

نقش افکار خودکشی و نشخوار فکری در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مواجه شده با رویداد آسیب‌زا

معصومه شفیعی

دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه لرستان

سجاد بشرپور

دانشیار روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

حدیث حیدری راد^۱

کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش افکار خودکشی و نشخوار فکری در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مواجه شده با رویداد آسیب‌زا بود. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد آسیب‌دیده تحت حمایت اداره کمیته امداد و بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب در سال ۱۳۹۵ بودند. از میان آنان ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (کن، کادل، تیلور، ۱۹۸۸)، افکار خودکشی بک (بک و استر، ۱۹۹۱) و نشخوار فکری (نولن-هو-کسیما، مورو، ۱۹۹۱) استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مواجه شده با آسیب به‌طور مثبت با افکار خودکشی ($r=0/53$)

^۱. نویسنده مسئول

آدرس پست الکترونیکی: hadeesheidarirad@gmail.com

آدرس پستی: کرمانشاه، گیلان غرب، شهرک شهرداری، کوچه رودکی^۱

وصول: ۱۳۹۵/۰۵/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۱

۰/۰۰۱) و نشخوار فکری ($p < ۰/۰۰۱$; $r = ۰/۵۴$) مرتبط است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۳۸ درصد از کل واریانس علائم اختلال استرس پس از سانحه به وسیله افکار خودکشی و نشخوار فکری تبیین می شود. **واژه‌های کلیدی:** خودکشی، نشخوار فکری، استرس پس از سانحه، واقعه آسیب‌زا.

The role of suicide ideation and rumination in predicting posttraumatic stress disorder (PTSD) in trauma-exposed individuals

Shafiei, M., Basharpour, S., Headarirad, H

(Received: 07, 08, 2016-Accepted: 21, 11, 2016)

Abstract

The purpose of the present study is to examine the role of suicide ideation and rumination in predicting post-traumatic stress disorder (PTSD) in trauma-exposed individuals. This research is a descriptive-correlational study. The statistical population of the study composed of all people under the auspices of Committee on Relief of Martyrs Foundation because of exposure to at least one traumatic event in Gilan-e Gharb city in 2016. Among them, 120 persons were selected using stratified random sampling. Data were collected using Mississippi questionnaires about post-traumatic stress disorder (Keane, Cadell & Taylor, 1988), Beck suicidal thoughts (Beck and Esther, 1991) and rumination inventory (Nolen-Hoeksema, Morrow, 1991). Using Pearson's correlation coefficient, multiple regression analysis and SPSS 20 software, the data were analyzed. The results of the study indicated that symptoms of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed individuals are positively associated with suicidal ideation ($r = 0/53$; $P < 0/001$), and rumination ($r = 0/54$; $P < 0/001$). Regression analysis also showed that 38% of the total variance of the symptoms of post-traumatic stress disorder is explained by suicidal ideation and rumination.

Key words: suicide, rumination, posttraumatic stress, traumatic event

مقدمه

آسیب^۱ بخشی از زندگی همه انسان‌هاست و تأثیرات زیان‌بخش زیادی بر سلامت افراد و روابط بین فردی و اجتماعی می‌گذارد. رویدادهای آسیب‌زا به‌طور مکرر اتفاق می‌افتند و شیوع بالایی دارند (کاواکامی، تسچیا، یومدا، کوئینن، کسلر^۲، ۲۰۱۴). نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ آسیب و اختلالات مربوط به استرس را شامل: اختلال دلبستگی واکنشی، اختلال تعامل اجتماعی بازدارنده شده، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال استرس حاد و اختلالات سازگاری معرفی می‌کند. ویژگی مشترک تمام این اختلال‌ها، قرار گرفتن در معرض یک رویداد استرس‌زا یا آسیب‌زا است که به‌صراحت به‌عنوان یک معیار تشخیصی ذکر گردیده است. ویژگی اصلی اختلال استرس پس از سانحه^۴ این است که فرد یک رویداد آسیب‌زا یا استرس‌زا را تجربه می‌کند و به دنبال آن دچار آشفتگی می‌شود که بیش از یک ماه ادامه می‌یابد که برخی از نشانه‌های آن عبارت‌اند از تجربه مجدد، مانند خاطرات مزاحم، رؤیاهای دردناک، واکنش‌های تجزیه‌ای، فلش بک‌ها، پریشانی شدید و پاسخ فیزیولوژیک به محرک‌های یادآور حادثه است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). این نشانه‌ها باعث اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و تحصیلی افراد مبتلا به علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود و زندگی آن‌ها را مختل می‌کند (چازگروس، هورس، چارنی، برنارد، فورت، بویزو و همکاران^۵، ۲۰۱۱). شایع‌ترین سن ابتلا به این اختلال اوایل بزرگسالی است. بالاترین میزان شیوع در نسل‌های قومی و سیاسی، نیروهای ارتش، بازماندگان تجاوز و اسیران یافت شده است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). در مطالعه‌ای در ایران نشان داده شد که ۳۹ درصد از جانبازان شهر تهران علائم اختلال استرس پس از سانحه را دارند (شفیعی‌کمال‌آبادی، بیگدلی، علوی، کیان‌ارثی، ۱۳۹۳). در مطالعه‌ای شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در گروه جانبازان شیمیایی و غیرشیمیایی به ترتیب ۴۰ و ۲۸/۱ درصد اعلام کردند (محقق مطلق، ممتازی، موسوی‌نسب، عرب، صبوری و صبوری، ۱۳۹۲). نریمانی، بشرپور، قمری‌گیوی، ابوالقاسمی (۱۳۹۲) میزان شیوع رویدادهای

