پژوهشی

مقایسه بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد در مرکز پزشکی قانونی استان مازندران

فرشته بخشیان* - دکتر عباس ابوالقاسمی** - دکتر محمد نریمانی***

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی، مسوول مکاتبات
** دانشیارگروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی
*** استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

مقدمه: اختلال استرس حاد با نشانه‌های تجزیه‌ای، تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی بیش از حد مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مورد شاهدی است. نمونه‌های این پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس حاد مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان مازندران و ۴۰ فرد بهنجار مراجعه کننده به این مرکز که با سانحه روبرو شده ولی تشخیص اختلال استرس حاد دریافت نکردند، بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، آزمون استروپ، مقیاس شناخت‌های پس از آسیب و مقیاس ضربه رویداد- تجدید نظر شده استفاده شد.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی مختل در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد از افراد بهنجار به طور معناداری بیشتر است. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی ۹۱٪ از واریانس علایم اختلال استرس حاد را به طور معنی‌داری تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیان می‌کنند که بیماران مبتلا به استرس حاد بازداری پاسخ بیشتر و ارزیابی شناختی مختل‌تری دارند. ارزیابی منفی‌تر از خود و جهان در این بیماران به احساس تهدید منجر شده و به نوبه خود سبب بازداری پاسخ بیشتری می‌شود.

واژگان کلیدی: بازداری پاسخ، ارزیابی شناختی، اختلال استرس حاد

وصول مقاله: ۱۳۹۱/۴/۱۲ تایید مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۲

نویسنده پاسخگو: مازندران، قایم‌شهر، خیابان ساری، خیابان شرافت، کوچه مهر ۷، ساختمان مهیار ۲، طبقه دوم، واحد سمت راست

مقدمه

اختلال استرس حاد (acute stress disorder) یک پاسخ آسیب حاد است که به وسیله تجزیه، تجربه مجدد، اجتناب و علایم بیش برانگیختگی توصیف می‌شود (۱) و پیش‌بینی‌کننده اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد (۲). در DSM IV (۱۹۹۴) تشخیص اختلال استرس حاد به عنوان کوششی برای شناختن افراد آسیب‌دیده حاد که PTSD (post-traumatic stress disorder) را گسترش خواهند داد، عنوان شده است. این تشخیص، واکنش‌های استرس را در ماه اولیه بعد از آسیب توصیف می‌کند. تفاوت عمده بین معیارهای اختلال استرس حاد و PTSD، تاکید اختلال استرس حاد بر علایم تجزیه حاد است (۳).

مواجهه با رویداد آسیب‌زا نسبتاً رایج است. این میزان در دامنه‌ای از ۲۶٪ تا ۸۴٪ برای جمعیت عمومی گزارش شده است. مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۸۰٪ بازماندگان آسیب که در ابتدا از استرس حاد رنج می‌برند، ۶ ماه بعد با ملاک‌های PTSD مطابقت دارند (۷-۵) و بین ۷۵ تا ۸۰٪ ۲ سال پس از آسیب از PTSD رنج خواهند برد (۵). به دنبال بروز اختلال، متغیرهای روان‌شناختی مختلفی تحت تاثیر قرار می‌گیرند که از جمله می‌توان به ارزیابی شناختی، سبک‌های اسناد، عزت نفس و راهبردهای کنترل فکر اشاره کرد (۱۴-۸).

از جمله متغیرهایی که در بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد آسیب می‌بینند، بازداری پاسخ[1] است. بازداری پاسخ عنصر اصلی در کنترل اجرایی می‌باشد که برای رفتارهای انطباقی در محیط پویا و غیرقابل پیش‌بینی مهم است. ناتوانی در بازداشتن پاسخ‌های نامتناسب

1 - response inhibition

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

بـا چندین اختلال شایع نظیر وسواس عملی، اوتیسم، اختلالات پس از سانحـه و اختلال بیش فعالی/ نقص توجه ارتبـاط دارد (۱۵). بازداری پاسخ سه فرایند پیوسته را در بردارد: ۱) بازداری پاسخ غالب ۲) توقف پاسـخ جاری و ایجـاد فـرصت درنـگ در تصمیم‌گیـری برای پاسخ دادن یـا ادامـه پاسخ و ۳) حفـظ ایـن دوره درنگ و پاسـخ‌های خـود فـرمان[2] کـه در این دوره اتفاق می‌افتنـد (۱۶). وقتی بازداری پاسخ روی می‌دهـد، احتمالاً قابل شناسایی نیست زیـرا پاسخ بازداری شده موفقیت‌آمیز- حداقل به صورت رفتـاری- به سادگی پدیدار نمی‌شود. بـازداری پاسخ فرآیندی است که نیازمند میـزان نسبتاً زیادی کنترل شناختـی می‌باشـد و مستلزم آماده شدن بـرای پاسخدهی و عملکرد بازبینـی است (۱۷). ریگر و گوگل (۱۸) بازداری پاسخ‌های مداوم را در افراد مبتلا به آسیب مغزی با بیماران دارای مشکلات ارتوپدیک مقایسه کردنـد. برخلاف انتظار، افـراد مبتلا به آسیب مغـزی عملکرد بدتری نسبت به گروه مورد مقایسه نشان ندادند. جان استون و همکاران (۱۹) در مطالعه بازداری پاسخ و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به ADHD بـه این نتیجه رسیدند که کودکان مبتلا به ADHD در تکالیف مربوط به بازداری پاسخ برای دقت بیشتر سرعت را کاهش می‌دهند. ماسویی و نومورا (۲۰) در بررسی تاثیرات پاداش و تنبیه بر بازداری پاسخ در افراد ضداجتماعی غیربالینی به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای شدت بیشـتر رفتارهای ضداجتماعی در شرایط پـاداش و تنبیه کم افزایش بازداری پاسخ را نشان دادند.

