ارتباط راهبردهای کنترل فکر و باورهای های مرتبط با نگرانی با علائم استرس جانبازان جنگ تحمیلی

علیرضا عزیزی[1] ، پروانه محمدخانی[2]*، پریناز عباسی[3]

[1]دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
[2]دکترای روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
[3]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

نویسنده پاسخگو: Parmohamir@yahoo.com:

چکیده

زمینه و هدف: فراشناخت درمانی یکی از رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی شناختی است که اثربخشی خود را در مورد بسیاری از اختلالات روانی به اثبات رسانیده است. در صورتی که مدل حاضر در مورد اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) صدق کند، می توان از تمهیدات درمانی آن در مورد جانبازان PTSD استفاده نمود. هدف پژوهش حاضر ارزیابی نقش باورهای فراشناختی و راهبردهای مقابله ای با مشخصه نگرانی در تداوم علائم استرس در جمعیت جانبازانی است که استرس زیادی بعد از برگشت از جنگ تاکنون تجربه می نمایند.

مواد و روش ها: تحقیق حاضر از نوع مقطعی می باشد و ۱۴۴ نفر از جانبازانی که علائم استرسی زیادی بعد از برگشت از جنگ تاکنون تجربه می‌کنند، توسط مقیاس های فراشناخت، کنترل فکر و تاثیر حوادث-نسخه تجدیدنظر شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های حاصل از پژوهش به کمک آمار توصیفی، ضریب پیرسون، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر تحلیل شدند.

نتایج: همسو با پیش بینی های به عمل آمده توسط مدل فراشناختی ولز(۲۰۰۰) راهبرد کنترل فکر نگرانی، باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی با علائم استرس همبستگی معناداری دارند. تحلیل مسیر نشان داد که نگرانی بین باورهای مثبت درباره نگرانی و استرس میانجیگیری می‌کند، ولی بین باورهای منفی درباره نگرانی و استرس ارتباط مستقیمی وجود دارد.

بحث: نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که مدل فراشناخت در مورد جانبازانی که استرس زیادی را تجربه می‌کنند، قابلیت کاربرد دارد و می توان از تمهیدات درمانی این مدل در درمان علائم استرس این افراد سود جست.

کلمات کلیدی: راهبردهای کنترل فکر، باورهای مرتبط با نگرانی، فراشناخت، استرس

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۱۶
تاریخ پذیرش : ۹۲/۱۱/۹

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه[XLVI](PTSD) به مجموعه واکنش هایی اطلاق می گردد که افراد بعد از مواجهه با استرس های بسیار شدید همچون جنگ از خود نشان می دهند. بر اساس معیارهای تشخیصی نسخه ویرایش شده چهارمین راهنمای تشیخصی و آماری اختلالات روانی برای تشخیص این اختلال باید سه ویژگی اصلی مشتمل بر تجربه مجدد رویداد دردناک، الگوی اجتنابی و بیش برانگیختگی وجود داشته باشد و علائم مذکور بیش از چهار هفته به طول انجامد و قبل از آن تشخیص اختلال استرس حاد مطرح می باشد(۱). حتی اگر علائم استرس جانبازان به آستانه تشخیصی PTSD نرسد، لیکن بسیاری از آن علائم استرس قابل توجهی را تجربه می‌کند که نیازمند درمان می باشد(۲).

از آن جایی که جانبازان جنگ تحمیلی هر یک مدت مدیدی در جنگ به سر می برده اند و شدت این اختلال تا حد زیادی به تروماتیک بودن و مدت زمان رویارویی بر می گردد (۳و۴)، لزوم درمانی مناسب برای علائم PTSD و حتی علائم PTSD زیر آستانه تشخیص احساس می‌شود. یکی از درمان های موثر در این زمینه درمان فراشناخت می باشد که اثربخشی خود را در درمان PTSD به اثبات رسانیده است(۵-۷). البته از آن جایی که جانبازان جنگ تحمیلی مدت مدیدی در جنگ به سر برده اند باید قبل از به کارگیری این مداخله در مورد آنها به بررسی صحت مدل فراشناختی در مورد آنها پرداخت. بنابراین، در این مطالعه به مدل فراشناخت و دید متفاوت آن به PTSD نسبت به سایر رویکردهای شناختی و رفتاری، پیش بینی های به عمل آمده از این مدل و نهایتا قابلیت کاربرد آن در مورد جانبازان PTSD پرداخته می‌شود. در صورتی این مدل در جانبازان با علائم استرس برازش داشته باشد، می توان با اطمینان بیشتری در مطالعات بعدی از ملاحظات درمانی آن استفاده نمود.