¹ Trauma

² Kawakami, Tsuchiya, Umeda, Koenen & Kessler

³ DSM-5

⁴ Disorder posttraumatic Stress

⁵ Chossegros, Hours, Charnay, Bernard, Fort, Boisson & et al

آسیب‌زا را در دانش‌آموزان دبیرستانی پسر شهر ارومیه ۷۲/۲ درصد گزارش کردند. مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه^۱ را افزایش می‌دهد (گازلی، الکلیت، بالانگ، سالتن، کانا^۲، ۲۰۱۴). این اختلال به دنبال حادثه‌ای که معمولاً خارج از تحمل تجربه فرد باشد، بروز می‌کند. فرد در موقعیت‌های مختلف به محرک‌هایی که موجب این اختلال می‌شود واکنش‌هایی چون؛ ترس شدید، در ماندگی یا وحشت نشان می‌دهد. یادآوری مکرر رویدادها مانند ادراکات و تصاویر ذهنی به‌عنوان محرک موجب تشدید ناراحتی‌های روانی می‌شود که به احساس تجربه مجدد، خطاهای حسی و توهم در فرد منجر می‌شود. فرد معمولاً به شکل آگاهانه‌ای از افکار، احساس‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا اجتناب می‌کند که منجر به یادزدودگی نسبت به جنبه مهمی از رویداد، کاهش علاقه یا مشارکت در فعالیت‌های مهم، احساس بی‌زاری از دیگران و محدودیت دامنه عواطف می‌شود. همچنین این اختلال به بدکاری در کارکردهای اجتماعی و شغلی منجر می‌شود (محقق مطلق و همکاران، ۱۳۹۲). مهم این است که مواجه شدن با حوادث آسیب‌زا، پدیده‌ای متداول، اما بروز اختلال استرس پس از سانحه پدیده‌ای نسبتاً نادر است. به‌طور کلی شیوع این بیماری در جمعیت عمومی ۱ تا ۹ درصد تخمین زده شده است (چازگروس و همکاران، ۲۰۱۱). کشور پرتغال با شیوع ۴۲/۷ درصد در بین کشورهای اروپایی بیشترین میزان اختلالات روانی را دارد (کالداس دی آلمیدا، اکساور^۳، ۲۰۱۳). همچنین در حدود ۱۴/۷ درصد از بزرگسالان کشور پرتغال در معرض متوسط تا شدید آسیب‌زاهای کودک‌کی بودند، با این حال از نظر میزان شیوع آسیب جسمی و جنسی نسبت به کشورهای دیگر پایین بود (دیاس، سالیس، کاروالهو، کاستروال، کلیبر، متاکاردوس^۴، ۲۰۱۴).

در نسخه ارائه شده طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی در مورد اختلال استرس پس از سانحه، به پیامد قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زای مزمن مانند آسیب جسمی و جنسی در دوران کودکی تأکید ویژه‌ای می‌شود (کیلی، رد، روبرتز، ایونز، روبلز، ماتسوموتو و همکاران^۵، ۲۰۱۶). با این حال چنین استرس‌زاهایی اغلب توسط حوادث آسیب‌زای بعدی پنهان

¹ Posttraumatic Stress Disorder

² Ghazali, Elklit, Balang, Sultan & Kana

³ Caldas de Almeida & Xavier

⁴ Dias, Sales, Carvalho, Castro-Vale, Kleber & Mota-Cardoso

⁵ Keeley, Reed, Roberts, Evans, Robles, Matsumoto & et al

می‌ماند. با توجه به ماهیت علائم و ارزیابی بهتر عوامل خطر پیش از آسیب، می‌توان پیشگیری و انتخاب روش‌های درمانی اختلال استرس پس از سانحه را بهبود بخشید (دیگانگی، گومز، مندوزا، جیسون، کیز، کونین^۱، ۲۰۱۳؛ کیلی و همکاران، ۲۰۱۶؛ تیمیمی^۲، ۲۰۱۴). در یک مطالعه که اخیراً در مورد کهنه سربازان جنگ کرواسی انجام شد، بر همبودی جسمی و روانی به‌عنوان علت ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأکید شد. باوجود قرار گرفتن در معرض جنگ، ممکن است ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه در نتیجه عوامل خطر پیش از جنگ مانند آسیب کودکی، نقش مهمی در افزایش این اختلال داشته باشد (بریتوییک، آنتیکوییک، کالیترا، لوسیک، بگ، براجوییک-گیزدیچ^۳، ۲۰۱۵).

این شواهد نشان می‌دهد که مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا خطر احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهد، ولی همه افراد بعد از تجارب آسیب‌زا دچار اختلال استرس پس از سانحه نمی‌شوند. این ناهمخوانی^۴ آشکار بین میزان مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا و شیوع اختلال استرس پس از سانحه این سؤال اساسی را در ذهن مطرح می‌کند که چه عوامل کمک‌کننده و خطرآفرین^۵ برای اینکه شخص پس از مواجهه شدن با حوادث آسیب‌زا به اختلال استرس پس از سانحه دچار شود، تأثیر می‌گذارند؟

به نظر می‌رسد افکار خودکشی^۶ یکی از عوامل مهمی است که بعد از مواجهه با رویداد آسیب‌زا با علائم اختلال استرس پس از سانحه مرتبط می‌باشد. افکار خودکشی به‌عنوان هرگونه افکار خود گزارشی از درگیر شدن در رفتار مربوط به خودکشی تعریف می‌شود (لی، لوربروکس، سگریست^۷، ۲۰۱۷). در اکثر نظریه‌های خودکشی عوامل تنش‌زای زندگی از ویژگی‌های برجسته در اقدام به خودکشی می‌باشد (هاوتون، ساندرز، اوکانر^۸، ۲۰۱۲؛ اوکانر، راسمن، هاوتون، ۲۰۱۲). تنش وخیم و زیاد و تنیدگی شدید، به‌طور معناداری خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (باتونری، روبرت، توماس، رد^۹، ۲۰۰۸).

¹ DiGangi, Gomez, Mendoza, Jason, Keys & Koenen

² Timimi

³ Britvić, Antičević, Kaliterna, Lušić, Beg, Brajević-Gizdić & et al

⁴ Discrepancy

⁵ risk factors

⁶ suicidal ideation

⁷ Li, Loerbroks & Siegrist

⁸ Hawton, Saunders & O'Connor

⁹ Battonari, Roberts, Thomas & Read

شایع‌ترین بیماری‌هایی که با افکار خودکشی در ارتباط است شامل: افسردگی شدید، سابقه خانوادگی اختلال روانی، اقدام به خودکشی قبلی، ناامیدی و اختلالات همراه از جمله اضطراب و سوء مصرف الکل و مواد مخدر می‌باشد (هاوتون، کامابلا، هاو، ساندرز^۱، ۲۰۱۳). بررسی‌های اخیر بیشتر بر ارتباط بین عوامل استرس‌زای زندگی و جنبه‌های مختلف افکار و رفتار خودکشی تمرکز کرده‌اند، همچنین سعی می‌شود حوادث مثبت نیز بررسی شود (لیو، میلر، ۲۰۱۴). شخصیت و تفاوت‌های فردی، عوامل شناختی، جنبه‌های اجتماعی و رویدادهای منفی زندگی نقش کلیدی را در افکار و رفتار خودکشی دارند (اوکانر، نک، ۲۰۱۴). پورحسین، فرهودی، امیری، جانبرزگی، بیداخویدی و نواللهی (۱۳۹۳) نشان دادند که رابطه میان افکار خودکشی با تاب‌آوری و عزت‌نفس منفی و معنادار بود. همچنین متغیرهای اضطراب، افسردگی، سلامت روانی و تنیدگی‌های روزانه دارای همبستگی مثبت با افکار خودکشی بودند.

