۷). در پژوهشی، بیماران PTSD حین موقعیت تهدیدآمیز، در تکلیف استروپ عملکرد کندتری داشتند (۱۸). در مطالعه دیگری آزمودنی‌ها وقتی با کلمات منفی روبه‌رو می‌شدند، زمان واکنش بیشتری داشتند که به نظر می‌رسد نادیده گرفتن محرک‌های منفی برای آنان بسیار دشوار است و زمان واکنش بیشتر مربوط به تلاش افراد برای فرونشانی بازنمایی‌ها است (۱۹). در مطالعه دیگر، برخلاف انتظار، افراد مبتلا به آسیب مغزی در مقایسه با گروه دارای مشکلات ارتوپدی عملکرد بدتری نشان ندادند (۲۰). همچنین افراد مبتلا به اختلال استرس حاد به دنبال تجربه رویداد آسیب‌زا، زمان واکنش طولانی‌تری در پاسخ‌گویی به آزمون استروپ نسبت به افراد بهنجار دارند (۳۰). بر این اساس می‌توان بیان کرد که بازداری پاسخ ممکن است دلیلی برای دشواری‌های این افراد در سرکوبی افکار، تصاویر و تکانه‌های مزاحم باشد. وقتی فکر مزاحمی بروز می‌کند، می‌تواند با آشفته‌گی هیجانی، برانگیختگی فیزیولوژیکی و تداخل در تمرکز یا تکمیل تکالیف مربوط باشد که در هر جا و برای دقایق یا حتی

11. Warda G, Bryant RA. Cognitive bias in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy* 1998;36:1177-83.
12. Holeva V, TARRIER N, Wells A. Prevalence and predictors of acute PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy* 2001;32:65-83.
13. Rabiee ZH. The investigation of the executive function among children with attention deficit/ hyperactivity disorder & learning disability & normal children [dissertation]. Ardenil: University of Mohaghegh Ardabili;2008. [Persian].
14. Jones G, Gold JI. How we say no: nor epinephrine, inferior frontal gyrus, and response inhibition. *BIOL Psychiatry* 2009;65:548-49.
15. Alizadeh H. The theory explanation of attention deficit/ hyperactivity disorder: behavioral inhibition pattern and self-control nature. *Research in Exceptional Children's* 2005;3:323-48. [Persian].
16. Kana RK, Keller TA, Cherkassky VL, Minshew NJ, Just MA. Sentence comprehension in autism: Thinking in pictures with decreased functional connectivity. *Brain* 2007;129(9):2484-93.
17. Weiss D, Marmar C. The impact of event scale – revised. In: Wilson J, Keane T, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford;1997.
18. Constans JI, Mc Claskey MG, Vesterling J, Braily K, Mathews A. Suppression of attention bias in PTSD. *Journal of Abnormal Psychology* 2004;113(2):315-23
19. Van Hoff JC, Dietz KC, Sharma D, Bowman H. Neural correlates of intrusion of emotion word in modified stroop task. *International Journal Psychophysiology* 2007;121(3):524-37.
20. Rieger M, Gauggel S. Inhibition of ongoing responses in patients with traumatic brain injury. *Neuropsychological* 2002;40(1):76-85.
21. Delavar A. *The method research of psychology and educational*. Tehran: Virayesh Publisher 2005;99. [Persian].
22. Kaviani H, Alaghand- rad J, Sharifi V, Pournaseh M, Ahmadi Abhari SA. Composite international diagnostic interview. Tehran: Kavian pub;2007. [Persian].
23. Bakhshian F. Comparison of thought control strategies, cognitive appraisal and response inhibition of diseases with acute stress disorder and Posttraumatic stress disorder [dissertation]. Ardebil: University of Mohaghegh Ardabili;2011. [Persian].
24. Lezak M. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press;1994.
25. Emmerik AAP V, Schoorl M, Emmelkamp PMG, Kamphuis JH. Psychometric evaluation of the dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI). *Behavior Research and Therapy* 2006;44:1053-65.
26. Abdi A, Moradi AR, Akramian F. Examining the relation between posttraumatic stress symptoms caused by war and autobiographical memory. *Research in Healthy Psychology* 2009;3:25-34.
27. Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behavior Research and Therapy* 2009;47:1018-23.
28. Abramowitz JS, Deacon BJ, Woods CM, Tolin DF. Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety* 2004;20:70-6.
29. Andrews L, Troop N, Joseph S, Hiskey S, Coyne I. Attempted versus successful avoidance: associations with distress, symptoms, and strategies for mental control. *Personality and Individual Differences* 2002;33(6):897-907.
30. Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ. Processing impairments in OCD: It is more than inhibition. *Behavior Research and Therapy* 2008;46:689-700.

بررسی آزمودنی‌ها فقط از یک استان، انتخاب غیرتصادفی، عدم کنترل متغیرهایی مانند جنسیت، تحصیلات، تأهل، علت اختلال و نوع حادثه، از محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری یافته را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی، امکان تحریف اطلاعات به علت دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی را به‌وجود می‌آورد. پیشنهاد می‌شود این بررسی برای سایر استان‌ها و در گروه‌های جنسیتی و سنی مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم‌دهی نتایج بیشتر شود و نیز از ابزارهایی که جنبه خودگزارشی ندارند، برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. این نتایج نیز تلویحات مهمی در زمینه آسیب‌شناسی و درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد دارد. براساس این نتایج می‌توان در پژوهش‌های آتی، نقش درمان‌های فراشناختی را بر راهبردهای کنترل فکر و بازداری پاسخ بررسی کرد.

تشکر و قدردانی

از ریاست محترم، معاونت پژوهشی و پرسنل سازمان پزشکی قانونی استان مازندران و کلیه مراجعانی که با همکاری آنان اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychological Bulletin* 2002;128:886-902.
2. Bryant RA. Posttraumatic stress disorder and mild brain injury: controversies, causes and consequences. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2003;23(6):718-28.
3. Bryant RA, Harvey AH. Attention bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10:635-44.
4. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66:507-12.
5. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive- behavioral therapy and supportive counseling. *Journal Consulting Clinical Psychology* 1998;66:862-66.
6. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal Psychiatry* 1999;156:360-365.
7. Scarpa A, Wilson LC, Wells AO, Patriquin MA, Tanaka A. Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behavior Research and Therapy* 2009;47:809-13.
8. Wells A, Davies M. The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behavior Research and Therapy* 1994;32:871-78.
9. Reynolds M, Wells A. The thought control questionnaire psychometric properties in a clinical sample, and relationship with PTSD and depression. *Psychological Medicine* 1999;9:1089-99.
10. Roussis P, Wells A. Psychological factors predicting stress symptoms: met cognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping* 2008;21:213-25.

31. Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006;51:407-16.
32. Wells A. *Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: UK: Wiley;2000.
33. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the met cognitive model. *Personality and Individual Differences* 2006;40:111-22.

Archive of SID

SID



ابزارهای
پژوهش



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



تازه های آموزش
آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقالات ISI

آموزش مهارت های کاربردی
در تدوین و چاپ مقالات ISI



تازه های آموزش
روش تحقیق کمی

روش تحقیق کمی



تازه های آموزش
آموزش نرم افزار Word برای پژوهشگران

آموزش نرم افزار Word
برای پژوهشگران