اغلب متون در زمینه PTSD پس از جنگ ویتنام به نگارش درآمده است. در طی این سال بسیاری از آمریکاییان زندگی شان را در میدان جنگ از دست دادند(۱). از زمانی که اختلال استرس پس از سانحه به عنوان یک طبقه تشخیصی در سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی[XLVII](DSM-III، ۱۹۸۰) (۸) گنجانده شد، تا به امروز فرمول بندی های تئوریکی زیادی در زمینه ماهیت و سیر علائم آن مطرح گردیده است. تئوری های اجتماعی شناختی(۹-۱۴) بر این باورند که واکنش های استرسی مداوم و پایدار از قبیل افکار مزاحم و برانگیختگی حاصل تلاش ناکارآمد برای یکپارچه نمودن اطلاعات مربوط با تروما با باور و فرضیات قبلی فرد درباره خود و جهان می باشد.

به این مطلب تا حدی در تئوری های پردازش اطلاعات نیز پرداخته شده است، اما این مدل های در مجموع به چگونگی بازنمایی تروما در حافظه و چرایی شکست در ادغام و یکپارچه نمودن آن با دانش قبلی می پردازند. فوا[XLVIII] و روتبوم[XLIX](۱۹۹۸) تاکید دارند که باورها و فرضیات فرد درباره خود و جهان احتمالا مانع از ادغام موفقیت آمیز حافظه ترومایی با شبکه ی حافظه فرد می گردند(۱۵). بروین[L]، داگلیش[LI] و ژوزف[LII](۱۹۹۶) انعطاف ناپذیری و افراطی بودن باورها و فرضیات پیشین فرد را عامل مهمی در عدم ادغام این حافظه ها می دانند(۱۶). اخیرا نیز افرادی همچون اهلر و کلارک(۲۰۰۰) نقش عمده ای برای باورهای پیشایند در ارتباط با تروما، راهبردهای مقابله ای، کیفیت حافظه و ارزیابی فرد از تروما قائل اند. اهلر و کلارک(۲۰۰۰) بر این باورند که پردازش موقعیتی رویداد البته با تمرکز بر روی احساس، مانع از یکپارچه شدن حافظه ی ترومایی با بقیه حافظه های فرد می گردد و این امر احتمالا تا حدی یادآوری پاره پاره و تجربه مجدد واقعه در اختلال استرس پس از سانحه را توضیح می دهد(۱۷).

در ارتباط با تفاوت این افراد در زمینه ارزیابی و شرایط منتج از آن باید گفت، افرادی که دچار این اختلال می شوند در مقایسه با افرادی که در برابر همان استرس ها به این اختلال مبتلا نمی شوند، قادر نمی باشند که به تروما به عنوان واقعه ای زمان-محدود بنگرند که تلویحات منفی

[XLVI] - Post Traumatic Stress Disorder

[XLVII] - Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
[XLVIII] - Foa
[XLIX] - Rothbaum
[L] - Brewin
[LI] - Dalgleish
[LII] - Joseph

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

کلی دیگری بر روی آینده شان نخواهد داشت. بر اساس این مدل، مشخصه مختص افراد مبتلا به PTSD ارزیابی منفی رویداد تروماتیک و همچنین عواقب منتج از آن می باشد که خود این نیز به نوبه خود سبب ایجاد تهدید قریب الوقوع جدی می گردد. این احساس تهدید یا در ارتباط با یک منبع خارجی(از قبیل، جهان مکان بسیار خطرناکی است) و یا داخلی(تهدید به چشم انداز فرد درباره خود به عنوان فردی توانمند که توانایی دست یابی به اهداف زندگیش را دارد) می باشد(۱۷).