از نقـش واسطه‌ای ارزیابی‌ها (appraisals) در رابطه با مشـکلات رفتـاری و عاطفی و هیجانـی حمایت شده اسـت. در الگوی زیستی- روانـی- اجتماعی (۲۱) نیز استرس شامـل سه مولفه است: مولفه‌های خارجی شامل رویدادهای محیطی است که مقدم بر بازشناسی استرس هستنـد و می‌تواننـد واکنش اسـترس را برانگیزند. مولفـه دوم مولفه درونی اسـترس می‌باشد که شامل مجموعه‌ای از واکنش‌های عصبی و فیزیولوزیکی به استرس اسـت. مولفه سوم، تعامل مولفه‌های داخلی و خارجی، یعنی فرایندهای شناختی فردی هستند.

فـوآ و اهلرس به طـور خاص، سه نـوع از ارزیابی‌هایی که ممکن است بـا اختلالات پس از سانحه مرتبط باشند را مشـخص کردند: ۱) شناخت‌هـای منفی دربـاره خود ۲) شناخت‌های منفـی درباره جهان و ۳) خودسرزنشـی. آگـار، کندی و کینگ دریافتنـد که شناخت‌های منفـی دربـاره خود و جهان با شـدت علایم اختـلال استرس حاد در بیماران دارای آسیب‌های نخاع شوکی همبستگی معناداری دارند (۹). در مطالعـه‌ای بر روی اختلال استرس پـس از سانحه کودکان، به این نتیجه دست یافتند که بیشـتر واریانـس استرس پس از سانحه توسط ارزیابی‌هـای منفی درباره خطر آینده قابـل توجیح می‌باشد. همچنین در مطالعـه‌ای بین شناخت‌هـای منفی درباره خـود و جهان با شدت علایـم اختلالات پس از سانحـه در زمان اقامـت در بیمارستان و سه ماه بعـد از ترخیص در بیماران مبتلا به سکتـه، همبستگی معناداری به‌دست آمده است (۲۱). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد ارزیابی شناختی مختل بیشتری را نسبت بـه بیماران گروه کنترل نشـان دادند (۳). پژوهشـگران در مطالعه‌ای دریافتنـد که شناخت‌های منفـی پس از آسیب به طـور معناداری با تشخیص اختلال استرس حاد و شدت آن مرتبط است (۲۳). وولگاست و همکـاران (۲۴) ارزیابـی شناختی و پذیرش را به عنـوان دو راهبرد تنظیـم هیجان مورد بررسی قـرار دادند و به ایـن نتیجه رسیدند که در مقایسـه با گـروه کنترل، ارزیابی شناختـی و پذیرش باعث کاهش معناداری در پریشانی ذهنی آزمودنی‌ها شد. بودن و همکاران (۲۵) در بررسی خود یافتند که ترکیـب سطوح بالای وضوح هیجانی و فراوانی استفاده از ارزیابی شناختی با شدت پایین‌تر PTSD مرتبط است.

