

Model of Severity of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Teenagers Based on Alienation and Temperament and Character Traits with the Mediating Role of Metacognitive Beliefs

Beheshti, E., Monirpoor, *N., Zargham, M.

Abstract

Introduction: Post-traumatic stress disorder may be observed at any age, it is more common in teenagers due to accelerating factors. This study has aimed to provide a model of the severity of symptoms of post-traumatic stress disorder based on alienation and temperament and character traits with the mediating role of metacognitive beliefs in teenagers. This study aimed to present of a model of the severity of post-traumatic stress disorder symptoms based on alienation and temperament characteristics with the mediating role of metacognitive beliefs in teenagers.

Method: descriptive correlation and structural equation modeling was used in the study. The statistical population includes all secondary school students in the city of Qom who were in the academic year 2018-2019. 421 students (105 boys and 316 girls) were selected by the convenience sampling method and completed temperament and character inventory, alienation, metacognitive beliefs, and PTSD symptom severity. To analyze the data, a structural equation method was used with Imus software. **Results:** The results of the structural equation modeling showed that the measured model has a good fit with the conceptual model. The results of the model analysis showed that the direct effects of temperament and character and alienation and indirect effects with the mediation of metacognitive beliefs are significant on the severity of post-traumatic stress disorder symptoms ($p < 0.05$). Metacognitive beliefs also had a direct and significant effect on the severity of PTSD symptoms ($p < 0.05$). **Conclusion:** The findings from the study showed that the loss of social support affected by alienation leads to a decrease in individual psychological resistance in facing crises and incidents, as well as metacognitive beliefs via creating concern about hypervigilance and focused attention on oneself causes the severity of post-traumatic stress disorder symptoms. Thus, it is possible to point out the influence of temperament, and character, alienation, and metacognitive beliefs on the mental health of teenagers in families.

Keywords: metacognitive beliefs, alienation, temperament, severity of post-traumatic stress disorder symptom.

ارائه مدل شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب در نوجوانان بر اساس بیگانگی و ویژگی‌های سرشت و منش با نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی

ابراهیم بهشتی^۱، نادر منیرپور^۲، مجید ضرغام^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۳

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از آسیب در هر سنی ممکن است مشاهده شود، در نوجوانان به دلیل زمینه‌های تسریع کننده شایع تر است. پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب بر اساس بیگانگی و ویژگی‌های سرشت و منش با نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی در نوجوانان بود.

روش: نوع پژوهش حاضر توصیفی همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. در این پژوهش جامعه آماری، شامل تمام دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه شهر قم که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که از این میان ۴۲۱ دانش‌آموز (۱۰۵ پسر و ۳۱۶ دختر) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سرشت و منش، بیگانگی، باورهای فراشناختی و شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب را تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری با نرم‌افزار ایموس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد مدل اندازه‌گیری شده پژوهش با مدل مفهومی برآزش مطلوب دارد. نتایج تحلیل مدل نشان داد متغیرهای پیش‌بین سرشت و منش و بیگانگی به صورت مستقیم و بیگانگی بصورت غیرمستقیم با میانجی‌گری باورهای فراشناختی بر شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب دارای تأثیر معنادار بودند ($p < 0.05$). همچنین متغیر باورهای فراشناختی دارای تأثیر مستقیم و معنادار بر شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب بود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که از دست دادن حمایت‌های اجتماعی متأثر از بیگانگی منجر به کاهش مقاومت روانی فردی در مواجهه با بحران‌ها و حوادث می‌شود همچنین متغیر باورهای فراشناختی با ایجاد نگرانی در مورد گوش به زنگی و توجه متمرکز بر خود باعث شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب می‌شود. لذا می‌توان اثرگذاری سرشت و منش، بیگانگی و باورهای فراشناختی بر سلامت‌روان نوجوانان در خانواده‌ها را گوشزد کرد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، بیگانگی، سرشت و منش، شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

مقدمه

مرتبه بالاتر که شامل کنترل فعال بر فرآیندهای شناختی است، یکی از عوامل مهمی است که در ایجاد و حفظ علائم روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، علائم جسمی، اختلالات مربوط به تروما نقش مهمی دارد (۷، ۸، ۹).

از آنجایی که توانایی‌های فراشناختی ناآشکار در نوزاد دو ماهه رشد یافته است (۱۰). بنابراین منطقی است که عقاید فراشناختی مرتبط با اختلالات روانشناختی نیز در اوایل کودکی شکل بگیرد؛ به این صورت که تجربه رویدادهای تروماتیک آسیب‌زا در اوایل کودکی منجر به شکل‌گیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی و فعال‌سازی سندرم شناختی - توجهی می‌شود (۱۱). بر اساس مدل فراشناختی اختلال استرس پس از آسیب و لژ، رویدادهای آسیب‌زا باعث واکنش به استرس و نشانه‌های مرتبط با آن، می‌شود. این واکنش عادی به استرس، شامل افکار مزاحم، برانگیختگی و پاسخ‌های مبتنی بر توجه است. تداوم این واکنش‌ها به مدت چند روز یا چند هفته پس از رویداد آسیب‌زا، جنبه انطباقی دارد چون با حفظ حالت آمادگی ارگانیسم، برخورد با خطر احتمالی را امکان‌پذیر می‌کند. بر این اساس، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب درگیر یک فرآیند خوداصلاحی برای سازگاری و ترمیم اثرات روانی و عاطفی آسیب‌روانی هستند. این فرآیند خوداصلاحی «فرآیند انطباقی بازتابی»^۲ نامیده می‌شود.

مدل فراشناختی علائم هیجانی را به عنوان بخشی از بهبودی طبیعی مفهوم‌سازی می‌کند و بر اصلاح مجموعه خاصی از عوامل روانشناختی دخیل در تنظیم ناسازگاری تفکر که سازگاری روانشناختی را مختل می‌کند، تمرکز می‌کند. طبق مدل پریشانی روانشناختی غیرطبیعی و مداوم ناشی از باورهای فراشناختی (یعنی باورهای مربوط به تفکر) است که باعث ایجاد یک سبک تفکر ناسازگار به نام سندرم شناختی - توجهی می‌شود (۱۲). سندرم شناختی - توجهی با پردازش خودارجاعی منفی مانند نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید و استراتژی‌های مقابله‌ای که اثرات ناخواسته‌ای دارند مشخص می‌شود. باورهای فراشناختی پشت سندرم شناختی - توجهی به عنوان باورهای مثبتی که به سودمندی نگرانی مربوط می‌شوند (یعنی "نگرانی به من کمک می‌کند تا قبل از اینکه خیلی دیر شود مشکلات را

آسیب‌روانی می‌تواند منجر به پریشانی قابل توجه، اختلال عملکردی و ایجاد علائم روانی مرتبط با تروما شود (۱). قرار گرفتن در معرض حوادث آسیب‌زا می‌تواند منجر به ایجاد طیف وسیعی از اختلالات سلامت‌روان، از جمله اختلال استرس پس از آسیب شود. در یازدهمین نسخه از طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها (سازمان بهداشت جهانی)، اختلال استرس پس از آسیب در سه علائم ("تجربه مجدد در اینجا و اکنون"، "اجتناب" و "احساس تهدید دائمی") تعریف شده است (۲). اختلال استرس پس از آسیب برای نخستین بار در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش سوم نگاشته شد. پیش از آن، اختلال استرس پس از آسیب با نام‌هایی مانند نوروژ جنگ یا موج انفجار شناخته می‌شد. دلیل این نام‌ها این بود که این اختلال روانی بیش‌تر در سربازانی دیده می‌شد که در میدان‌های جنگ بودند. میزان بروز اختلال استرس پس از آسیب در طول عمر بین ۹ تا ۱۵ درصد و شیوع آن در طول عمر ۸ درصد جمعیت کلی تخمین زده می‌شود. بین گروه‌های در معرض خطر که افراد آن رخداد‌های آسیب‌زا را تجربه کرده بودند، میزان شیوع اختلال در طول عمر ۵ تا ۷۵ درصد بوده است. میزان شیوع در طول عمر بین ۱۰ تا ۱۲ درصد برای زن‌ها و ۵ تا ۶ درصد برای مردها است (۳). هرچند اختلال استرس پس از آسیب در هر سنی ممکن است مشاهده شود، اما در سنین نوجوانی دارای اهمیت بیشتری می‌باشد (۴). مطالعات شیوع‌شناسی نشان می‌دهد که ۴۳ درصد از کودکان و نوجوانان بطور مستقیم و غیرمستقیم با انواعی از حوادث استرس‌زا مواجه می‌شوند (۵). برآوردها حاکی از آن است که ۵ تا ۴۳ درصد از کودکان دچار حادثه، مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب خواهند شد و بسیاری از آن‌ها از افسردگی، اضطراب یا سایر اختلالات سلامت‌روان رنج می‌برند (۶).