ماهیت حافظه تروما و ارتباط آن با خاطره های ناخواسته موضوع دیگری است که در PTSD از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. از یکسو این افراد در بازیابی کامل رویداد تروماتیک دشواری دارند، حافظه فراخوانی آنها پاره پاره شده است و از سازمان دهی ضعیفی برخوردار می باشد، جزئیات مربوط به رویداد حذف شده است و نهایتا این که این افراد حتی در به یاداوری نظم و ترتیب وقایع و رویدادها دشواری دارند. از سویی دیگر، بسیاری از بیماران از به یادآوردن غیرعمدی برخی از افکار مزاحم مشتمل بر تجربه مجدد رویداد شکایت دارند. بنابراین لازم است مدل هایی که در زمینه مفهوم سازی و درمان این اختلال تدوین می گردد این شکاف بین دشواری در فراخوانی عمدی و سهولت تجربه مجدد رویداد را نظر داشته باشند(۱۸-۲۱).

بر اساس مدل ولز، افکار مزاحم و برانگیختگی منتج از آن یک استرس پاسخی طبیعی به شمار می آیند که خود در حکم محرکی برای پردازش هیجانی به شمار می آیند. پردازش هیجانی به معنای تدوین یک برنامه یا طرح برای راهنمایی افکار و رفتار هنگام رویارویی با آن تهدید در آینده است. در حالت طبیعی این فرآیند بدون هیچ مانعی به حرکت خود ادامه می دهد. دستیابی به این گونه طرح ها مستلزم کنترل انعطاف پذیر روی شناخت می باشد. اما گاهی از اوقات راهبردهای مقابله ای خاص فرد مانع از شکل گیری این طرح ها می گردد. راهبردهای مقابله ای همچون نشخوار فکری، نگرانی کلامی، تلاش برای اجتناب از افکار ترومایی و سرکوب آنها و به کارگیری راهبردهای توجهی بازبینی تهدید منجر به این می شوند که فرد در برابر تهدید همراه با اضطراب پاسخ دهد و در نتیجه احساس تهدید همچنان وجود داشته باشد. در مجموع، باید گفت این افراد در نتیجه به کارگیری این راهبردهای مقابله ای انعطاف پذیری مورد نیاز برای تدوین یک برنامه درونی را از دست می دهند و برنامه و طرح درونی شان را صرف تعیین خطر و تهدید می‌کنند(۲۲).

در ضمن این سبک های غیرمفید پاسخ ناشی از باورهای فراشناختی نادرستی است که این افراد دارند. نمونه هایی از این باورها عبارتند از: نگرانی و تفکر مکرر درباره تهدید توانمندی فرد برای مقابله با خطر و اجتناب از آن را بهبود خواهد بخشید. این باورها حتی تا بدان جا گسترش می یابند که فرد تصور می‌کند، حفظ یک حالت آمادگی توجهی نسبت به یک محرک تهدید کننده سودمند می باشد، افکار بایستی کنترل شوند و بایستی همه جنبه های رویداد تروماتیک را به خاطر بسپاریم. گاهی از اوقات نیز باورهای فراشناختی منفی درباره علائم اختلال و تفکر به الگوهای غیرمفیدی از توجه جهت یافته به سوی خود و نگرانی می انجامد. برای مثال، افراد گاهی شاید بر این باور باشند که افکار مزاحم نشانه ای از بی ثباتی هیجانی می باشد و منجر به اضطراب و احساس تهدید در فردی می گردند که واکنش هایش را به گونه ای فاجعه بار تفسیر می نماید(۲۲).

چندین مطالعه از مدل فراشناختی حمایت نموده اند. ولز و دیویس[LIII](۱۹۹۴) بر مبنای این فرضیه که به کارگیری راهبردهای مقابله ای ناکارآمد در ناتوانی در پردازش هیجانی نقش دارند، پرسشنامه کنترل فکر[LIV](TCQ) را تدوین نمودند تا از طریق آن بتوانند تفاوت های افراد در زمینه استفاده از راهبردهای کنترل افکار مزاحم را مورد ارزیابی قرار دهند. آنها به این نتیجه دست یافتند که نگرانی و تنبیه جزء آن دسته از مکانیزم های کنترل فکر می باشند که ارتباط مثبتی با شاخص های آسیب پذیری نسبت به استرس و آسیب شناسی روانی دارند(۲۳).