بـا توجه به میزان بالای بروز حوادث در کشـور، پایداری اختلال اسـترس حاد و تبدیل آن به اختـلال استرس پس ضربه، پژوهش‌های بسیـار معـدود در این زمینه، نتایـج متفاوت دربـاره متغیرهای مورد بررسی و تعیین پیش‌بینی کننده‌های علایم اختلال، انجام این پژوهش از اهمیـت و ضـرورت بالایی برخوردار است. لـذا هدف پژوهش حاضر مقایسـه بازداری پاسـخ و ارزیابی شناختی در افـراد مبتلا به اختلال اسـترس حاد و افراد بهنجار و نقـش این متغیرها در پیش‌بینی علایم اختلال استرس حاد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهـش از نوع مـورد - شاهدی است که به صـورت گذشته‌نگر انجـام شده است. در ایـن پژوهش بازداری پاسـخ و ارزیابی شناختی بـه عنـوان متغیرهای وابسته در افراد مبتلا بـه اختلال استرس حاد و افـراد بهنجـار مورد مقایسه قـرار گرفته است. جامعـه پژوهش شامل کلیه بیمـاران مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونـی استان مازندران بود که به علت بروز سانحه آسیب‌زای تصادف جاده‌ای و فشـار استرس ناشی از آن، تشـخیص اختلال استرس حاد دریافت کردند. ۴۰ بیمار مراجعـه کننده بـه مرکز پزشکی قانونـی استان مازنـدران که در اثر مواجهـه با سانحه آسیب‌زای تصادف جاده‌ای و فشـار استرس ناشی از آن، تشـخیص اختـلال استرس حاد را دریافت کردنـد به عنوان گروه آزمون انتخاب شدند. سپس ۴۰ نفر از افرادی که در شرایط استرس‌زای سانحه آسیب‌زای تصادف جاده‌ای قرار داشتند ولی تشـخیص اختلال اسـترس حاد دریافت نکرده بودند، به عنـوان افراد گروه شاهد انتخاب و مـورد مطالعه قرار گرفتنـد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. برای اطمینان از تشخیص روان‌پزشک، از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی استفاده شد و سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد که با دقت به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهـش با روش‌های آمـاری تحلیل واریانس چند متغیـری (مانوا) و رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. حجم نمونـه با استفاده از مطالعات قبلی (۲۶) و با آلفای ۰/۰۵ و بتای ۰/۸۰

2 - self-directing

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

مجموعـا ۸۰ نفـر (هر گروه ۴۰ نفـر) انتخاب گردیـد. همچنین در پژوهش‌های مورد - شاهدی، تعداد آزمودنی‌ها حداقل ۳۰ نفر پیشنهاد شـده است (۲۷) که در این تحقیق برای افزایش اعتبار بیرونی تحقیق در هر گروه ۴۰ آزمودنی انتخاب شد.

ملاک‌هـای ورود عبارت بودنـد از: سن ۲۵ تـا ۵۰ سال، مدرک تحصیلی حداقل سیکل، متاهل بودن، داشتن تشخیص اختلال استرس حاد، فقـدان سابقه بیماری‌های روانی قبلـی و فقدان بیماری جسمی مزمن.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱- مصاحبه تشـخیصی جامع بین‌المللی: مصاحبه تشخیصی جامـع بین‌المللی نسخه اصلی ۱/۲ در ایران ترجمه و تدوین شده است (۲۱). این مصاحبه برای تشـخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد. از نظـر اعتبار مصاحبه تشـخیصی جامع بین‌المللـی، شاخص ویژگی (specificity) بـرای اکثر اختلالات روان‌پزشکی بالاست (بالای ۰/۸۵)، شاخص حساسیت (sensitivity) برای تشـخیص‌ها تـا حدی پایین‌تر است به خصوص برای اختلالات شدید روان‌پزشکی مانند اسکیزوفرنی. سنجش پایایی ابزار به روش 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 به‌دست آمده در دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD تا حد زیادی مشابه یکدیگر بود (۲۸).

۲- پرسشـنامه شناخت‌های پس از سـانحه: این پرسشنامه بـرای سنجـش افکار و عقایـد مرتبط بـا آسیب ساخته شـده است. پرسشنامه شناخت‌های پس از سانحه یک پرسشنامه خودگزارشی ۳۳ آیتمـی است که هر آزمودنی به این آیتم‌ها در یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کامـلاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) پاسـخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونبـاخ برای این آزمون ۰/۹۷ است (۲۹). در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونبـاخ این آزمون را در خـرده مقیاس‌های ارزیابـی منفی از خود، ارزیابی منفی از جهان و خودسرزنشـی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ گـزارش کردند (۹). ضریب آلفای کرونباخ ایـن آزمون در ایران ۰/۹۶ گزارش شده است (۳۰).

۳- آزمون رنگ- واژه اسـتروپ: آزمـون رنگ- واژه استروپ در شکل اصلی خود شامل چهار کارت است: خواندن واژه (کارت اول)، نامیـدن رنگ (کارت دوم) خواندن واژه‌ها بـدون توجه به رنگ (کارت سـوم) و گفتن رنگ واژه‌ها بـدون توجه به چیزی که نوشته شده است (کارت چهارم). هر کارت ۲۵ محرک را نشـان می‌دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ سـتون تنظیم شده‌اند. ضریب پایایی بازآزمایی برای زمان واکنـش مرحله اول ۰/۶ و برای تعداد خطاهای همین مرحله ۰/۵۵ به دسـت آمد. در مرحله دوم آزمایش زمـان واکنش ضریب پایایی ۰/۸۳ و بـرای تعـداد خطاها ضریب ۰/۷۸ محاسبه گردیـد و در مرحله سوم آزمایـش ضریب پایایی برای زمان واکنـش ۰/۹۷ و برای تعداد خطاها ۰/۷۹ بود (۳۱).