وقایع تنش‌زای زندگی به‌نوبه خود می‌تواند به عوامل خطرناکی مانند آسیب‌های روانی و افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه منجر گردد و احتمال بروز ایده‌های خودکشی را افزایش دهد (باتونری و همکاران، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد موقعیت‌های استرس‌زای زندگی با درهم ریختن ساختار روانشناسی، فرد را مستعد این اقدام می‌کنند. در واقع، وقتی که حادثه نامطوبعی رخ می‌دهد و فرد احساس اضطراب و تشویش می‌کند، در نظام باورهایش، خود را به دو چیز کاملاً متفاوت و متضاد متقاعد می‌سازد و یکی از آن‌ها را در پیش می‌گیرد که مسلماً همان افکار غیرعقلانی‌اش است (شفیع‌آبادی، ناصری، ۱۳۹۵). مطالعه اورهولسر، برادن، دیتر^۲ (۲۰۱۲) نشان داد که تنش‌های اخیر زندگی فاکتور خطر برای خودکشی موفق می‌باشد (اورهولسر و همکاران، ۲۰۱۲).

استنلی، هورن، جونیر^۳ (۲۰۱۶) در یک بازنگری سیستماتیک از ۶۳ مطالعه که بر روی افراد مواجهه شده با آسیب انجام گرفته بود، به این نتیجه رسیدند که اختلال استرس پس از سانحه، افکار و رفتارهای خودکشی و مرگ‌ومیر در این افراد نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است.

¹ Hawton, Comabella, Haw & Saunders

² Overholser, Braden & Dieter

³ Stanley, Hom & Joiner

مطالعه بنتلیا، فرانک، ریبرو، کلیمانب، فاکسب^۱ (۲۰۱۶) نشان داد که پیش‌بینی طولانی‌مدت افکار و رفتارهای خودکشی در میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه ضعیف است و به همین دلیل پیشنهاد کردند که مطالعات آینده پیامدهای بلندمدت این اختلالات را بیشتر مورد توجه قرار دهند. کارتر، آرنسن، کوردوا، روزک، ریزر، ساپس و همکاران^۲ (۲۰۱۶) در پژوهش خود دریافتند که احتمال افکار و رفتار خودکشی در بیماران مبتلا به دوقطبی نوع I و اختلال استرس پس از سانحه بالاست. مک‌کینی، هرسچ، بریتون^۳ (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که جانبازان با علائم اختلال استرس پس از سانحه، به افسردگی، خشم و خصومت دچار می‌شوند که آن‌ها را در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار می‌دهد. علائم اختلال استرس پس از سانحه به‌طور غیرمستقیم با گرایش به خودکشی از طریق افسردگی و خصومت مرتبط است، ولی با خشم رابطه معنی‌داری به دست نیامد. برک، روجاس، بدور، دوتون، فلدنر^۴ (۲۰۱۷) در پژوهشی بیزاری از خود را به‌عنوان مکانیزم احتمالی که با علائم اختلال استرس پس از سانحه و خطر خودکشی ارتباط دارد، بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که علائم اختلال استرس پس از سانحه خطر اقدام به خودکشی را از طریق افزایش بیزاری از خود پیش‌بینی می‌کند.

یکی از پیامدهای منفی و زیان‌آور رویدادهای آسیب‌زا، نشخوار فکری^۵ است. نشخوار فکری یک نوع گرایش به انجام مکرر تجزیه و تحلیل مشکلات و احساس استرس که در افزایش و تداوم اختلالات خلقی و اضطرابی نقش دارد، تعریف می‌شود (رینز، ویداری، پورترو، اسپجیت^۶، ۲۰۱۷). نشخوار فکری یک مکانیزم شناختی می‌باشد که باعث تشدید و تداوم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی می‌شود (رولی، کلیکامب، کانترکتور، درانجر، آرمور، الهای^۷، ۲۰۱۵).

شناخت افکار ناخواسته یکی از ویژگی‌های برجسته بسیاری از اختلالات بالینی از جمله

¹ Bentleya, Franklin, Ribeiro, Kleimanb & Foxb

² Carter, Arentsen, Cordova, Ruzek, Reiser, Suppes & et al

³ McKinney, Hirsch & Britton

⁴ Brake, Rojas, Badour, Dutton & Feldner

⁵ Rumination

⁶ Raines, Vidaurri, Portero & Schmidt

⁷ Roley, Claycomb, Contractor, Dranger, Armour & Elhai

اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی است (بریون، گریگوری، لیتون، بورگاس^۱، ۲۰۱۰). اختلال استرس پس از سانحه معمولاً در افرادی که تجربه آسیب‌زا دارند وجود دارد و مکانیزم شناختی تفکر مربوط به پس از آسیب می‌تواند در افراد متفاوت باشد، به طوری که نشخوار فکری عمدی نسبت به نشخوار فکری ناخواسته مدت زمان طولانی تری باقی می‌ماند (زوو، وو^۲، ۲۰۱۶). نشخوار فکری مربوط به آسیب و نگرانی می‌تواند شدت اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. خصلت نشخوارگری با شروع اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است و تا حدودی با ارزیابی شناختی از حوادث آسیب‌زا مربوط است ولی با واکنش در معرض آسیب قرار گرفتن تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد. تفکر منفی تکراری به شکل نشخوارگری ممکن است عامل خطری برای شروع اختلال استرس پس از سانحه باشد که پیشگیری و مداخله ضروری است (اسپینهون، پنیکس، کرمپریو، ون‌همرت، الزینگا^۳، ۲۰۱۵).