رینولد و ولز(۱۹۹۹) ارتباط بین راهبردهای کنترل فکر افراد و علائم روانپزشکی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده و PTSD همراه یا بدون علائم افسردگی را ارزیابی نمودند. نتایج پژوهش آنها حاکی از این بود که مکانیزم های کنترل فکر نگرانی و تنبیه با بهبودی از

[LIII] - Davies
[LIV] - Thought Control Questionnaire

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

افسردگی و یا PTSD رابطه معکوس داشت، در حالی که ارزیابی مجدد، کنترل اجتماعی و حواسپرتی با کاهش علائم افسردگی و یا PTSD رابطه مستقیم داشت(۲۴). مطالعات دیگری که از مقیاس TCQ برای ارزیابی ارتباط بین راهبردهای کنترل فکر و علائم استرس استفاده جسته اند، به این نتیجه دست یافته اند که نگرانی و تنبیه با علائم اختلال استرس حاد ناشی از تصادفات وسائل نقلیه موتوری(۲۵) و همچنین تروما های غیرنظامی(۲۶) رابطه مستقیمی دارند. به علاوه، کنترل اجتماعی با شدت اختلال استرس حاد(۲۶) و علائم مزاحم(۲۵) رابطه معکوسی نشان داد. هولوا[LV]، تاریئر[LVI] و ولز (۲۰۰۱) در یک مطالعه طولی با سنجش مکانیزم های کنترل فکر دقیقا بعد از تصادف به این نتیجه دست یافتند که مکانیزم کنترل فکر نگرانی مهم ترین عاملی است که شکل گیری اختلال PTSD را پیش بینی خواهد نمود، در حالی که حواس پرتی و کنترل اجتماعی مانعی بر سر راه شکل گیری این اختلال خواهد بود(۲۷).

البته لازم به یادآوری است که تاثیرات نگرانی به استفاده از آن برای کنترل فکر محدود نمی گردد. ولز و پاپاجورجیو[LVII](۱۹۹۵) نشان دادند که یک دوره محدود از نگرانی پس از رویارویی با استرسورها منجر به نهفتگی تصاویر مزاحم در طی سه روز بعد می گردد(۲۸)، نتایج مشابهی توسط بوتلر[LVIII]، ولز و دویک[LIX](۱۹۹۲) گزارش شده است(۲۹).

پژوهش هایی که تا به امروز انجام گرفته است نشان می دهد که باورهای فراشناختی با علائم وسواس(۳۰)، نگرانی پاتولوژیک(۲۸) و افسردگی(۳۱) و علائم استرس پس از سانحه در جمعیت غیربالینی(۲۲) مرتبط است. در برخی از پژوهش ها مشخص شده است که در افراد PTSD راهبردهای مقابله ای مختلی همچون نگرانی، خودتنبیهی و نشخوار فکری در این افراد بسیار زیاد به چشم می خورد و این راهبردهای مختل میان باورهای مثبت درباره نگرانی و میزان استرس تجربه شده توسط این افراد میانجیگری می‌کند(۲۳و۲۵-۲۷). بنابراین این طور به نظر می‌رسد، افراد مبتلا به PTSD دارای باورهای فراشناختی مختلی می باشند و راهبردهای مقابله ای بین علائم و باورهای فراشناختی میانجیگری می‌کنند(۲۲). البته، اکثر این پژوهش به بررسی های همبستگی بسنده نموده اند و به بررسی کامل مدل نپرداخته اند و حتی در مطالعه راسیس و ولز(۲۰۰۶) با وجود پرداختن به جزئیات مدل و استرس پس از سانحه، لیکن پژوهش در جمعیت دانشجویان انجام گرفته است(۲۲). بنابراین، مطالعه حاضر به بررسی این مدل و علائم استرس پس از سانحه در جانبازان پرداخت است.