۴- مقیـاس ضربـه رویداد-تجدید نظرشـده: مقیاس ضربه رویـداد- تجدید نظر شـده ۲۲ آیتم دارد که به صـورت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. ضریـب آلفای کرونباخ این مقیاس را در دامنه‌ای از ۰/۷۶ تـا ۰/۸۴ به‌دست آمده اسـت (۳۲). همچنین در ایران ضریب همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ، ۰/۹۲- ۰/۷۹) و پایایی بازآزمایی آن خوب گزارش شده است (۳۳). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در ایران ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۰).

روش اجرا

در ابتدا با دریافت معرفی‌نامه از آموزش دانشکده برای مراجعه به پزشکـی قانونی، افرادی که با رویداد آسیب‌زا مواجه شده و تشـخیص اختـلال استرس حاد را دریافت نموده‌انـد، شناسایی شدند. در مرحله بعد برای اطمینان از تشـخیص روان‌پزشک، مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللـی بـرای اختلال استرس حاد در مورد آن‌هـا اجرا شد. بعد از تشخیص، پرسشـنامه‌های مورد نظر در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که با دقت به سووالات پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری داده‌هـا، اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS مـورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در نمونـه مـورد مطالعه ۵۷/۵٪ افـراد استرس حـاد را مردان و ۴۲/۵٪ را زنـان تشـکیل می‌دهند. در گروه استـرس حاد ۱۰٪ دارای مدرک سیکل، ۳۷/۵٪ دیپلم، ۲۵٪ فوق دیپلم، ۲۷/۵٪ لیسانس و بالاتر هستنـد. در گروه بهنجـار ۲۲/۵٪ دارای مدرک سیکـل، ۲۵٪ دیپلم، ۲۷/۵٪ مـدرک فوق دیپلم و ۲۵٪ لیسانس و بالاتر می‌باشند. میانگین و انحـراف استاندارد سنی افراد مبتلا بـه اختلال استرس حاد ۳۷/۰۵ (۷/۶۷) با دامنه ۵۰-۲۵ اسـت. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن افراد بهنجار، ۳۹/۶۰ (۷/۷۳) با دامنه ۵۰- ۲۵ می‌باشد.

میانگیـن و انحراف معیار نمرات ارزیابـی شناختی در افراد مبتلا به استرس حاد و افـراد بهنجار به ترتیب ۱۷۷/۷۱ (۱۱/۱۴) و ۸۴/۵۵ (۲۲/۶۰) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات تعداد خطا در افـراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار به ترتیب ۱۲/۴۰ (۶/۰۳) و ۳/۸۲ (۲/۸۴) است. میانگین و انحراف معیار نمرات زمان پاسخ نیز در افـراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار به ترتیب ۲۳۰/۷۷ (۲۷/۰۱) و ۱۴۳/۵۱ (۲۰/۰۵) اسـت. میانگیـن و انحـراف معیـار علایم پس از آسیب در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و بهنجار به ترتیب ۸۶/۲۵ (۸/۸۷) و ۴۳/۳۸ (۸/۴۶) اسـت. میانگین و انحـراف معیار مولفه‌های ارزیابی شناختی نیز در جدول فوق آمده است (جدول ۱).

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهـت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکـس و لون استفاده شد.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

جدول ۱ – میانگین و انحراف معیار بازداری پاسخ، ارزیابی شناختی و علایم استرس حاد در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و بهنجار

	متغی	استرس حاد M± SD	بهنجار M± SD
ارزیابی شناختی	ارزیابی منفی از خود	۹۸/۸۷±۸/۶۴	۳۱/۴۲±۱۹/۶۴
	ارزیابی منفی از جهان	۳۴/۳۵±۴/۴۶	۳۳/۹۷ ±۴/۸۴
	خودسرزنشی	۲۳/۲۰±۱/۹۷	۱۵/۹۵±۶/۱۸
	کل	۱۷۷/۷۱±۱۱/۱۴	۸۴/۵۵ ±۲۲/۶۰
بازداری پاسخ	تعداد خطا	۱۲/۴۰±۶/۰۳	۳/۸۲±۲/۸۴
	زمان پاسخ	۲۳۰/۷۷±۲۷/۰۱	۱۴۳/۵۱±۲۰/۰۵
علایم پس از آسیب		۸۶/۲۵±۸/۸۷	۴۳/۳۸±۸/۴۶

براســاس آزمون باکس کــه برای هیچ یک از متغیرهــا معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شــده اســت (P= ۰/۵۱ ، F= ۱/۱۴ ، BOX= ۱۸/۲۷). بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است.