از میان چندین نظریه‌ای که درخصوص نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب مطرح شده است تبیین مدل فراشناختی اختلال استرس پس از آسیب و لژ است که در چند دهه اخیر، یکی از رویکردهای مهم در تدوین نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب بوده است. فراشناخت تفکر

2. RAP: Reflexive Adaptation Process

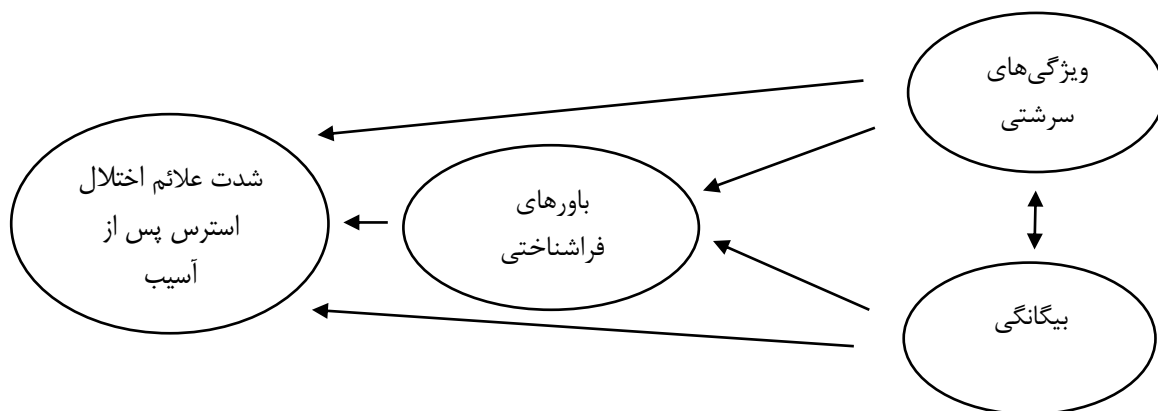
1. World Health Organization

به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم شدت اختلال استرس پس از آسیب در کودکان و همچنین زنان قلمداد می‌شود (۲۴، ۲۵). افرادی که سطح بالایی از بیگانگی نسبت به دیگران دارند، به احتمال زیاد فرصت ارزیابی مجدد تجربه تروما را از دست می‌دهند، که مانع اثربخشی مواجهه درمانی برای اختلال استرس پس از آسیب می‌شود. این پدیده ممکن است نتیجه فقدان اثرات مفید حمایت اجتماعی باشد، به این صورت که آن‌ها کلمات یا رفتارهای دیگران را به طور منفی تفسیر می‌کنند (۲۶).

یکی از مدل‌هایی که بر رابطه عوامل سرشتی و شخصیتی پرداخته است، مدل هفت عاملی روانی - زیست‌شناختی شخصیت کلونینجر می‌باشد. این مدل از چهار بعد سرشتی ذاتی شامل نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار تشکیل شده که فرض می‌شود این ابعاد جنبه وراثتی مستقل داشته و در طول زندگی و در حالات خلقی افراد پایدار است. ابعاد سرشتی در واکنش‌های هیجانی خودکار (خشم، ترس و دلبستگی) و واکنش‌های رفتاری خودکار مربوط (فعال‌شدگی، بازداري و تداوم رفتار) در پاسخ به محرک‌های محیطی خاص (تازگی، خطر و پاداش) درگیر می‌باشند. سه بعد منشی اکتسابی مدل کلونینجر یعنی خود راهبردی، همکاری و خودفراروی هستند. این ابعاد، اهداف، ارزش‌ها و هیجان‌های خودآگاهانه را در برمی‌گیرند که به نظر می‌رسد تحت تأثیر پختگی و یادگیری اجتماعی قرار می‌گیرند (۲۷). براساس مطالعات، سرشت افراد بهترین پیش‌بینی‌کننده برای اضطراب و اختلالات مرتبط است (۲۸). نتایج مطالعات درمیان ۱۳۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب در مقایسه با ۶۵ نفر گروه کنترل نشان داد که بین ویژگی‌های سرشت و منش با اختلال استرس پس از آسیب رابطه معناداری وجود دارد. بالاترین نمرات مربوط به ابعاد اجتناب از آسیب و خودفراروی و پایین‌ترین نمرات مربوط به خودراهبری و همکاری گزارش شد (۲۹). همچنین در مطالعات دیگر هر دو ویژگی‌های سرشت و منش را مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد، اجتناب از آسیب بالا و خودگردانی و همکاری پایین در افزایش شدت اختلال استرس پس از آسیب در بین بازماندگان بمباران شهر اوکلاهما قابل ذکر است (۳۰). مؤلفه‌های روابط موضوعی و عوامل سرشتی به عنوان شاخصی برای تشخیص سطح

پیش‌بینی‌کننده و باورهای فراشناختی منفی که بر غیرقابل کنترل بودن و مضر بودن نگرانی تمرکز دارند، مفهوم‌سازی می‌شوند (یعنی "نگرانی من" غیر قابل کنترل است؛ نگرانی بیش از حد باعث بازگشت بیماری من می‌شود) باورهای فراشناختی منفی در اختلال عملکرد روانی اهمیت ویژه‌ای دارند زیرا منجر به احساس از دست دادن کنترل تفکر و احساس تهدید فعلی از خود شناخت می‌شوند (۱۳). در یک پژوهش منسجم فراتحلیلی، با موضوع "مدل فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه و درمان فراشناختی برای اختلال استرس پس از آسیب"، از میان ۱۳ مقاله که تأثیر مؤلفه‌های مدل فراشناختی اختلال استرس پس از آسیب را بر شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب را بررسی کردند (۱۴)، ۹ مورد از این مطالعات، ارتباط قوی و نیرومندی را نشان دادند. در سایر پژوهش‌ها نیز نشان داده شد که راهبردهای کنترل فراشناختی اجتناب تجربی و سرکوب فکر با علائم اختلال استرس پس از آسیب مرتبط است (۱۵، ۱۶). از دیگر متغیرهای این پژوهش که می‌تواند بر شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب مؤثر باشد بیگانگی است. همانطور که جان‌تی. کسپیو، رئیس سابق انجمن علوم روانشناسی استدلال کرد، "طبعاً، ما موجوداتی اجتماعی هستیم"، زمانی که افراد مجبور به انزوا شوند، در نتیجه احساس بیگانگی برانگیخته می‌شود (۱۷). بیگانگی به عنوان از دست دادن ارتباط با خود و دیگران و احساسات منفی اتفاقی تعریف می‌شود که معمولاً به صورت احساس تنهایی، کنترل‌ناپذیری، ناامیدی و غیره نشان داده می‌شود (۱۸). در یک پژوهش فراتحلیلی، اثر ارزیابی از خودبیگانگی بر علائم اختلال استرس پس از آسیب در بزرگسالان مورد بررسی قرار گرفت (۱۹) که شواهد تجربی مهمی را بر رابطه بین این دو متغیر ارائه می‌دهند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بیگانگی به طور قابل توجهی با علائم جسمی و روانی و همچنین رفتارهای مشکل‌ساز (مثلاً مصرف الکل و بزهکاری) در بین نوجوانان مرتبط است (۲۰، ۲۱). نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهد که از خود بیگانگی به شدت، پیش‌بینی‌کننده سلامت روان ضعیف و پریشانی‌های مرتبط با تروما است (۲۲)، و ارزیابی بیگانگی تأثیرگذارترین پیش‌بینی‌کننده پریشانی مربوط به تروما در میان رایج‌ترین طبقه‌های ارزیابی است (۲۳). علاوه بر مطالعات قبلی، ارزیابی بیگانگی