مانسل و لم^۴ (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خاطرات ناخوشایند در اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی شایع هستند. جین و وانگ^۵ (۲۰۱۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین شدت حادثه و اختلال استرس پس از سانحه رابطه مثبت وجود دارد و نوع خانواده عامل مهمی برای شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه است و نشخوار فکری توانست به طور معنی‌داری علایم اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. میسر-استدمن، شیرد، گلاکسمن، دلگلیش، یل، اسمیت^۶ (۲۰۱۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که علایم اختلال استرس پس از سانحه با حمایت اجتماعی و نشخوار فکری در ارتباط بود و در ادامه نشخوار فکری باعث تداوم نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (میسر-استدمن و همکاران، ۲۰۱۴). رولی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین نشخوار فکری، علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که نشخوار فکری علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی را تشدید می‌کند (رولی و همکاران، ۲۰۱۵).

¹ Brewin, Gregory, Lipton & Burgess

² Zhou & Wu

³ Spinhoven, Penninx, Krempeuiou, Van Hemert, Elzinga

⁴ Mansell & Lam

⁵ Jin & Wang

⁶ Meiser-Stedman, Shepperd, Glucksman, Dalgleish, Yule & Smith

شواهد موجود نشان می‌دهد که مواجهه با حوادث آسیب‌زا یک معضل مهم برای سلامت عمومی افراد است. تجربه حوادث آسیب‌زا پدیده‌ای متداول است که خطر احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهد. اغلب مردم یک رویداد تنش‌زا را تا پایان عمر به یاد دارند مانند فوت یک عزیز، طلاق و ضربه‌های عاطفی، احتمال ابتلا زیاد است، به همین دلیل شناسایی عوامل حفاظتی و خطر آفرین ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه به دنبال تجربه رویدادهای آسیب‌زا می‌تواند اهمیت زیادی داشته باشد. به نظر می‌رسد که افکار خودکشی و نشخوارگری فکری از جمله اولین واکنش‌های روان‌شناختی به رویدادهای آسیب‌زا بوده و می‌تواند به عنوان عامل خطری برای بروز اختلال استرس پس از سانحه در افراد مواجهه شده با رویدادهای آسیب‌زا به حساب بیایند. با توجه به اهمیت این امر پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش افکار خودکشی و نشخوارگری فکری در پیش‌بینی علایم اختلال استرس پس از سانحه پس از مواجهه با رویداد آسیب‌زا انجام گرفت.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۳۹۵ به دلیل مواجهه شدن با حداقل یک رویداد آسیب‌زا (از جمله انفجار مین منجر به نقص عضو، فوت عزیزان)، تحت حمایت اداره کمیته امداد و بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب بودند ($N=1500$). با توجه به حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که به ازای هر متغیر پیش‌بین، ۳۰ نفر ذکر شده است (دلاور، ۱۳۹۵). در این مطالعه به دلیل داشتن دو متغیر پیش‌بین، تعداد ۶۰ نفر کفایت می‌کرد، ولی برای افزایش اعتبار بیرونی مطالعه، تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. با توجه به توزیع متفاوت آزمودنی‌ها در جامعه آماری که نزدیک به ۶۲ درصد آن‌ها زن و ۳۸ درصد آن‌ها مرد بودند، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد تا توزیع آزمودنی‌ها در نمونه آماری متناسب با جامعه باشد. بدین ترتیب ۷۵ زن و ۴۵ مرد به عنوان نمونه انتخاب شد.

اجرای این پژوهش به این صورت بود که بعد از هماهنگی‌های لازم اداری و مراجعه به مراکز کمیته امداد و بنیاد شهید شهر گیلان‌غرب، (در این شهرستان فقط یک مرکز برای

کمیته امداد و یک مرکز برای بنیاد شهید وجود داشت) لیست تمامی مراجعینی که در سال ۱۳۹۵ تحت حمایت مراکز فوق قرار گرفته بودند در اختیار قرار گرفت. بعد از انتخاب نمونه آماری و تبیین اهداف پژوهشی از آن‌ها درخواست شد به پرسش‌نامه‌های مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی، نشخوار فکری و افکار خودکشی که از نوع پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بودند به صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر پاسخ دهند. تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا، داشتن سواد خواندن و نوشتن جهت پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها ملاک‌های ورود و داشتن هر نوع بیماری طبی، عقب‌ماندگی ذهنی و علائم روان‌پریشی و عدم انگیزه برای مشارکت در مطالعه ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه بود. در این پژوهش، تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشته و قبل از تکمیل پرسشنامه رعایت ملاحظات اخلاقی اهداف پژوهش به آن‌ها توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS^۲ تجزیه و تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی^۱: مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی توسط کن، کادل، تیلور^۲ (۱۹۸۸) ساخته شده است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به کار برده می‌شود (کن و همکاران، ۱۹۸۸). این مقیاس شامل ۳۵ آیتم است و شامل تجربه مجدد، کناره‌گیری و کرختی، بیش‌انگیزختگی و خودآزاری است. سه تا از این موارد ارتباط خیلی نزدیک با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال استرس پس از سانحه دارند. آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (غلط، بندرت درست، گاهی درست، خیلی درست، کاملاً درست) پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۰۷ و بالا بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه

^۱ Mississippi

^۲ Keane, Caddell & Taylor

خواهد بود. این مقیاس ضریب همسانی درونی بالایی دارد. این ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز بالا گزارش شده است. این مقیاس از اعتبار بالایی برخوردار است و همبستگی خوبی با دیگر ابزارهای سنجش اختلال استرس پس از سانحه دارد (کن و همکاران، ۱۹۸۸). این مقیاس در ایران توسط گودرزی اعتباریابی و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ گزارش شد (گودرزی، ۲۰۰۳).

مقیاس افکار خودکشی بک: این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤال است که توسط بک و استر در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است (بک و استر، ۱۹۹۱). در این مقیاس هر سؤال دارای سه گزینه است. نمره‌گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سؤال صفر تا ۲ است. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس نمره ۵-۰ وجود افکار خودکشی، نمره ۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ و پایایی هم‌زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس‌های افسردگی و ناامیدی بک دارد (کوچرن^۱، ۱۹۸۳). این مقیاس در ایران توسط انیسی و همکاران بر روی سربازان ایرانی اعتباریابی شده است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است (انیسی، فتحی‌آشتیانی، سلطان‌زاده، امیری، ۱۳۸۵).