نتایــج آزمــون لامبدای ویلکز نشــان داد که اثر گــروه بر ترکیب مولفه‌هــای ارزیابــی شناختــی، بــازداری پاســخ معنــی‌دار می‌باشد [P <۰/۰۰۱ ،F (۷۴،۴) =۱۲/۹۲ ،Wilks Lambda= ۰/۱۲۵]. آزمــون فــوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چنــد متغیره (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابســته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت ۸۸٪ است. یعنی ۸۸٪ واریانــس مربوط به اختلاف بیــن دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

نتایــج تحلیــل واریانــس چند متغیری نشــان داد کــه میانگین نمــرات ارزیابی منفــی از خــود (F= ۱۱۶/۰۹)، ارزیابی منفی از جهان (F= ۳۸۵/۷۹) و بازداری پاسخ (F= ۴۹/۵۱) به طور معنی‌داری در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد از افراد بهنجار بیشــتر است (p<۰/۰۰۱) (جدول ۳) اما میانگین نمرات خودسرزنشــی در افراد مبتلا به استرس حاد و افراد بهنجار تفاوت معناداری ندارد.

بــرای مقایسه میانگیــن نمرات کل ارزیابی شناختــی از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشــان داد که میانگین نمرات ارزیابــی شناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد از گروه بهنجار به طور معنی‌داری بیشتر است (p<۰/۰۰۱، df= ۷۸، t= ۳۸/۲۷).

بــرای تعییــن تاثیر هــر یــک از متغیرهــا، ارزیابــی شناختی و بــازداری پاسخ به عنــوان متغیــر پیش‌بین و علایم اختــلال استرس حــاد به عنوان متغیر مــلاک در معادله رگرسیون چند متغیری تحلیل شدنــد. نتایج نشــان داد که ۹۱٪ از واریانس علایــم توسط متغیرهای مولفه‌هــای ارزیابی شناختی و بازداری پاســخ تبیین می‌شوند. با توجه به مقادیر بتــا، ارزیابی منفی از خــود (Beta= ۰/۹۳۲)، بازداری پاسخ (Beta= ۰/۲۴۹) و ارزیابــی منفی از جهان (Beta= ۰/۱۰۰) به ترتیب به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های علایم اختلال استرس حاد در افراد مبتلا می‌باشند (p< ۰/۰۰۱) (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار بود. نتایج نشــان داد که افراد مبتلا به اختلال استرس حاد در مقایسه با افراد بهنجار ارزیابی شناختی مختل‌تری دارند. نتایج به دست آمده نشــان می‌دهد که افراد PTSD ارزیابی منفی‌تری از خود دارند. این یافته‌ها در راستای تحقیقات دیگر قرار دارند (برای مثال ۲۹، ۳۴، ۹). نظریات شناختی اخیر (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰) بیان می‌کنند که ارزیابی منفی از رویداد و پیامدهای آن بــه ایجاد احساس تهدید جاری منجر شده و باعث نگه‌داری اختلال می‌شود. ارزیابی‌ها به طور گسترده در دو گروه رخ می‌دهد: آن‌هایی که مرتبط با خــود است و آن‌هایی که بر جهان متمرکز است. ارزیابی‌های منفــی خود به دنبال آسیــب می‌تواند بر تغییرات منفــی دیرپا درباره

جدول ۲ – نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد و افراد بهنجار

	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	p	ضریب اتا
ارزیابی شناختی	ارزیابی منفی از خود	۲۱۴۵/۷۴	۱	۲۱۴۵/۷۴	۱۱۶/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۶۰۱
	ارزیابی منفی از جهان	۸۹۹۶۶/۳۹	۱	۸۹۹۶۶/۳۹	۳۸۵/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳۴
	خودسرزنشی	۲/۹۱	۱	۲/۹۱	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۰۰۲
بازداری منفی		۱۰۵۴/۱۶	۱	۱۰۵۴/۱۶	۴۹/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۷۷۵

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری ارزیابی شناختی و بازداری پاسخ بر علایم اختلال استرس حاد

متغیرهای پیش‌بین	MR	ARS	B	SE	Beta	t(Sig)
Consttant			۹/۳۶۳	۶/۱۵۷	___	۱۱/۸۲(۰/۰۰۱)
ارزیابی منفی از خود	۰/۹۳۲	۰/۸۶۶	۰/۵۸۵	۰/۰۲۶	۰/۹۳۲	۲۲/۵۱(۰/۰۰۱)
بازداری پاسخ	۰/۹۴۹	۰/۸۹۸	۰/۸۵۷	۰/۱۷۳	۰/۲۴۹	۴/۹۴(۰/۰۰۱)
ارزیابی منفی از جهان	۰/۹۴۵	۰/۹۰۷	۰/۵۰۳	۰/۱۷۴	۰/۱۰۰	۲/۸۹(۰/۰۱)