بر اساس مدل فراشناختی این گونه پیش بینی می گردد که: ۱- راهبرد نگرانی با علائم استرس مرتبط می باشد، ۲- باورهای مثبت درباره نگرانی بایستی با علائم استرس ارتباط مثبتی داشته باشند، ۳- باورهای منفی درباره نگرانی در زمینه کنترل ناپذیری افکار و خطر و همچنین باورهای منفی درباره نیاز به کنترل بایستی هر دو با علائم استرس ارتباط مثبت داشته باشند. این مدل همچنین مطرح می سازد که ماهیت ارتباط بین باورها فراشناختی و علائم متفاوت می باشد. به عبارتی، ۴- ارتباط بین باورهای مثبت درباره نگرانی و علائم بایستی توسط راهبرد نگرانی میانجیگری شود، در حالی که، ۵- باورهای منفی درباره نگرانی در زمینه کنترل ناپذیری افکار و خطر مستقل از به کار گیری راهبرد نگرانی بایستی ارتباط مستقیمی علائم استرس داشته باشد. از آن جایی که مطالعه ای به چشم نمی خورد که بررسی این مدل در جانبازان جنگ تحمیلی پرداخته باشد؛ هدف مطالعه حاضر بررسی این مدل در جمعیت جانبازان می باشد. بنا برآنچه گفته شد، هدف از مطالعه حاضر بررسی این مدل در میان جانبازان می باشد. در صورتی که صحت مدل حاضر در میان جانبازان تایید گردد، می توان از تمهیدات درمانی آن برای درمان استرس های این جامعه استفاده جست.

[LV] - Holeva
[LVI] - Tarrier
[LVII] - Papageorgiou
[LVIII] - Butler
[LIX] - Dewick

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

روش انجام پژوهش و شرکت کنندگان

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۱۴۴ نفر از جانبازان جنگ تحمیلی بودند که طی هفته گذشته و در مجموع پس از برگشت از جنگ طبق اظهاراتشان استرس زیادی را تجربه نموده اند و همواره صحنه های جنگ را به یاد می‌اورند. البته از آن جایی که جامعه مدنظر محدود بود، تشخیص PTSD به عنوان ملاک به ورود به مطالعه در نظر گرفته نشد، بلکه احساس آشفتگی ذهنی و یادآوری مکرر صحنه های جنگ و برانگیختگی برای ورود به مطالعه کفایت می نمود. در ضمن آن دسته از جانبازان جنگ که از سایر اختلالات شدید روانی از قبیل افسردگی اساسی در رنج بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند. سن آنها بین ۴۷ تا ۶۵ سال با میانگین سنی ۵۴.۵۵ سال بود و همه آنها مرد بودند. بعد از موافقت کتبی از آنها برای شرکت در پژوهش حاضر و اطلاع به آنها درباره هدف پژوهش از آنها خواسته شد پرسشنامه های فراشناخت ولز، کنترل فکر و مقیاس تاثیر حوادث-نسخه ویرایش شده را تکمیل نمایند.

مقیاس های مورد استفاده:

مقیاس تأثیر حوادث- نسخه تجدیدنظر شده(IES-R) (۱۹۹۷): مقیاس تاثیر حوادث[LX](IES) در سال ۱۹۷۹ توسط هورورویتز[LXI] و همکاران ابداع شد(۳۲). این آزمون در ابتدا جهت بررسی تأثیر سوگ در افراد مورد استفاده قرار گرفت، ولی به تدریج جهت انواع مختلف آسیب مورد استفاده یافت. IES اولین ابزار تشخیصی استرس بعد از سانحه بود و قبل از این که معیارهای تشخیصی اختلال استرس بعد از سانحه در DSM-III مشخص شود، ابداع گردید و البته فاقد بعد برانگیختگی اختلال استرس بعد از سانحه بر طبق معیارهای DSM-IV می باشد. IES-R توسط ویس[LXII] و مارمار[LXIII](۱۹۹۷) بر طبق معیارهای DSM-IV طراحی گردید. این نسخه تجدیدنظر یافته شامل بعد برانگیختگی نیز می باشد.IES-R شامل سه بعد اصلی افکار مزاحم، برانگیختگی و اجتناب می باشد. این ابزار شامل ۲۲ ماده است که پاسخ دهندگان شدت تجربه هر علامت را در عرض هفت روز گذشته از ۰(هرگز) تا ۴(خیلی زیاد) تکمیل می نمایند(۳۳-۳۵).