نشخوار فکری: پرسش‌نامه نشخوار فکری توسط نولن-هوکسیما و مورو^۲ (۱۹۹۱) ساخته شده است (نولن-هوکسیما، مورو، ۱۹۹۱). این مقیاس ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری پایایی درونی بالایی دارد ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و همبستگی درون طبقه‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند که بیانگر روایی و پایایی بالای این مقیاس است (موریس، رولوف، راسین، فرانکن، میر^۳، ۲۰۰۵).

^۱ Cochrane

^۲ Nolen-Hoeksema & Morrow

^۳ Muris, Roelofs, Rassin, Franken & Mayer

منصوری، بخشی پور رودسری، محمودعلیلو، فخاری (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ درصد گزارش کرده‌اند (منصوری و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

تعداد ۱۲۰ نفر (۴۵ مرد و ۷۵ زن) با میانگین سنی ۳۶/۰۹ سال و انحراف استاندارد ۱۱/۴۶ در این مطالعه شرکت داشتند. از کل ۱۲۰ نفر، از نظر تحصیلات ۵۴ نفر تحصیلات ابتدایی، ۲۰ نفر تحصیلات راهنمایی، ۲۵ نفر تحصیلات دبیرستان، ۱۷ نفر تحصیلات کارشناسی، ۴ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. از نظر وضعیت شغلی ۹ نفر دولتی، ۲۳ نفر شغل آزاد، ۱ نفر بازنشسته و ۸۷ نفر بیکار بودند. از نظر وضعیت اقتصادی ۷۱ نفر درآمد پایین‌تر از ۳۰۰ هزار تومان، ۱۵ نفر بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان، ۲۵ نفر ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان و ۱۰ نفر درآمد بالاتر از یک میلیون تومان داشتند؛ که در این پژوهش شرکت کردند.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای افکار خودکشی، نشخوار فکری و اختلال استرس پس از سانحه

PTSD	نشخوار فکری	زیرمؤلفه‌های افکار خودکشی				M	SD
		تمایل به خودکشی واقعی	آمادگی برای خودکشی	تمایل به خودکشی	افکار خودکشی		
۱۰۴/۷۴	۶۲/۶۵	۱۸/۷۸	۱۸/۰۷	۱۷/۹۵	۵۴/۸۱		
۲۳/۲۲	۱۵/۶۵	۴/۶۲	۴/۲۳	۴/۲۹	۱۱/۸۱		
۱	۰/۵۴**	۰/۴۴**	۰/۴۱**	۰/۵۸**	۰/۵۳**		
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	PTSD	

*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ **معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول ۱ نشان می‌دهد که اختلال استرس پس از سانحه با نشخوار فکری، افکار خودکشی و زیرمؤلفه‌های آن: تمایل به خودکشی، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد ($p < 0/001$).

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون اختلال استرس پس از سانحه بر اساس افکار خودکشی و نشخوار فکری

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE	β	t	P
PTSD		۰/۶۲	۰/۳۸	۳۰/۲۲	۰/۰۰۰					
	افکار خودکشی			۰/۶۷	۰/۱۸	۰/۳۴	۰/۱۸	۰/۳۴	۳/۶۶	...
	نشخوار فکری			۰/۵۶	۰/۱۴	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۳۷	۳/۹۵	...

جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون را گزارش می‌دهد که ۳۸ درصد از کل واریانس اختلال استرس پس از سانحه به وسیله افکار خودکشی و نشخوار فکری تبیین می‌شود. نتیجه آزمون آنوا نیز معرف معنی‌دار بودن مدل رگرسیون می‌باشد ($p < 0/001$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که افکار خودکشی و نشخوار فکری می‌توانند به صورت معنی‌داری اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی نمایند ($p < 0/001$).

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون اختلال استرس پس از سانحه بر اساس زیرمؤلفه‌های افکار خودکشی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE	β	t	P
PTSD		۰/۵۸	۰/۳۴	۱۶/۷۹	...					
	تمایل به خودکشی			۲/۱۸	۰/۱۸۲	۰/۵۲	۰/۱۸۲	۰/۵۲	۴/۵۱	۰/۰۰۱
	آمادگی برای خودکشی			۰/۱۷	۰/۱۷۷	۰/۰۳	۰/۱۷۷	۰/۰۳	۰/۲۲	۰/۸۲
	تمایل به خودکشی واقعی			۰/۳۳	۰/۱۷۵	۰/۰۶	۰/۱۷۵	۰/۰۶	۰/۴۳	۰/۶۶

جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون را گزارش می‌دهد که ۳۴ درصد از کل واریانس اختلال استرس پس از سانحه به وسیله زیرمؤلفه‌های افکار خودکشی تبیین می‌شود. نتیجه آزمون آنوا نیز معرف معنی‌دار بودن مدل رگرسیون می‌باشد ($p < 0/001$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از میان زیرمؤلفه‌های افکار خودکشی فقط تمایل به خودکشی می‌تواند به صورت معنی‌داری اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی نماید ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

حوادث آسیب‌زا هر ساله در سراسر جهان به مرگ و معلولیت میلیون‌ها نفر و آسیب‌های مالی، جانی و روانی بسیار می‌انجامد. این حوادث منبع استرس بزرگی برای بازماندگان به شمار می‌آیند و پیامد روانی و دیرپا بر جا می‌گذارد و خطر احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهند. تحقیقات نشان داده است که پس از وقوع این حوادث انسان‌ها دچار واکنش‌های ناخوشایندی چون اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند. این اختلال یکی از اختلالات شایع روان پزشکی و روان‌شناختی است که متعاقب مواجهه شخص با یک فاجعه یا حادثه‌ای دلخراش ایجاد می‌شود و ناتوانی قابل توجهی در شخص به وجود می‌آورد. در راستای شناسایی عوامل خطر آفرین این اختلال در افراد مواجهه شده با رویدادهای آسیب‌زا، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش افکار خودکشی و نشخوار فکری در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مواجهه شده با رویداد آسیب‌زا انجام گرفت.