خود متمرکز باشد. مطابق مدل اهلرز و کلارک در زمینه اختلالات پس از سانحه، این ارزیابی‌های منفی، پاسخ هیجانی فرد به آسیب را تعیین می‌کنند و راهبردهای شناختی و رفتاری را بنیان می‌نهند که بعداً در نگه‌داری اختلال مشارکت می‌کنند. علی‌رغم اختلافاتی که در نتایج دیده می‌شوند، این همرایی وجود دارد که عقیده درباره خود و ارزیابی منفی منحصر به فرد از خود، نقش مهمی در تکوین و نگه‌داری واکنش‌های پس از آسیب دارد و این که این دیدگاه منفی از خود ممکن است نقش محوری در مسدود کردن بهبود طبیعی متعاقب رویدادهای آسیب‌زا داشته باشد. آن‌ها معتقدند که یکی از منابع ترس شدید و مداوم فرد، ارزیابی‌هایی است که از سانحه و یا نتایج آن براساس ویژگی‌های خود به عمل می‌آورد، ارزیابی منفی از سانحه شامل ارزیابی منفی از هیجان‌های بروز کرده طی واقعه تکان دهنده و ارزیابی منفی از احساسات و فعالیت‌های پیش آمده در طی واقعه تکان دهنده، ادراک منفی پاسخ‌های دیگران و ادراک تغییر پایدار در زندگی بعد از وقوع سانحه می‌باشد (۸). افراد PTSD نسبت به افراد بهنجار، خطر بیرونی را بیش از حد برآورد می‌کنند. شواهد در زمینه اسناد و اختلالات پس از سانحه حاکی است که اسناد رویداد منفی به علل خارجی، پایدار و غیرقابل کنترل به طور معناداری با علائم پس از آسیب مرتبط هستند (۳۵). در مطالعات دیگر گزارش شده است افرادی که علت رویداد منفی را به یک منبع بیرونی اسناد دادند نسبت به آن‌هایی که اسناد درونی داشتند، سطوح بالاتری از علایم پس از آسیب را نشان دادند (۳۶)، لذا افراد مبتلا به استرس حاد با اسنادهای بیرونی و نسبت دادن رویداد آسیب زا به عوامل بیرونی ارزیابی منفی‌تری از جهان به عمل می‌آورند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات خودسرزنشی در افراد مبتلا به استرس حاد از افراد بهنجاربه صورت معنی‌داری بیشتر است ($P< ۰/۰۰۱$). این یافته‌ها در راستای تحقیقات دیگر قرار دارند (۳۷، ۲۹، ۲۳). این مطالعات نشان داده‌اند که خودسرزنشی در افراد آسیب‌دیده به دنبال رویداد آسیب‌زا به طور معناداری بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی با یافته تحقیقی که رابطه‌ای بین خودسرزنشی و شدت علایم اختلال وجود ندارد، مغایر است (۹).

نتایج پژوهش نیز نشان داد که میانگین بازداری پاسخ در افراد مبتلا به استرس حاد از افراد بهنجار به طور معناداری بیشتر است. این نتایج حاکی است که افراد مبتلا به استرس حاد نسبت به افراد بهنجار زمان واکنش بیشتری در کارت‌های آزمون استروپ دارند. در تعداد خطاها نیز افراد مبتلا به استرس حاد از افراد بهنجار به طور معناداری تعداد خطای بیشتری را گزارش کردند. این نتایج در راستای یافته‌های دیگر می‌باشد (۳۹، ۳۸). بازداری پاسخ توانایی فرد برای سرکوب محرک‌های نامربوط و مزاحم است (۴۰). تحقیقات در زمینه بازداری پاسخ در مورد اختلالات پس از سانحه بسیار محدود است اما ادبیات موجود، بیانگر آن است که بازداری پاسخ ممکن است دلیلی برای دشواری‌های این افراد در سرکوب افکار، تصاویر و تکانه‌های مزاحم باشد. وقتی فکر مزاحمی بروز پیدا می‌کند، می‌تواند با آشفتگی هیجانی، برانگیختگی فیزیولوژیکی و تداخل در تمرکز یا تکمیل تکالیف مربوط باشد که می‌تواند مدت‌ها ادامه داشته باشد. بنابراین وجود افکار مزاحم باعث تداخل در تمرکز شده و بروز تعداد خطای بیشتر و زمان واکنش طولانی‌تر را به دنبال دارد. اخیراً مدل‌های شناختی برای مفهوم‌سازی روان‌شناختی در زمینه اختلالات پس از سانحه و درمان شناختی رفتاری مانند مواجهه سازی غلبه دارند و یکی از بهترین مداخلات روان‌شناختی معتبر به حساب می‌آید (۴۱). نظریات شناختی تاکید دارند که جلوه‌های هیجانات منفی مثل اضطراب باعث سوگیری در پردازش اطلاعات شده و نتیجه آن اشتغال ذهنی فرد و پاسخ به خطر ادراک شده است. بدین سان سیستم باورهای شخص یا طرحواره‌های شناختی ممکن است یک عامل زمینه‌ساز مهم در گسترش اختلالات پس از سانحه باشد. به طور 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. بنابراین طرحواره‌های شناختی ممکن است برای توضیح منشاء و نگه‌داری سطوح بالای هیجانات منفی به‌خصوص اضطراب و گناه که مشخصه اختلالات پس از سانحه است مورد استفاده قرار گیرند (۴۲).