علائم اختلال استرس پس از آسیب، هم برای توسعه نظریه و هم برای مداخلات بالینی دارای ارزش بالقوه است (۳۳). تا به امروز، هیچ مرور منسجم و مدونی، رابطه بین سرشت و منش، بیگانگی و باورهای فراشناختی را با علائم اختلال استرس پس از آسیب در نوجوانان در معرض ضربه راه، علی رغم پیامدهای بالینی و پژوهش‌های مهم قبلی، مورد ارزیابی و مطالعه قرار نداده است. بنابراین مسئله پژوهش حاضر بررسی این سؤال است: مدل پیش‌بینی شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب در نوجوانان بر اساس بیگانگی و ویژگی‌های سرشت و منش با نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی در نوجوانان از برازش خوبی برخوردار است؟ در ادامه مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است:



نمودار (۱) مدل مفهومی پژوهش

۲۰ پارامتر وجود دارد، برای کسب نتیجه مطلوب تقریباً از نسبت ۲۰ به ۱ استفاده شد و تعداد ۴۲۱ دانش‌آموز (۱۰۵ پسر و ۳۱۶ دختر) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های سرشت و منش، بیگانگی، باورهای فراشناختی و پرسشنامه شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب، به صورت آنلاین در اختیار دانش‌آموزان قرار داده و مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش داشتن حداقل ۱۵ و حداکثر ۱۹ سال سن و ملاک خروج، عدم رضایت دانش‌آموزان در تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

ابزار

۱. پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از آسیب می‌سی‌سی‌پی: این آزمون یک مقیاس خودگزارشی است که در

1. Mississippi posttraumatic stress disorder scale

آسیب کلی امکان پیش‌بینی مرضی را فراهم می‌نمایند و چنانکه تکالیف تحولی مهمی نظیر اعتماد و خودمختاری در دوران کودکی به خوبی شکل نگیرد، فرد را به سوی اختلالات روانی سوق می‌دهد در این میان بیگانگی مؤلفه روابط موضوعی است که می‌تواند منجر به بی‌معنایی زندگی وجدایی از دیگران گردد (۳۱). به طوری که این انزوا و بیگانگی به احساس طرد شدن، حقارت و احتمالاً افسردگی که یکی از مهمترین عوامل زمینه‌ساز اختلال استرس پس از آسیب است منجر شود (۳۲). اگرچه پژوهش‌های زیادی در رابطه با مدل شناختی به طور گسترده بر ارزیابی‌های منفی متمرکز شده است اما تعداد زیادی از مطالعات نشان می‌دهد که ارزیابی‌های ویژه، از جمله ارزیابی بیگانگی، در رابطه با

روش

طرح پژوهش: نوع مطالعه پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود که با روش تحلیل معادلات ساختاری انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این مطالعه بر اساس آمار آموزش و پرورش استان قم ۴۰۷۴۲ نفر دانش‌آموز پسر و دختر مقطع دوم متوسطه که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند اعلام شد. برای انتخاب حجم نمونه براساس پیشنهاد کلاین (۳۴) برای مطالعاتی که از روش معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، حداقل حجم نمونه برای هر پارامتر برآورده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و ۲۰ به ۱ مطلوب تلقی می‌شود. پارامترهای محاسبه شده از مجموع تعداد مسیرها، واریانس متغیرهای برون‌زا، کواریانس و واریانس خطا بدست می‌آید. از آنجایی که در این پژوهش

احساس انزوای اجتماعی و احساس تنفر از خویشتن می‌باشد. قائمی‌فر (۳۷)، برای بررسی مقدماتی پایایی این مقیاس به منظور استفاده از آن در پژوهش خود، این مقیاس را روی ۱۲۸ آزمودنی اجرا کردند که پایایی این ابزار ۰/۹۱ و روایی آن ۰/۷۷ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

۴. پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز^۱: پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط ولز و کارترایت-هاتون در سال ۲۰۰۴، تدوین شد. شامل ۳۰ سؤال بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه‌ای شامل موافق نیستم (نمره ۱)، تاحدی موافقم (نمره ۲)، موافقم (نمره ۳)، و خیلی موافقم (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. پنج خرده مقیاس آن شامل: ۱. باورهای مثبت درباره نگرانی (۰/۹۲)، ۲. باورهای منفی درباره نگرانی (کنترل ناپذیری و خطر) (۰/۹۱)، ۳. اطمینان شناختی (۰/۹۳)، ۴. خودآگاهی شناختی (۰/۹۲) و ۵. لزوم کنترل افکار (۰/۷۲) است (۳۸) و محمدخانی و فرجاد (۳۹) نیز میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۷۱، ۰/۸۳، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: محقق با کسب مجوز از معاونت پژوهش اداره کل آموزش و پرورش استان قم، و قسمت حراست نواحی ۴ گانه شهر، نسبت به در اختیار قراردادن لینک پرسشنامه‌ها به مدیران مدارس و در نهایت دانش آموزان از طریق رسانه مجازی، مکاتبات صورت گرفت. همچنین اهداف پژوهش بصورت روشن، در کنار محرمانه ماندن اسرار آزمودنی (بدون ثبت نام و نام‌خانوادگی افراد) و رضایت در تکمیل پرسشنامه‌ها مورد تأکید قرار گرفت. که در نهایت داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری و با کمک نرم‌افزار ایموس مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر با رعایت اصول معاهده هلسینکی انجام شد و با کد اخلاق

سال ۱۹۸۸ توسط کیان و همکاران تدوین شده که برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب ویژه افراد غیر نظامی به کار می‌رود. این مقیاس ۳۵ گویه دارد و آزمودنی‌ها به این مواد با یک مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند. دامنه کل نمره‌های یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ است و نمره ۱۰۷ به بالا بیانگر وجود اختلال استرس پس از آسیب در فرد است. در مطالعات قبلی، ضریب آلفای ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (۳۴). این مقیاس در ایران اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. به جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست اختلال استرس پس از آسیب و سیاهه پادوا استفاده گردید. ضریب همبستگی مقیاس می‌سی‌سی‌بی هر یک به ترتیب برابر ۰/۲۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است (۳۵). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

۲. پرسشنامه سرشت و منش^۱: این پرسشنامه توسط کلونینجر، در سال ۱۹۹۴ تدوین شد. دارای ۱۲۵ سؤال بوده و هر آزمودنی به این سؤالات با انتخاب یکی از گزینه‌های درست و غلط پاسخ می‌دهد و این سؤالات به صورت صفر و یک (بله و خیر) نمره‌گذاری می‌شوند که با ۱۲۵ سؤال، ۴ خرده مقیاس سرشتی (نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش‌وابستگی و پشتکار) و ۳ خرده مقیاس منشی (خودراهبری، همکاری و خو فراروی) را ارزیابی می‌کند. کاویانی و پورناصح (۳۶) همبستگی درونی مقیاس‌ها را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ۱۲۱۲ نفری برای نوجویی ۰/۷۲، آسیب‌پرهیزی ۰/۸۰، پاداش‌وابستگی ۰/۷۳، پشتکار ۰/۵۵، همکاری ۰/۷۷، خودراهبری ۰/۸۴ و خودفراروی ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

۳. پرسشنامه بیگانگی^۲: پرسشنامه بیگانگی (سیمن، ۱۹۵۹) دارای ۸۳ گویه می‌باشد که بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای شامل غلط (نمره ۱)، کمی درست (نمره ۲)، گاهی درست (نمره ۳)، خیلی درست (نمره ۴) کاملاً درست (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس احساس بی‌قدرتی، احساس بی‌هنجاری، احساس بی‌معنایی،

1. temperament and Character Inventory

2. Alienation Scale

3. metacognitions questionnaire

IR.IAU.QOM.REC.1400.096 به تأیید کمیته اخلاق

دانشگاه نیز رسید.