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که افکار خودکشی و زیرمؤلفه‌های آن: تمایل به خودکشی، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی با اختلال استرس پس از سانحه ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت و از میان زیرمؤلفه‌های آن فقط تمایل به خودکشی توانست به صورت معنی‌داری علایم اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. این نتایج با یافته‌های استنلی و همکاران (۲۰۱۶)، بنتلیا و همکاران (۲۰۱۶)، کارتر و همکاران (۲۰۱۶)، مک‌کینی و همکاران (۲۰۱۷)، برک و همکاران (۲۰۱۷) همخوان می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد افرادی که به میزان زیادی اندیشه خود تخریبی و طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه دادن به زندگی خود را دارند، علایم اختلال استرس پس از سانحه بیشتری را گزارش می‌دهند. بر اساس نظریه بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن‌ها برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند و از آنجایی که انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند، بنابراین ناکارآمد و ناباورند. از سوی دیگر، سازوکار اولیه درگیر در ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی‌های روان‌شناختی، چگونگی مقابله یک فرد با فشارهاست و مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای زندگی می‌تواند استرس‌زا باشد و از راهبردهای غیر انطباقی نظیر اجتناب یا انکار استفاده

می‌کند (برون، هامون، کراسکی، ویکنز^۱، ۱۹۹۵).

بنابراین می‌توان این‌طور استنباط کرد، افرادی که به‌صورت انعطاف‌ناپذیری این افکار ناکارآمد را در ذهن خود نگهداری می‌کنند، هنگامی که با یک رویداد آسیب‌زا مواجه می‌شوند، فشار روانی زیادی در آن‌ها ایجاد می‌شود، به همین دلیل ممکن است مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا برایشان سخت شود و در نتیجه بیشتر در معرض آسیب‌هایی از جمله تمایل به افکار خودکشی و اقدام به انجام آن قرار گیرند.

در مطالعه‌ای تأکید شده است که قرار گرفتن در معرض خشونت و یا آسیب ممکن است باعث افزایش احساس افسردگی شود و همچنین روی توانایی مواجهه با استرس تأثیر بگذارد و بنابراین به پیامدهایی نظیر افکار خودکشی و تلاش برای خودکشی بیانجامد (دیوریس، واتس، یوشیاما، کیس، بلیما، دیویسا و همکاران^۲، ۲۰۱۱)؛ بنابراین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه فرد را مستعد اضطراب کرده و در نتیجه به‌جای واکنش مناسب به رویدادهای تنیدگی‌زا، با آشفتگی و تشویش به آن‌ها عکس‌العمل نشان می‌دهد در نتیجه افراد را مستعد ایده‌پردازی خودکشی می‌کند. (گلدستون، والریت، مک‌کوون، پادی، لوبل^۳، ۲۰۱۰).

آمادگی مزاجی برای ابتلا به استرس، تعیین‌کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و غوطه‌ور شدن در افکار و رفتار خودکشی است و در این میان تجارب کودکی و عوامل ژنتیکی و محیطی بسیار تأثیرگذار هستند (ملی، جوهانسیون، فریس، هاهر، جوا، لارسن و همکاران^۴، ۲۰۱۰). بررسی‌های انجام‌شده درباره استرس بر این نکته تأکید دارند که کیفیت رفتار، تنها ناشی از استرس نیست، آنچه سلامت رفتار را پیش‌بینی می‌کند، شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های رویارویی با آن است (توئیتس^۵، ۱۹۸۶). راهبردهای رویارویی، میانجی حوادث استرس‌زا و پیامدهایی مانند اضطراب، آشفتگی روان‌شناختی و شکایات بدنی است (گارلو، روزنبرگ، مور، هاس، کوئیستر، هندین و همکاران^۶، ۲۰۰۸). بر پایه دیدگاه تبادل، استرس پیامد تعامل فرد با محیط است و ارزیابی شناختی رویدادها و توانایی مقابله با آن‌ها

¹ Brown, PHammon, Craske & Wickense

² Devries, Watts, Yoshihama, Kiss, Blima, Deyessa & et al

³ Goldston., Walrath, McKeon, Puddy, Lubell & et al

⁴ Melle, Johannessen, Friis, Haahr, Joa, Larsen & et al

⁵ Thoits

⁶ Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin & et al

نقش اساسی را در این رابطه بر عهده دارد. این ارزیابی، تعامل فرد و محیط را معنا می‌بخشد و واکنش هیجانی به موقعیت را تغییر می‌دهد (شریدان و رادماچر^۱، ۱۹۹۲).

برخورد با صحنه‌ها و مواردی که سوانح مختلف را در خود دارد، به دلیل اینکه این سوانح مختلف بوده و افراد مختلف را در سنین مختلف و با شرایط ناگوار تحت تأثیر قرار می‌دهد و همچنین به دلیل ترس و دلهره و آثار سوء روانی که بر روی افراد می‌گذارد تا مدت‌ها اثرات این اختلالات استرسی در افراد باقی مانده و باعث روان‌پریشی و شکل‌گیری افکار خودکشی می‌گردد؛ بنابراین باید دست‌اندرکاران سلامت روان در رابطه با ارتباط معنی‌داری که بین علایم اختلال استرس پس از سانحه و افکار خودکشی وجود دارد، اقدامات مناسب را به عمل آورند.

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نشخوار فکری ارتباط مثبت و معنی‌داری با اختلال استرس پس از سانحه دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که نشخوار فکری می‌تواند به صورت معنی‌داری علایم اختلال استرس پس از سانحه را پیش‌بینی کند. این نتایج همسو با نتایج یافته‌های مانسل و لم (۲۰۱۴)، جین و وانگ (۲۰۱۴)، مینسر-استدمن و همکاران (۲۰۱۴)، رولی و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد افرادی که به میزان زیادی در مورد پیش‌بینی دلایل و پیامدهای رویدادهای آسیب‌زا اشتغال ذهنی دارند، علایم پس‌آسیبی بیشتری را گزارش می‌کنند. معمولاً نشخوارگری فکری سازوکارهایی را ایجاد می‌کند که به عوامل خطرناک متفاوت برای اختلالات روانی تبدیل می‌شود و در واقع به بیشتر شدن فشارها و کم شدن حمایت اجتماعی و خوش‌بینی و روان‌رنجوری بیشتر منجر می‌گردد (نولن-هوکسیما و داویس^۲، ۱۹۹۹). نشخوارگری فکری به ندرت بر روی موضوع خاصی فعال می‌شود و به صورت غیرارادی و غیرقابل کنترل اتفاق می‌افتد. پژوهش‌های قبلی تأیید می‌کنند که نشخوارگری فکری در اختلال استرس پس از سانحه شایع است. افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه دارای افسردگی نیز هستند. افسردگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به عنوان تأییدی بر نشخوارگری فکری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است (بیرر، میچال^۳، ۲۰۱۱). همچنین اختلال