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که بازداری پاسخ و ارزیابی شناختی ۹۱٪ از واریانس علایم اختلال استرس حاد را تبیین می‌کند که از این میان ارزیابی منفی از خود و بازداری پاسخ

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

و ارزیابـی منفی از جهـان تغییرات مربوط به علایـم اختلال استرس حـاد را در افراد مبتلا به صورت معنی‌داری تبیین می‌کند (P< ۰/۰۱). این نتیجه نشان می‌دهد که متغیرهای روان‌شناختی دیگری نیز وجود دارنـد که در تبیین علایم اختلال استرس حاد دخالت دارند. اهلرس و کلارک پیشنهاد می‌کنند که شناخت‌های منفی احتمالاً به راهبردهای مقابلـه شناختی و رفتاری مختلفی منجر می‌شوند که اگرچه برآنند که احساس تهدید جاری را کنترل نمایند اما ممکن است واقعاً نشـانه‌های PTSD را به وجود آورده یا تشـدید نمایند. یکی از واکنش‌های اساسی بـه آسیب ناگهانی و غیرمنتظره ماننـد تجاوز، تصادف، بلایای طبیعی، جنگ و ... دوره‌هـای بی‌حسی و کرختی هیجانی و افسردگی است که می‌تواند برای مدت‌هـا ادامه پیدا کند (۸). وجود افسردگی و بی‌حسی و کرختـی روانی در افـراد آسیب‌دیده و کندی روانـی حرکتی که به عنـوان یک خصیصه تشـخیصی اساسی به دنبـال افسردگی بروز پیدا می‌کند بر عکس‌العمل فرد بر محرک‌ها تاثیر گذاشته و باعث کند شدن عملکرد فرد در مواجهه با محرک‌ها می‌شود. بسیاری از تحقیقات نشان داده اسـت که حداقل ۱۷٪ از افراد به دنبال مواجهه با رویداد آسیب‌زا تشخیص افسردگی را دریافت کرده‌اند که این مقدار تا ۵۷٪ نیز گزارش شـده است(۴۱). وجود افسردگی و بی‌حسـی و کرختی روانی در افراد آسیب‌دیده و کندی روانی حرکتی که به عنوان یک خصیصه تشخیصی اساسـی به دنبال افسردگـی بروز پیدا می‌کند بـر عکس‌العمل فرد بر محرک‌هـا تاثیر گذاشته و باعث کند شـدن عملکرد فرد در مواجهه با محرک‌ها می‌شود.

از آن‌جایی که اختلال اسـترس حاد می‌تواند پیش‌زمینه‌ای برای اختلال مزمن PTSD باشد، وجود بخش مشـاوره و روان‌درمانی و ارایه خدمات مشـاوره و روان‌درمانی به افـراد آسیب دیده در مراکز پزشکی قانونـی که مرکز مراجعه اولیه افراد به دنبـال رویداد آسیب‌زا همچون تصـادف است، می‌تواند از گسترش علائم و تبدیل آن به اختلال مزمن PTSD جلوگیری شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای آن تنها در استان مازندران است. همچنین جمع آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خودگزارش دهـی امکان تحریف اطلاعات به علت دفاع‌هـای ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهـی و شیوه‌های معرفی شخصی را به وجود می‌آورد. پیشـنهاد می‌شـود این بررسی برای سایر استان‌هـا و در گروه‌های سنی مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم دهی نتایج بیشـتر شود. همچنین پیشنهاد می‌شـود از ابزارهایی که جنبـه خودگزارشی ندارند بـرای جمع‌آوری داده‌هـا استفاده شـود. این نتایـج تلویحات مهمـی در زمینه آسیب شناسی، پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد دارد.

تشکر و قدردانی

از ریاسـت محترم، معاونت پژوهشـی و پرسنـل سازمان پزشکی قانونـی استان مازندران و کلیه مراجعینـی که با همکاری آنان، اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., revised). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000.

2- Bryant RA, Harvey AG , Guthrie R M , & Moulds ML. Acute psychophysiological arousal and posttraumatic stress disorder: a two year prospective study. Journal of Traumatic Stress. 2003; 16, 439–443.

3- Elsesser K, Freyth C, Lohrmann T, Sartory G. Dysfunctional cognitive appraisal and psychophysiological reactivity in acute stress disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2009; 23, 979–985

4- Koopman C, Classen C, Spiegel D . Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/ Berkely, California, firestorm. Am J Psychiatry. 1994; 151: 888–894.