یافته‌ها

در این بخش به توصیف آمار توصیفی و استنباطی پرداخته شده است. پسران ۱۰۵ نفر و دختران ۳۱۶ نفر تعداد شرکت کننده پژوهش حاضر بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان ۱۶/۳۸ و انحراف معیار ۰/۹۳ بوده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سرشت و منش، بیگانگی، باورهای فراشناختی و اختلال استرس پس از آسیب در جدول ۱ آمده است.

در ادامه به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها در جدول ۲ متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود.

جدول ۱) یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (میانگین، انحراف استاندارد و واریانس)

| تعداد | پایین ترین | بالا ترین | میانگین | انحراف استاندارد | واریانس |
|-------|------------|-----------|---------|------------------|---------|
| ۴۲۱ | ۶/۰۰ | ۲۴/۰۰ | ۱۱/۴۳ | ۴/۲۶ | ۱۸/۱۵ |
| ۴۲۱ | ۶/۰۰ | ۲۴/۰۰ | ۱۳/۳۵ | ۴/۴۴ | ۱۹/۷۸ |
| ۴۲۱ | ۶/۰۰ | ۲۴/۰۰ | ۱۱/۱۱ | ۳/۷۲ | ۱۳/۸۶ |
| ۴۲۱ | ۶/۰۰ | ۲۴/۰۰ | ۱۳/۵۸ | ۳/۴۸ | ۱۲/۱۵ |
| ۴۲۱ | ۷/۰۰ | ۲۸/۰۰ | ۱۹/۲۸ | ۴/۴۰ | ۱۹/۴۳ |
| ۴۲۱ | ۲/۰۰ | ۱۹/۰۰ | ۸/۴۰ | ۳/۳۹ | ۱۱/۵۲ |
| ۴۲۱ | ۲/۰۰ | ۱۸/۰۰ | ۹/۳۴ | ۳/۵۶ | ۱۲/۷۲ |
| ۴۲۱ | ۱/۰۵ | ۱۵/۰۰ | ۸/۰۷ | ۲/۶۵ | ۷/۰۳ |
| ۴۲۱ | ۰/۰۰ | ۵/۰۰ | ۳/۰۶ | ۱/۳۸ | ۱/۹۲ |
| ۴۲۱ | ۰/۰۰ | ۲۳/۰۰ | ۱۵/۴۶ | ۴/۰۱ | ۱۶/۱۲ |
| ۴۲۱ | ۰/۰۰ | ۲۴/۰۰ | ۱۳/۳۳ | ۴/۹۲ | ۲۴/۲۶ |
| ۴۲۱ | ۰/۰۰ | ۱۴/۰۰ | ۸/۸۹ | ۲/۸۶ | ۸/۲۱ |
| ۴۲۱ | ۹۷/۰۰ | ۳۸۷/۰۰ | ۲۰۵/۷۹ | ۴۱/۱۷ | ۱۶۹۵/۱۷ |
| ۴۲۱ | ۴/۹۹ | ۱۳/۳۱ | ۹/۵۰ | ۱/۲۲ | ۱/۴۹ |
| ۴۲۱ | ۶/۲۰ | ۲۴/۸۰ | ۱۳/۷۵ | ۲/۸۵ | ۸/۱۴ |
| ۴۲۱ | ۳۹/۰۰ | ۱۴۸/۰۰ | ۷۹/۴۲ | ۲۱/۱۶ | ۴۴۷/۷۴ |

جدول ۲) ارزیابی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

| متغیر | چولگی | کشیدگی |
|-------------|--------|--------|
| نوجویی | ۰/۴۴۰ | -۰/۲۶۳ |
| آسیب پرهیزی | ۰/۰۶۲ | -۰/۶۳۳ |
| پاداش | -۰/۰۰۹ | -۰/۲۷۰ |
| پشتکار | -۰/۳۶۸ | -۰/۷۳۹ |
| همکاری | -۰/۵۸۶ | -۰/۰۰۹ |
| خودراهبری | -۰/۱۴۱ | -۰/۶۳۳ |
| خودفراروی | -۰/۳۰۹ | -۰/۵۱۴ |
| باور مثبت | ۰/۵۷۵ | -۰/۳۳۲ |
| باور منفی | ۰/۳۱۱ | -۰/۷۹۵ |
| اعتماد | ۰/۷۶۷ | ۰/۵۴۸ |
| کنترل | ۰/۲۲۶ | ۰/۰۶۵ |
| خودآگاهی | -۰/۲۱۹ | -۰/۱۹۷ |

به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای سرشت و منش، بیگانگی و باورهای فراشناختی با شدت علائم استرس پس از آسیب از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که یافته‌های آن در جدول ۳ آمده است.

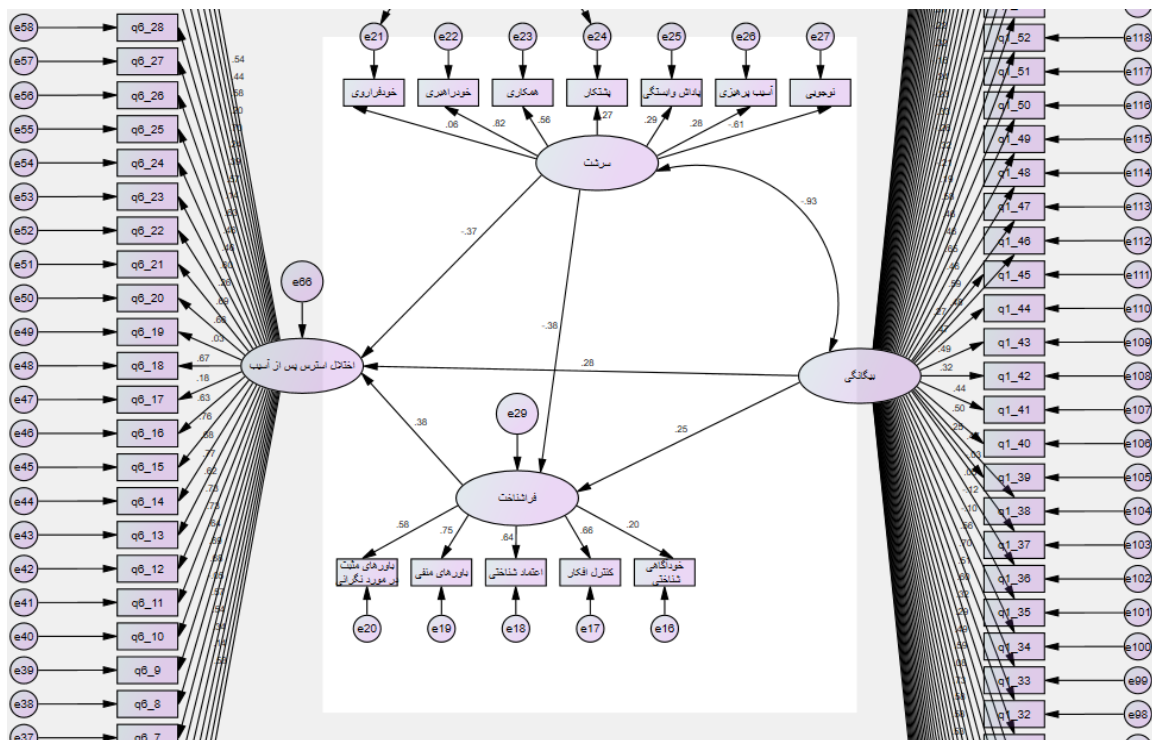
با توجه به اینکه چولگی و کشیدگی در بازه -۱ و +۱ محاسبه شده‌اند، بنابراین متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین با توجه به عدم مشکلی در برازش مدل، نیاز به حذف داده‌های پرت نبوده است.