¹ Sheridan & Radmacher

² Davis

³ Birrer & Michael

استرس پس از سانحه باعث افسردگی در فرد می‌شود که سبب می‌شود فرد در روابط اجتماعی خود احساس نقص و انزوا کند که به خودی خود حمایت اجتماعی کمتری را نیز دریافت می‌کند. این افراد نمی‌توانند سلامت روان خود را حفظ کنند و نمی‌توانند با شرایط متغیر درونی و بیرونی کنار بیایند. در نتیجه این انزوای درونی، به جای دریافت کمک و حمایت از جانب دیگران، به دلیل ضعف در روابط بین فردی، به درون خود متمایل می‌شوند و نشخوار فکری را به عنوان راهی می‌پندارند که به آن‌ها در حل مشکلاتشان یاری می‌کند و نشخوار فکری بیشتر، فاصله گرفتن از دیگران و انزوای اجتماعی بیشتری را به وجود می‌آورد و یک دور باطل را نیز ایجاد می‌کند؛ که این افکار مداوم و نشخوار فکری باعث بیشتر شدن استرس پس از سانحه می‌شود که سلامتی فرد را به خطر می‌اندازد.

همچنین نتایج این مطالعه با نتایج بشرپور، شفیعی و دانشور (۲۰۱۵) همخوان می‌باشد که آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان نشخوارگری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به طور معنی‌داری بالاتر از افراد بدون اختلال استرس پس از سانحه است، آن‌ها همچنین اظهار کردند که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به میزان زیادی در مورد پیش‌بینی دلایل و پیامدهای رویدادهای آسیب‌زا اشتغال ذهنی دارند (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۵). افراد آسیب‌دیده‌ای که دچار اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی شده‌اند، بیشتر از افراد افسرده‌ای که دچار حوادث آسیب‌زا نشده‌اند، به نشخوارگری فکری می‌پردازند. نشخوار فکری از طریق حوادث استرس‌زای زندگی افزایش می‌یابد و باعث شروع افسردگی و علائم اضطراب در بزرگسالان می‌شود (میچل، مک‌لاگن، لین، شپرد^۱، نولن-هوکسیما، ۲۰۱۳). همچنین مطالعات قبلی نشان داد بین نشخوار فکری، علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که نشخوار فکری علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی را تشدید می‌کند (رولی و همکاران، ۲۰۱۵). ویژگی‌های خاصی از نشخوار فکری مانند اجبار به ادامه نشخوار، وقوع افکار غیرمولد، چرا و چگونگی سؤالات و همچنین احساسات قبل و بعد از نشخوارگری فکری، به طور قابل توجهی همراه با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه است. نشخوارکنندگان فکری معتقدند که

^۱ Michl, McLaughlin & Shepherd

آن‌ها از طریق نشخوار فکری سود روان‌شناختی بیشتری کسب می‌کنند، همچنین سبک پاسخ نشخوار فکری در رشد اختلالات روانی و شدت بخشیدن به آن‌ها مؤثر است (نولن-هوکیما و همکاران، ۱۹۹۳). یافته مطالعه حاضر تصریح می‌کند که در فرایند درمان اختلالات روانی، توجه به محتوای تفکر و سبک‌های تفکر بیماران حائز اهمیت فراوان است.

در کل نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ممکن است نشخوار فکری بر روی دلایل و پیامدهای منفی و زیان‌آور مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا و افکار خودکشی مرتبط با چنین رویدادهایی می‌تواند در علایم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مواجه شده با آسیب نقش داشته باشد. ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم چون نوع رویداد آسیب‌زا و شدت علائم پس‌آسیبی و استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان ارزیابی علی را فراهم نمی‌کند محدودیت‌های عمده مطالعه حاضر بودند. با توجه به بالابودن فراوانی خودکشی در افراد مواجه شده با رویداد آسیب‌زا توصیه می‌شود راهبردهای پیشگیرانه‌ای بر مبنای شناسایی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و درمان آن‌ها و نیز آموزش خانواده‌ها برای تشخیص این بیماری‌ها پایه‌گذاری شود. همچنین با توجه به آسیب‌پذیری متفاوت زنان و مردان به رویدادهای آسیب‌زا بررسی تفاوت‌های جنسی در متغیرهای پیش‌بین این مطالعه پیشنهاد می‌شود. نتایج این مطالعه بکارگیری درمان موج سوم تعهد و پذیرش را به‌عنوان یک روش پیشگیرانه و مداخله در علایم پس‌آسیبی پیشنهاد می‌کند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری‌های مشفقانه ریاست و کارکنان کمیته امداد و بنیاد شهید شهرستان گیلان غرب که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند و کلیه مددجویان تحت حمایت، شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- انیسی، جعفر؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ سلطانی‌نژاد، عبدالله؛ امیری، ماندانا (۱۳۸۵). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در میان سربازان. مجله طب نظامی، دوره ۸، شماره ۲، صص ۱۱۸-۱۱۳.
- پورحسین، رضا؛ فرهودی، فرزاد؛ امیری، محسن؛ جانبرزگی، محمود؛ رضایی بیداخویدی، اکرم؛ نواللهی، فاطمه (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در