نسخه های چینی، فرانسوی و آلمانی این مقیاس تهیه گردیده و دارای روایی و پایایی مناسبی می باشند (۳۶-۳۹). پناغی، حکیم شوشتری و عطاری مقدم(۱۳۸۵) در ایران به بررسی ویژگی های روانسنجی این ابزار همت گماشته اند. بنا به بررسی آنها این مقیاس دارای همسانی درونی بالا، آلفای کرونباخ ۰.۸۷-۰.۶۷۰، می باشد. پایایی آزمون-بازآزمون به جزء در مورد زیرمقیاس برانگیختگی بالا گزارش شد. و تحلیل عاملی تاییدی نیز نشان داد که سه عامل این پرسشنامه ۴۱.۶ درصد واریانس را تبیین می‌کند(۴۰).

پرسشنامه ی فراشناخت[LXIV]-فرم کوتاه ۳۰ سوالی(۳۰-MCQ) : این پرسشنامه یک ابزار ۳۰ سوالی خود گزارش دهی است که توسط ولز و کارترایت -هاتن[LXV](طراحی شده است و حیطه های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه گیری می‌کند:

۱- باورهای مثبت[LXVI] درباره نگرانی(مانند "نگرانی به من کمک می‌کند تا با مسائل مقابله کنم")، ۲- باورهای منفی[LXVII] درباره نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر مرتبط هستند(مانند "وقتی نگرانی ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم")، ۳- اطمینان شناختی[LXVIII](مانند "حافظه ضعیفی دارم")، ۴- لزوم کنترل افکار[LXIX](مانند "ناتوانایی در کنترل افکار، نشانه ی ضعف من است")، ۵- خودآگاهی شناختی[LXX](مانند "به نحوه کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم")(۴۱).

این مقیاس بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش[LXXI](S-REF) درباره اختلالات هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر ساخته شده است. سوالات بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم=۱ تا کاملا موافقم=۴ پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن از ۰.۷۲ تا ۰.۹۳ گسترده است.

[LX] - Impact of Event Scale (IES)
[LXI] - Horowitz
[LXII] - Weiss
[LXIII] - Marmar

[LXIV] - Metacognition Questionnaire
[LXV] - Cartwright-Hatton
[LXVI] - Positive beliefs
[LXVII] - Negative beliefs
[LXVIII] - Cognitive confidence
[LXIX] - Need to control thoughts
[LXX] - Cognitive self-consciousness
[LXXI] - Self-regulatory execution function

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ برای نمره کلی، زیرمقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری/خطر، اطمینان شناختی، لزوم کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب برابر با ۰.۷۹،۰.۷۵، ۰.۵۹ ،۰.۶۹ ،۰.۷۴ و ۰.۸۷ بود(۴۲). در رابطه با روایی سازه، همبستگی مثبتی بین خرده مقیاس های این پرسشنامه و مقیاس های مرتبط از لحاظ نظری مشاهده شده و ساختار عاملی آن مجددا تایید شده است(۴۳).

در ایران شیرین زاده دستگردی ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۱ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰.۷۱ تا ۰.۸۷ و اعتبار بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰.۷۳ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰.۵۹ تا ۰.۸۳ گزارش کرد. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی را ۰.۴۳ و همبستگی خرده مقیاس ها را در دامنه ۰.۲۸ تا ۰.۶۸ گزارش نمود. همبستگی خرده مقیاس های آن با کل آزمون در دامنه ۰.۵۸ تا ۰.۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰.۶۲ تا ۰.۲۶ بود(۴۴).