جدول ۳) ماتریس ضریب همبستگی پیرسون مربوط به متغیرها

| فراشناخت | سرشت | اختلال استرس پس از آسیب | بیگانگی | همبستگی پیرسون | معناداری | تعداد |
|----------|----------|-------------------------|----------|----------------|----------|-------|
| | | | ۱ | | | |
| ۰/۳۶۴** | -۰/۲۹۸** | ۰/۶۳۰** | | همبستگی پیرسون | معناداری | ۴۲۱ |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | | معناداری | تعداد | ۴۲۱ |
| ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | همبستگی پیرسون | معناداری | ۴۲۱ |
| ۰/۴۹۵** | -۰/۲۹۲** | ۱ | -۰/۶۳۰** | معناداری | تعداد | ۴۲۱ |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | | ۰/۰۰۰ | همبستگی پیرسون | معناداری | ۴۲۱ |
| ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | معناداری | تعداد | ۴۲۱ |
| -۰/۰۰۷ | ۱ | -۰/۲۹۲** | -۰/۲۹۸** | همبستگی پیرسون | معناداری | ۴۲۱ |
| ۰/۸۸۳ | | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | معناداری | تعداد | ۴۲۱ |
| ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | همبستگی پیرسون | معناداری | ۴۲۱ |
| ۱ | -۰/۰۰۷ | ۰/۴۹۵** | ۰/۳۶۴** | معناداری | تعداد | ۴۲۱ |
| | ۰/۸۸۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | همبستگی پیرسون | معناداری | ۴۲۱ |
| ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | ۴۲۱ | معناداری | تعداد | ۴۲۱ |

ویژگی‌های سرشت و منش با نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی به دست آمده که در نمودار (۱) آورده شده است.

به منظور ارزیابی مدل پیشنهادی این پژوهش، از روش معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS استفاده شده است. مدل پیشنهادی اولیه برای تبیین شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب بر اساس بیگانگی و



نمودار ۲) برازش مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴) شاخص‌های برازش مدل

| شاخص | کای دو | درجه آزادی | درجه آزادی / مجذور کای | CFI | NFI | RMSRA | TLI | IFI | RFI | GFI |
|-------------|--------|------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| مدل | ۲۲۲۵/۲ | ۸۲۴۸ | ۲/۷ | ۰/۹۸۸ | ۰/۹۸۹ | ۰/۰۲۶ | ۰/۹۷۸ | ۰/۹۹۲ | ۰/۹۷۷ | ۰/۹۶۸ |
| مقدار مناسب | - | - | کمتر از ۳ | بیشتر از ۰/۹ | بیشتر از ۰/۹ | کمتر از ۰/۰۸ | بیشتر از ۰/۹ | بیشتر از ۰/۹ | بیشتر از ۰/۹ | بیشتر از ۰/۹ |

توجه به شاخص‌های برازش به دست آمده تأیید نمود. در جدول ۵ ضرایب استاندارد شده مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پیش‌بین و واسطه‌ای نمایش داده شده است

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۵ آمده است. بر اساس مندرجات جدول ۵، با ارزیابی تمام شاخص‌های برازش، می‌توان نتیجه گرفت مدل مفروض از برازش قابل قبولی با داده‌های پژوهش برخوردار است و می‌توان برازش مدل را با

جدول ۵) ضرایب استاندارد مستقیم، غیرمستقیم و کل

| معناداری | اثر کل | اثر غیر مستقیم | اثر مستقیم | | | |
|----------|--------|----------------|------------|-------------------------|------|---------------|
| *** | -۰/۲۸۱ | - | -۰/۲۸۱ | | PTSD | سرشت <--- |
| *** | ۰/۳۴۷ | - | ۰/۳۴۷ | | PTSD | بیگانگی <--- |
| ۰/۰۰۶ | ۰/۴۷۷ | ۰/۱۱۸ | ۰/۳۴۷ | اختلال استرس پس از آسیب | <--- | فراشناخت <--- |
| ۰/۰۸۴ | -۰/۳۹۱ | -۰/۱۱۰ | -۰/۲۸۱ | اختلال استرس پس از آسیب | <--- | سرشت <--- |
| ۰/۰۰۹ | ۰/۳۸۸ | - | ۰/۳۸۸ | | PTSD | فراشناخت <--- |

منش، بیگانگی و باورهای فراشناختی با شدت علائم استرس پس از آسیب از ضریب ۰/۷۵۸ بدست آمد که معنی‌دار می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب بر اساس بیگانگی و ویژگی‌های سرشت و منش با نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی در نوجوانان انجام شد. نتایج کلی بدست آمده از پژوهش حاکی از آن بود که نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری مدل اندازه‌گیری شده پژوهش با مدل مفهومی برازش مطلوب دارد. نتایج تحلیل مدل نشان داد متغیرهای پیش‌بین سرشت و منش بصورت مستقیم و متغیر بیگانگی به صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری باورهای فراشناختی بر شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب دارای تأثیر معناداری بودند. همچنین متغیر میانجی باورهای فراشناختی دارای تأثیر مستقیم و معنادار بر شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب بود.

نتایج تحلیل نشان داد از میان باورهای فراشناختی به طور مستقیم با ۳۸/۸ درصد قادر بود شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب را تبیین نماید. به ترتیب باورهای منفی، اعتمادشناختی، کنترل افکار، باورهای مثبت درمورد

با توجه به یافته‌های جدول ۵ و ضرایب استاندارد شده مدل، با بررسی روابط بین متغیرها میزان ضریب بتای استاندارد مسیر سرشت و منش به اختلال استرس پس از آسیب ۰/۲۸۱- است که منفی و معنی‌دار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر بیگانگی به اختلال استرس پس از آسیب ۰/۳۴۷ است که مثبت و معنی‌دار می‌باشد. همچنین ضریب بتای استاندارد مسیر فراشناخت به اختلال استرس پس از آسیب ۰/۳۸۸ است که مثبت و معنی‌دار می‌باشد. ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین سرشت و اختلال استرس پس از آسیب از طریق فراشناخت برابر با ۰/۱۱۰- می‌باشد و از آنجایی که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۰۸ و ۰/۱۸۴- است و عدد صفر بین حد بالا و پایین قرار دارد می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر فراشناخت رابطه غیرمستقیم وجود ندارد. همچنین ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین بیگانگی و اختلال استرس پس از آسیب از طریق فراشناخت برابر با ۰/۱۱۸ می‌باشد و از آنجایی که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۲۱۷ و ۰/۰۴۷ است و عدد صفر بین حد بالا و پایین قرار دارد می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر فراشناخت رابطه غیرمستقیم وجود دارد. در نهایت به منظور بررسی مجذور همبستگی چندگانه بین متغیرهای سرشت و

درگیر شوند. این راهبردها (سندرم شناختی - توجهی) با مانع شدن از پردازش هیجانی فرآیند انطباق بازتابی باعث تداوم علائم می‌شوند و با استمرار پردازش محرک‌های مرتبط با تهدید منجر به تداوم اضطراب می‌شوند. علاوه بر فعال شدن فرآیندهای مثبت که پاسخ‌های مقابله‌ای را هدایت می‌کنند، افراد معمولاً باورهای فرآیندهای منفی را در رابطه با معنای علائم در اختیار دارند که به تعبیرهای تهدیدکننده از علائم و اضطراب‌های بعدی منجر می‌شوند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که متغیر باورهای فرآیندهای در نقش متغیر میانجی تأثیر معناداری بین سرشت و شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب نداشت که در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان نقش عوامل ژنتیکی سرشت را در برابر عوامل شناختی مانند فرآیندهای را گوشزد نمود که با مطالعات (۲۹، ۳۰) همسو می‌باشد.