- دانشجویان دانشگاه تهران. مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی، دوره ۲، شماره ۱۴، صص ۴۰-۲۱.
- دلاور، علی (۱۳۹۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: انتشارات رشد.
- شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۹۵). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شفیعی کمال آبادی، مرضیه؛ بیگدلی، ایمان اله؛ علوی، کاوه؛ کیان ارثی، فرحناز (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلالات شخصیت در بین جانبازان شهر تهران. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۶، شماره ۱، صص ۶۵-۷۶.
- گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (اشل). مجله روانشناسی، ۲۷(۲)، صص ۱۷۸-۱۵۳.
- محقق مطلق، سیدجعفر؛ ممتازی، سعید؛ موسوی نسب، سید نورالدین؛ عرب، عطیه؛ صبوری، الهام؛ صبوری، امین (۱۳۹۲). بررسی علائم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان شیمیایی در مقایسه با جانبازان مذکر غیر شیمیایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره ۵۶، شماره ۶، صص ۳۶۸-۳۶۲.
- منصوری، احمد؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ محمودعلیلو، مجید؛ فرنام، علیرضا؛ فخاری، علی (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار. مجله مطالعات روان‌شناختی، دوره ۷، شماره ۴، صص ۷۴-۵۶.
- نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاده؛ قمری گیوی، حسین؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). تأثیر پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک بر بهبود دانش‌آموزان دارای علائم پس‌آسیبی (پس از سانحه). مجله تازه‌های علوم شناختی، دوره ۱۵، شماره ۲، صص ۶۲-۵۰.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), fifth edition, (DSM 5). (2013). American psychiatric publishing, Washington, DC London, England.
- Basharpoor, S., Shafiei, M., & Daneshvar, S. (2015). The Comparison of Experimental Avoidance, Mindfulness and Rumination in Trauma-Exposed Individuals With and Without Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in an Iranian Sample. Archives of Psychiatric Nursing, 29, 279-283.
- Battonari, K., Roberts, J., Thomas, S., & Read, J. (2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a cognitive and behavioral activation in a case of chronic treatment-resist depression. Cognitive and behavioral practice, 15, 376-386.
- Beck, A. T., and Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bentleya, K. H., Franklınb, I. C., Ribeirob, J. D., Kleimanb, E. M., Foxb, K. R., Nockb, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review. 43, 30-43.
- Birrer, E., & Michael, T. (2011). Rumination in PTSD as well as traumatized and non traumatized depressed patients: Across-Sectional clinical study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1, 17, 17-52.
- Brake, C. A., Rojas, S. M., Badour, CH. L., Dutton, C. E., Feldner, M. T. (2017). Self-disgust as a potential mechanism underlying the association between PTSD and suicide risk. Journal of Anxiety Disorders, 47, 1-9.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. Psychological Review, 117, 210-232.

- Britvić, D., Antičević, V., Kaliterna, M., Lušić, L., Beg, A., Brajević-Gizdić, I., Kudrić, M., Stupalo, Z., Krolo, V., Pivac, N. (2015). Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 81–92.
- Brown, G. P., Hammon, C. L., Craske, M. G., Wickense, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities in depressive symptoms, *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3, 431 - 435.
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1o Relatório. Lisboa. Retrieved from.
- Carter, J. M., Arentsen, T. J., Cordova, M. J., Ruzek, J., Reiser, R., Suppes, T., Ostacher, M. J. (2016). Increased Suicidal Ideation in Patients with Co-Occurring Bipolar Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of Suicide Research*.
- Chossegros, L., Hours, M., Charnay, P., Bernard, M., Fort, E., Boisson, D., Sancho, P. O., Yao, S. N., Laumon, B. (2011). Predictive factors of chronic posttraumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accident Analysis and Prevention*, 43, 471–477.
- Cochrane, R. (1983). *The social creation of mental illness*. Addison -Wesley Longman.
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro-Vale, I., Kleber, R. J., Mota-Cardoso, R. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância–Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11, 103–120.
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33, 728–744.
- Devries, K., Watts, C. H., Yoshihama, M., Kiss, L., Blima Schraiber, L., Deyessa, N & et al. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73, 79-86.
- Ghazali, S. R., Elklit, A., Balang, R. V., Sultan, M. A., Kana K. (2014). Preliminary findings on lifetime trauma prevalence and PTSD symptoms among adolescents in Sarawak Malaysia. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 45-49.
- Goldston, D. B., Walrath, C. M., McKeon, R., Puddy, R. W., Lubell, K. M., Potter, L. B., & Rodi, M. S. (2010). The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 3, 245-256.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American foundation for suicide prevention college screening project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Hawton, K., Comabella, C. C., Haw, C., Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal Affective Disorders* 147, 1–3, 17–28.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–2382.
- Jin, Y., Wang, G. (2014). Individual risk factor for PTSD in adolescents from the 2010 earthquake in yushu: the predictor effect of rumination. *Journal of Psychiatry*, 17, 6, 1994-8220.
- Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C., Kessler, R. C. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of Psychiatric Research*. 53, 65-157.
- Keane, T. M., Caddell, T. M., & Taylor, L. (1988). Mississippi scale for combat PTSD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 1, 85-90.
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Robles, R., Matsumoto, C., Brewin, C. R., Cloitre, M., Perkonig, A., Rousseau, C., Gureje, O., Lovell, A. M., Sharan, P., Maercker, A. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 109–127.
- Li, J., Loerbroks, A., Siegrist, J. (2017). Effort–reward Imbalance at Work, Parental Support, and Suicidal Ideation in Adolescents: A Cross-sectional Study from Chinese Dual-earner Families. *Safety and Health at Work*, 8, 1, 77-83.

- Liu, R. T., Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34, 181–192.
- Mansell, W., & Lam, D. (2014). A preliminary study of autobiographical memory in remitted bipolar and unipolar depression. *Memory*, 12, 437–446.
- Meiser-Stedman, R., Shepperd, A., Glucksman, E. D., Dalgleish, T., Yule, W., Smith, P. (2014). Thought control strategies and rumination in youth with acute stress disorder and posttraumatic stress following single-event trauma. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24, 1, 47-51.
- Melle, I., Johannessen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K & et al. (2010). Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Archives Suicide Research*, 14, 2, 158-70.
- McKinney, J. M., Hirsch, J. K., Britton, P. C. (2017). PTSD symptoms and suicide risk in veterans: Serial indirect effects via depression and anger. *Journal of Affective Disorders*, 214, 100-107.
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 2, 339-352.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105–1111.
- Nolen-Hoeksema, S., Marrow, J., & Fredricson, B. I. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 2, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). Thank for sharing that: Ruminators and their social support networks. *Journal of Psychology*, 77, 801-814.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 200, 330–335.
- O'Connor, R. C., Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *The Lancet Psychiatry*, 1, 73–85.
- Overholser, J. C., Braden, A., Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high risk groups during high times. *Journal clinical psychology*, 68, 3, 349-361.
- Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Portero A. K., Schmidt, N. B. (2017). Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*, 113, 15, 63-67.
- Roley, M. E., Claycomb, M. A., Contractor, A. A., Dranger, P., Armour, C. H., Elhai, J. D. (2015). The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 180, 15, 116-121
- Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology: Challenging the biomedical model*. New York: John Wiley & Sons.
- Spinhoven, P. H., Penninx, B. W., Krempeniou, A., Van Hemert, A. M., Elzinga, B. (2015). Trait rumination, predicts onset of Post-Traumatic Stress Disorder through trauma-related cognitive appraisals: A 4-year longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 101-109.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25-44.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54, 419-423
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208–215.
- Zhou, X & Wu, X. (2016). The relationship between rumination, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after earthquake: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 242-248.