5- Kessler TC , Berlund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR. & Walters E. Lifetime prevalence and the age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 1995; 62: 593–602

6- 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.

7- Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M , Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. Am J Psychiatry 1999; 156; 360–5

8- Ehlers A, & Clark D M. A cognitive model of

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000; 38, 319–45.

9- Louise Field E, Norman P, Barton J. Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. Behaviour Research and Therapy. 2008; 46, 62–70

10- Feiring C, Taska L,&Lewis M. The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. Child Maltreatment. 2007; 3, 129–42

11- Barrowclough C, Gregg L, Tarrier N. Expressed emotion and causal attributions in relatives of post-traumatic stress disorder patients. Behaviour Research and Therapy. 2008; 46, 207–18

12- Kashdan TB, Uswatte G, Steger MF, Julian T. Fragile self-esteem and affective instability in posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2006; 44, 1609–19

13- Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. Behaviour Research and Therapy. 2009; 47, 1018–23

14- 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. Behaviour Research and Therapy. 2009; 47, 809–13

15- Jones G, & Gold JI. How We Say No: Norepinephrine, Inferior Frontal Gyrus, and Response Inhibition, BIOL PSYCHIATRY. 2009; 65, 548–9.

16- Alizadeh H. The theory explanation of attentional deficit/ hyperactivity disorder: behavioral inhibition pattern and self- control nature. Research in Exceptional Childrens. 2005; 3: 323-348. [Persian]

17- Kana RK, Keller TA, Cherkassky VL, Minshew NJ, Just MA. Sentence comprehension in autism: Thinking in pictures with decreased functional connectivity. Brain 129 (Pt 9). 2007; 2484 –93.

18- Rieger M, Gauggel S. Inhibition of ongoing responses in patients with traumatic brain injury, Neuropsychologia. 2002; 40:76–85.

19- Johnstone SJ, Barry RJ, Valentina M , Dimoska A, Clarke A R . Response inhibition and interference control in children with AD/HD: A visual ERP investigation. International Journal of Psychophysiology. 2009; 72: (2) 145–153.

20- Masui K, Nomura M. The effects of reward and punishment on response inhibition in non-clinical psychopathy. Personality and Individual Differences. 2011; 50(1), 69–73.

21- Bernard L C & Krupat E. Health Psychology: Biopschosocial Factors in Health and Illness, New York, Harcourt Brace College Publishers. 1994.

22- Bryant R A, & Guthrie R M. Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: a study of trainee firefighters. Psychological Science. 2007; 16, 749- 757.

23- Karl A, Rabe S, Zo¨ llner T, Maercker A, Stopa L. Negative self-appraisals in treatment-seeking survivors of motor vehicle accidents. Journal of Anxiety Disorders. 2009; 23, 775–781.

24- Wolgast M, Lundh LG, Viborg G. Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. Behaviour Research Therapy. 2011; 49(12): 858-66

25- Boden MT, Bonn-Miller MO, Kashdan TB, Alvarez J, Gross J J. The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in Posttraumatic Stress Disorder. journal of anxiety disorder, 2012; 26(1), 233-238.

26- Warda G, & Bryant R A. Cognitive bias in acute stress disorder. Behavior Research and Therapy 1998; 36: 1177–1183

27- Delavar A. The method research of psychology and educational. Tehran: Virayesh Publisher 2005; 99. [Persian]

28- Kaviani H, Alaghband- rad J, Sharifi V, Pournaseh M, Ahmadi Abhari SA. Composite International Diagnostic Interview. Tehran: Kavian pub: 2007. [Persian]

29- Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, & Orsillo S M. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Developmentand validation. Psychological Assessment. 1999; 11: 303–14.

30- 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]

31- Lezak M. Neuropsychological assessment. Oxford university press. New York; 1994.

32- Emmerik AAP V, Schoorl M, Emmelkamp PMG, Kamphuis JH, Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

inventory (PTCI). Behavior Research and Therapy. 2006; 44: 1053–65.

33- 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.

34- Startup M, Makgekgenene L, Webster R. The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition?. Behaviour Research and Therapy. 2007; 45. 395–403.

35- Smith K, Bryant RA. The generality of cognitive bias in acute stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000; 38, 709-15.

36- Williams L M. Cognitive inhibition and schizophrenic symptom subgroups. Schizophrenia Bulletin. 1996; 22, 139–51.

37- Weiner, B.1986. An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.

38- Weiss D, & Marmar C. The impact of event scale – revised. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford; 1997.

39- 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.

40- Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ. Processing impairments in OCD: It is more than inhibition. Behavior Research and Therapy 2008; 46: 689–700.

41- Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. Canadian Journal of Psychiatry. 2006; 51, 407–16.

42- Creamer M, Burgess P, & Mcfarlan, Reaction to trauma: a cognitive processing model. Journal of Abnormal Psychology. 2001; 101; 452–9.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]