همچنین نتایج دیگر این مطالعه حاکی از آن بود که بین عواملی سرشتی به عنوان متغیر پیش‌بین، ۲۸/۱ درصد شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب را تبیین می‌کند؛ آسیب‌پرهیزی، نوجویی، همکاری، پشتکار و خودراهبری روی رابطه معناداری در شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب را گزارش نمودند که با مطالعات (۲۹، ۳۰) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان عامل آسیب‌پرهیزی بالا دلالت بر فردی محتاط، ترسو، نگران و مشوش دارد که به آسانی عصبی شده و دچار احساس تردید، ترس و ناایمنی بالایی است. این افراد منفی‌گرا و بدبین هستند، سطح انرژی آنان پایین است و احساس خستگی و ناتوانی مزمن دارند که این ویژگی‌ها با ملاک‌های تشخیصی مطرح شده برای اختلال استرس پس از سانحه از جمله: واکنش‌های توأم با ترس و درماندگی و وحشت شدید، کم‌علاقگی و کاهش توجه به امور مهم، بدبینی و احساس بعید دانستن همه چیز، تحریک‌پذیری و فوران خشم و گوش به زنگی هم راستا بوده و درک این تفاوت ابعادی را در چارچوب نظری تسهیل می‌نماید (۵۲). همچنین افرادی که همکاری بالا دارند، خود را به صورت اجزاء یکپارچه اجتماع انسانی مفهوم‌سازی می‌کنند این افراد بردبار، مهربان، حمایت‌کننده توصیف می‌شوند، از طرفی افرادی که سطوح پایین همکاری دارند، افراد خودشیفته، ناشکیبا، تحمل‌ناپذیر، غیر یاری‌رسان، انتقام‌جو و دارای خصومت هستند (۵۳). لذا این عامل می‌تواند تغییرات

نگرانی و خودآگاهی شناختی، بالاترین رابطه معناداری را با شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب گزارش نمودند که همسو با مطالعات (۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵) می‌باشد. در تبیین نتایج بر اساس نظریه‌ی فرآیندهای شناختی اختلال استرس پس از آسیب، اعتقاد بر این است که باورهای ناکارآمد فرآیندهای شناختی، ارزیابی‌های مشکل‌ساز و رفتارهای مقابله‌ای را افزایش می‌دهند، و مانع استفاده از راهبردهای سازگارانه‌تر مقابله با استرس می‌شوند، بنابراین احتمال اینکه فرد در مواجهه با یک موقعیت آسیب‌زا، مشکلات سلامت‌روانی را تجربه کند، بیشتر می‌شود (۴۶، ۴۷، ۴۸). خطا در پردازش شناختی تروما منجر به باورهای تحریف شده در مورد جهان و خود و به عنوان مکانیسم احتمالی اختلال استرس پس از آسیب می‌شود (۴۹). باورهای فرآیندهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر افکار با علائم اختلال استرس پس از آسیب در چهار مطالعه مرتبط است (۵۰). به عبارت دیگر، باورهای فرآیندهای منفی (به عنوان مثال، "نگرانی غیرقابل کنترل و خطرناک است") باعث ایجاد یک پاسخ هیجانی مستقیم (علائم اضطراب و تروما) می‌شود، در حالی که با تشدید نگرانی و فعال کردن فرآیندهای (به عنوان مثال، "من بیش از حد نگران نگرانی هستم")، شدت نشانه‌ها را بیشتر می‌کند. از طرفی باورهای فرآیندهای مثبت در مورد نگرانی، مانند "نگرانی به من کمک می‌کند تا از وقوع حادثه پیشگیری کنم"، با ایجاد نگرانی در مورد گوش به زنگی و توجه متمرکز بر خود باعث افزایش شدت علائم می‌شود. با این حال، نظریه مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی پیش‌بینی می‌کند که، اگرچه باورهای فرآیندهای مثبت در ابتدا فرد را به سمت انتخاب فرآیندهای سندرم شناختی - توجهی (یعنی نگرانی) در پاسخ به افکار یا احساسات منفی، هدایت می‌کنند، اما این باورهای فرآیندهای منفی هستند که «از طریق تقویت کننده شدید» باعث شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب می‌شوند (۵۱) عامل برانگیزاننده موجب فعال‌سازی باورهای فرآیندهای شناختی می‌شوند که شیوه‌های پاسخدهی فرد را به آن عامل برانگیزاننده را هدایت می‌کند در اختلال استرس پس از آسیب، فرآیندهای غیرانطباقی هستند به این دلیل که موجب می‌شوند فرد در فرآیندهایی مانند اندیشناکی، نگرانی یا غلبه بر خلاء حافظه، توجه به تهدید و اجتناب یا سرکوبی افکار مرتبط با رویداد آسیب‌زا

حمایت‌های اجتماعی متأثر از بیگانگی می‌تواند مقاومت روانی فردی در مواجهه با بحران‌ها و حوادث را از بین ببرد (۵۵). سایر مطالعات نیز مؤید این است که فاصله اجتماعی افراد احتمالاً منجر به احساس بیگانگی بیشتر می‌شود که ممکن است در ایجاد مشکلات روانی در عموم نقش داشته باشد (۵۶). نتایج تحلیل‌های آماری رابطه بین بیگانگی و احساسات منفی با اختلال استرس پس از آسیب نشان داد که این دو متغیر، احساسات منفی و بیگانگی، پیش‌بینی کننده علائم اختلال استرس پس از آسیب هستند. این یافته که ارزیابی‌های از خود بیگانگی واسطه مهم روابط بین حوادث دوران کودکی و استرس پس از آسیب بود، نشان می‌دهد که تجربیات منفی اولیه ممکن است بر نحوه ارتباط افراد با خود و دیگران تأثیر بگذارد و در نتیجه خطر ارزیابی‌های منفی و پریشانی بعدی زندگی را افزایش دهد. یافته‌های کنونی حاکی از آن است که رویکردهای روانشناختی که بر فرآیند ارزیابی منفی در اختلال استرس پس از آسیب تمرکز می‌کنند، پشتیبانی می‌شوند و از آنجایی که ارزیابی‌ها قابل مداخله هستند، این امید را که مداخله متمرکز بر بیگانگی می‌تواند علائم استرس پس از آسیب را کاهش دهد برای درمان‌های آینده فراهم می‌کند.

با توجه به طرح دیدگاه‌ها اولاً، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ارزیابی احساس بیگانگی و ویژگی‌های سرشت و منش در کنار باورهای فراشناختی هنگام انجام ارزیابی اختلال استرس پس از آسیب ضروری است. ثانیاً، روان‌درمانگران می‌توانند با کاهش احساس بیگانگی از طریق بازسازی ساختارشناختی، و درمان فراشناختی آن‌ها، یک رویکرد جایگزین برای محافظت از افراد در برابر تجارب آسیب‌زا اتخاذ کنند. علاوه بر این، غربالگری علائم روانی در جمعیت عمومی برای مدیریت سلامت‌روان در طول حوادث و بحران‌ها مهم است. هنگامی که تظاهرات خفیف یا متوسط اختلالات هیجانی شناسایی شد، کمک‌های اولیه بهداشت‌روان برای کاهش خطر اختلال استرس پس از آسیب ضروری است. علاوه بر این، باید توجه ویژه‌ای به وضعیت روانی بعدی این افراد داشت، زیرا آن‌ها در معرض خطر اختلال استرس پس از آسیب بیشتری هستند. لذا بر اساس پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد در مطالعات آتی، تمرکز ویژه به سمت ارزیابی بیگانگی، باورهای فراشناختی و

شدت علائم اختلال استرس پس از آسیب را به طور منفی تبیین نماید. در نظریه روانی - زیستی کلونینجر پشتکار یک بُعد شخصیتی مثبت و سازنده محسوب می‌شود. طوری که این عامل با بسیاری از اختلالات روانی رابطه معکوس دارد. طبق نظریه کلونینجر اگر افراد از پشتکار بالاتری برخوردار باشند، میزان آسیب‌پذیری آن‌ها نیز پایین تر خواهد بود (۲۷). افراد نوجویی بالا، در تمایل به تبدیل سریع خلق، برانگیختگی، اکتشاف، کنجکاوی، به آسانی خسته شدن، تکانشگری و بی‌نظمی دارند. مضرات این ویژگی شخصیتی، به خشم مفرط و قطع رابطه سریع زمانی که خواست‌های آن‌ها با ناکامی مواجه می‌شود که به ناسازگاری در روابط و عدم ثبات در تلاش‌ها منجر می‌شود. لذا با توجه به ویژگی‌های شخصیتی مذکور، می‌توان احتمال تأثیرگذاری این نشانه‌ها بر شدت علائم استرس پس از آسیب را در نظر گرفت. نمره پایین در بعد خودراهبری نشانه منش ضعیف و شکننده و ناتوانی در انسجام بخشی و هدایت فردی می‌باشد همان‌طور که اکثر مطالعات نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلالات روانی، خودراهبری پایینی دارند این یافته‌ها از این نظر حمایت می‌کند که بطور کلی خودپنداره رشد نیافته یک عامل آسیب‌زا برای عواطف منفی است (۵۴). بنابراین احتمالاً با توجه به نوجوان بودن نمونه پژوهش و استرس‌های وارده بر افراد در این دوره زندگی، پایین بودن بعد خودراهبری می‌تواند اختلال استرس پس از آسیب بالاتری را گزارش نماید.

همچنین نتایج مطالعات نشان داد که متغیر بیگانگی با $34/7\%$ درصد شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب را تبیین می‌کند که با مطالعات (۱۹، ۲۳) همسو می‌باشد. مطالعات ارتباط معنادار قابل توجهی از بیگانگی را در ایجاد علائم اختلال استرس پس از آسیب در بزرگسالان را نشان می‌دهد که با نتایج شناسایی شده در نوجوانان مطابقت داشت. این رابطه در پرتو مفهوم بیگانگی و ویژگی‌های اختلال استرس پس از آسیب معقول است. براساس نظریه سیمن تمامی ویژگی‌های بیگانگی شامل، احساس بی‌معنا بودن، ناتوانی، بی‌هنجاری و انزوای اجتماعی با علائم مرتبط با اختلال استرس پس از آسیب، مرتبط هستند. بیگانگی منجر به فقدان ارتباط کارآمد با دیگران و انزوا و کناره‌گیری‌های اجتماعی خواهد شد (۲۶) و از طرفی از دست دادن

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association. 2013.
5. Barzilay R, Calkins ME, Moore TM, Wolf DH, Scott JC, Jones JD, Benton TD, Gur RC, Gur RE. Association Between traumatic Stress Load, Psychopathology, and Cognition in the Philadelphia Neuro Developmental Cohort. *Psychological Medicine*.2018; (49): 325-334.
6. Dyregrov A, Yule W, Olf M. Children and Natural Disasters. *European Journal of Psycho Traumatology*.2018; (9): 9-11.
7. James A, Wells A. Death Beliefs, Superstitious Beliefs and Health Anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002; 41(1), 43-53.
8. Melli G, Carraresi C, Poli A, Bailey R. The Role of Metacognitive Beliefs in Health Anxiety. *Personality and Individual Differences*.2016; (89): 80-85.
9. Rhodes MG. Metacognition. *Teaching of Psychology*. 2019; 46(2), 168-175.
10. Brinck I, Liljenfors R. The Developmental Origin of Metacognition. *Infant Child Dev*.2013; 22(1): 85-101.
11. Myers SG, Wells A. Early Trauma, Negative Affect, and Anxious Attachment: the Role of Metacognition. *Anxiety Stress Coping*.2015; 28(6):634-49.
12. Wells A, Matthews G. Attention and Emotion (Classic edition): A Clinical Perspective: Psychology Press; 2014. doi:10.4324/9781315747187
13. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York, NY: Guilford press. 2009.
14. Brown R, Wood A, Carter JD, Dymand LK. The Metacognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder and Metacognitive Therapy for Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Clin Psychol Psychother*.2021; 1-16.
15. Hosseini Ramaghani NA, Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirderikvad F. The Mediating Role of the Metacognition, Time Perspectives and Experiential Avoidance on the Relationship Between Childhood Trauma and post-traumatic Stress Disorder Symptoms. *European Journal of Psycho traumatology*.2019; 10 (1), 1648173. [Persian].
16. Wisco BE, Pineles SL, Shipherd JC, Marx BP. Attentional Interference by Threat and Post-traumatic Stress Disorder: The Role of Thought Control Strategies. *Cognition & Emotion*. 2013; 27(7), 1314-1325.
17. Cacioppo J T, Patrick W. Loneliness: Human Nature and The Need for Social Connection. W. W. Norton & Company, New York. 2008.

ویژگی‌های سرشت و منش افراد در جمعیت‌های غیرعمومی (نظامیان، آتش‌نشانان، شاغلین در اورژانس‌ها و بیمارستان‌ها) که زمینه اختلال استرس پس از آسیب وجود دارد معطوف شود.

در نهایت اینکه، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است. با توجه به شیوع بیماری کرونا و ویروس، در طول جمع‌آوری داده‌ها از دانش‌آموزان، مشکلاتی برای محقق ایجاد نمود. اول اینکه، امکان دریافت پرسشنامه خودسنجی در یک مکان معین علمی و حضوری مانند کلاس مدرسه فراهم نبود و دانش‌آموزان با استفاده با گوشی‌های همراه خود و بصورت آنلاین در شرایط هیجانی متفاوت پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و همچنین در دسترس نبودن دانش‌آموزان در محیط مدارس، امکان نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای را با محدودیت همراه نمودند. بنابراین تعمیم نتایج این مطالعه با احتیاط صورت گیرد.

موازین اخلاقی: در این پژوهش موازین اخلاقی، شامل جلب رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر برگرفته از نتیجه رساله دکتری رشته روانشناسی نویسنده اول مقاله با کد اخلاق IR.IAU.QOM.REC.1400.096 بوده، و از منابع مالی شخصی می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از سازمان آموزش و پرورش، معلمان و دانش‌آموزان که در انجام این پژوهش یاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل آورند. تعارض منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Gluck RL, Hartzell GE, Dixon HD, Michopoulos V, Powers A, Stevens JS, Fani N, Carter S, Schwartz AC, Jovanovic T, Ressler KJ, Bradley B, Gillespie ChF. Trauma exposure and Stress-related Disorders in a large, Urban, Predominantly African-American, Female Sample. *Archives of Women's Mental Health*.2021;24(6):893-901
2. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (11th Revision).2018.
3. Munyandamutsa N, Nkubamugisha MP, Gex-Fabry M, Eytan A. Mental and Physical Health in Rwanda 14 Years after the Genocide. *Soc Psychiatr Epidemiol*.2012; 47(11):1753-1756.

30. North CS, Abbacchi A, Cloninger CR. Personality and Posttraumatic Stress Disorder Among Directly Exposed Survivors of the Oklahoma City bombing. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53, 1–8.
31. Mohseni Tabrizi A. Alienation. *Journal of Social Sciences*, Tehran University Publications. 1991, 2, 2.
32. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A Meta-analysis of Risk Factors for Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32(2): 122–138.
33. DePrince AP, Huntjens RJC, Dorahy MJ. Alienation Appraisals Distinguish Adults Diagnosed With DID From PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015; 7(6): 578–582.
34. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (3. Baski). New York, NY: Guilford. 2011.
35. Keane TM, Kolb LC, Kaloupek DG, Orr SP, Blanchard EB, Thomas RG, & et al. Utility of Psycho Physiological Measurement in the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder: Results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66(6):914-23.
36. Goodarzi MA. Reliability and validity of Posttraumatic Stress Disorder Mississippi Scale. *Journal of Psychology*. 2003; 7(2):135-78.
37. Kaviani H, Poor Naseh M. Validation of Temperament and Character Inventory (TCI) In Iranian Sample: Normative Data. *Tehran Univ Med J*. 2005;63(2):89-98.
38. Ghaemifar H. The Study of Some Factors Affecting Vandalism with an Emphasis on Jahrom Urban Society [Dissertation]. Ahvaz, Shahid Chamran University. 2007.
39. Wells A, Cartwright-Hatton SA. Form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research Therapy*. 2004; 42(4): 385-96.
40. Mohammadkhani Sh, farjad M. The Relationship of the Metacognitive Beliefs and Thought Control. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(3):35-51.
41. Purewal R, Fisher PL. The contribution of Illness Perceptions and Metacognitive Beliefs to Anxiety and Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;136:16–22
42. Donnellan C, Al Banna M, Redha N, Al Sharoqi I, Al-Jishi A, Bakhiet M, & et al. Association Between metacognition and Mood Symptoms Poststroke. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2016;29(4): 212–220.
18. DePrince A, Chu AT, Pineda AS. Links Between Specific Posttrauma Appraisals and Three Forms of Trauma-Related Distress Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2011; 3, 430–441
19. McIlveen R, Curran D, Mitchell R, DePrince A, O'Donnell K, Hanna D. A Meta-Analytic Review of the Association Between Alienation Appraisals and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Trauma-Exposed. *Journal of Traumatic Stress*. 2020; 33, 720–730
20. Rayce SLB, Holstein BE, Kreiner S. Aspects of Alienation and Symptom load among Adolescents. *Eur. J. Public Health*. 2009; 19, 79–84.
21. Walsh SD, Kolobov T, Simanovskaya O. What is it about Perceived Discrimination that can lead Immigrant Adolescents to Alcohol use and Delinquency? The Mediating Role of Feelings of Alienation. *Subst. Use Misuse*. 2019; 54, 65–77.
22. Sprang G, Silman M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Med. Public Health Prep*. 2013; 7.105–110.
23. Mitchell R, Hanna D, Brennan K, Curran D, McDermott B, Ryan M, Dyer KF. Alienation Appraisals Mediate the Relationships Between Childhood Trauma and Multiple Markers of Posttraumatic Stress. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2020; 13(1): 11–19.
24. Hebenstreit CL, Maguen S, Koo KH, DePrince AP, Latent Profiles of PTSD Symptoms in Women Exposed to Intimate Partner Violence. *J. Affect. Disorder*. 2015; 180, 122–128.
25. Srinivas T, DePrince AP, Chu AT. Links Between Posttrauma Appraisals and Trauma-Related Distress in Adolescent Females from the Child Welfare System. *Child Abuse Negl*. 2015; 47. 14–23.
26. Ehlers A, Clark DM, Dunmore E, Jaycox L, Meadows E, Foa EB. Predicting Response to Exposure Treatment in PTSD: the Role of Mental Defeat and Alienation. *J. Trauma. Stress*. 1998; 11, 457–471.
27. Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *The Development of Psychiatry and its Complexity*. 1998; p. 1-16.
28. Thomas KM, Hopwood CJ, Donnellan MB, Wright AG, Sanishlow CA, McDevitt-Murphy ME, et al. Personality Heterogeneity in PTSD: Distinct Temperament and Interpersonal Typologies. *Psychol Assess*. 2014; 26(1): 23-34.
29. Sujung J, YoonaChansoo S, JunbHye-young AnbHyoung, RyulKangbTae-YounJun. *Comprehensive Psychiatry*. 2009; 50(3): 226-231

54. Kuroki T, Ishibashi H. Evidence for the Efficacy of Behavioral Activation against Depressive Disorder: A Literature Review. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*.2015; 117(1):42-8
55. Matsudaira T, Kitamura T. Personality Traits as Risk Factors of Depression and Anxiety among Japanese Student. *Journal of Clinical Psychology*.2006; 62(1): 97-109.
56. Woodward MJ, Eddinger J, Henschel AV, Dodson TS, Tran HN, Beck JG. Social Support, Posttraumatic Cognitions, and PTSD: The Influence of Family, Friends, and a Close other in an Interpersonal and non-interpersonal Trauma Group. *Journal of Anxiety Disorders*.2015; 35, 60–67.
57. Pancani L, Marinucci M, Aureli N, Riva P. Forced Social Isolation and Mental Health: A Study on 1006 Italians under COVID-19 lockdown. *Front. Psychol*.2020; 12:663799.
43. Fisher PL, Reilly J, Noble A. Metacognitive Beliefs and Illness Perceptions are Associated with Emotional Distress in People with Epilepsy. *Epilepsy & Behaviour*. 2018; 86:9–14.
44. Fisher PL, McNicol K, Cherry MG, Young B, Smith E, Abbey G, & et al. The Association of Metacognitive Beliefs with Emotional Distress and Trauma Symptoms in Adolescent and Young Adult Survivors of Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*.2018; 36(5):545–556.
45. Kollmann J, Gollwitzer M, Spada MM, Fernie BA. The Association Between metacognition and the Impact of Fibromyalgia in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*.2016; 83.1-9.
46. Cook S, Salmon P, Dunn G, Holcombe C, Cornford P, Fisher P. The Association of Metacognitive Beliefs with Emotional Distress after Diagnosis of Cancer. *Health Psychology*.2015; 34(3):20–215.
47. Sun X, So SHW, Zhu C, Leung PWL. Dysfunctional Meta-cognitive Beliefs across Psychopathology: A Meta-analytic Review. *European Psychiatry*.2016; 33(S1), s225–s225.
48. Hagen R, Havnen A, Hjemdal O, Kennair LE O, Ryum T, Solem S. Protective and Vulnerability Factors in Self-esteem: The Role of Metacognitions, Brooding, and Resilience. *Frontiers in Psychology*.2020; 11.
49. Capobianco L, Faija C, Husain Z, Wells A. Metacognitive Beliefs and their Relationship with Anxiety and Depression in Physical Illnesses: A Systematic Review. *PloS One*, 2020; 15(9), e0238457.
50. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Michalska P. The Mediating Role of Cognitive Trauma Processing in the Relationship Between empathy and Secondary Traumatic Stress Symptoms among Female Professionals Working with Victims of Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 2020; 35(12), 0886260520976211.
51. Bardeen JR, Fergus TA. Executive Control Deficits Potentiate the Effect of Maladaptive Metacognitive Beliefs on Posttraumatic Stress Symptoms. *Frontiers in Psychology*.2018; 9, 1898.
52. Sharon A C, Salmon P, Dunn G, Holcombe CH, Cornford Ph, Fisher P. The Association of Metacognitive Beliefs with Emotional Distress after Diagnosis of Cancer. *Health Psychol*.2015;34(3): 207–215
53. Yoon SJ, Jun CHS, Hye young An, Kang HR, Tae-Youn Jun. Patterns of Temperament and Character in Patients with Posttraumatic Stress Disorder and their Association with Symptom Severity. *Comprehensive Psychiatry*.2009; 50, 226-231.