پرسشنامه کنترل فکر: این پرسشنامه توسط ولز و متیوس(۱۹۹۴)(۲۳) برای ارزیابی تفاوت های فردی در بهره گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه آن با آسیب پذیری هیجانی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس توجه برگردانی[LXXII](D)، تنبیه[LXXIII](P)، ارزیابی مجدد[LXXIV](R)، نگرانی[LXXV](W) و کنترل اجتماعی[LXXVI](S) می باشد. آلفای کرونباخ خرده مقیاس های پرسشنامه از ۰.۶۴ تا ۰.۷۹ گسترده است. همبستگی های آزمون-آزمون مجدد در یک فاصله زمانی ۶ هفته ای به شرح زیر بود:: توجه برگردانی(۰.۷۲)، کنترل اجتماعی(۰.۷۹)، نگرانی(۰.۷۱)، تنبیه(۰.۶۴) و ارزیابی مجدد(۰.۶۷) و کل پرسشنامه(۰.۸۳). این ارقام پایایی های قابل قبول تا خیلی خوب را نشان می دهد(۲۳). در مورد روایی سازه، خرده مقیاس های نگرانی و تنبیه پرسشنامه کنترل فکر با تعدادی از مقیاس های مختلف اختلال عاطفی همبستگی مثبت دارند(۲۲, ۲۷). روایی افتراقی در مطالعاتی که به مقایسه گروه های بیمار و علامت دار پرداخته اند، نشان داده شده است. در ایران گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری(۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰.۸۱ و برای هر یک از خرده مقیاس هابه شرح زیر گزارش کرده اند: توجه برگردانی(۰.۷۹)، کنترل اجتماعی(۰.۷۰)، نگرانی(۰.۷۰)، تنبیه(۰.۷۶)، ارزیابی مجدد(۰.۷۰). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰.۷۶ و برای خرده مقیاس های توجه برگردانی، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه، ارزیابی مجدد ۰.۷۶، ۰.۶۸، ۰.۶۴، ۰.۶۵ و ۰.۶۹ به دست آمد(۴۵).

تحلیل آماری

تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSS انجام گرفت. از آنجایی که هدف بررسی ارتباط بین باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و علائم PTSD بود؛ در بخش اول تحلیل ضرایب همبستگی پیرسون محاسبه گردیده است. به منظور تست نمودن فرضیه نفش میانجیگری راهبرد نگرانی بین باورهای فراشناختی مثبت و نه منفی با علائم استرس پس از سانحه از تحلیل میانجی با به کارگیری معیارهای بارون[LXXVII] و کنی[LXXVIII](۱۹۸۶) استفاده گردید. بر اساس معیارهای بارون و کنی (۱۹۸۶) برای تست فرضیه نقش میانجی گری راهبرد نگرانی بین باورهای مثبت و علائم استرس، سه پیش بینی درباره ارتباطات این مدل در نظر گرفته می‌شود. اول این که باورهای مثبت درباره نگرانی با راهبرد نگرانی ارتباط معناداری دارد. دوم، باورهای مثبت درباره نگرانی با علائم استرس ارتباط معناداری دارد. سوم، بعد از کنترل نقش راهبرد کنترلی نگرانی بین باورهای مثبت درباره نگرانی و علائم استرس رابطه معناداری به چشم نمی خورد(۴۶).

نتایج

داده های توصیفی و همبستگی های پیرسون بین راهبردهای کنترل فکر، باورهای فراشناختی و علائم استرس در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است. میانگین

LXXII - Distraction
LXXIII - Punishment
LXXIV - Reappraisal
LXXV - Worry
LXXVI - Social control

LXXVII - Baron
LXXVIII - Kenny

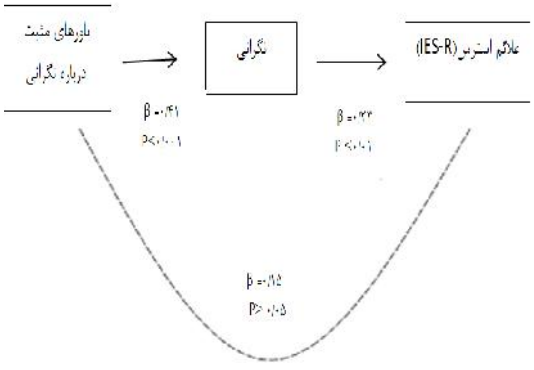
[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

نمرات IES بالا بوده و در محدوده PTSD متوسط جای می گیرد. همبستگی بین همه زیرمقیاس های فراشناخت با علائم PTSD در سطح P<۰.۰۰۱ معنادار می باشد. همبستگی بین مقیاس های توجه برگردانی (P>۰/۰۵ ،r=۰/۰۰۷)، ارزیابی مجدد(P>۰.۰۵ ،r=-۰.۱۱) و کنترل اجتماعی(P>۰.۰۵ ،r=۰/۰۰۹) با علائم استرس معنادار نمی باشد. بین نمره نگرانی(P<۰/۰۰۱ ،r=۰.۲۹۸) و علائم استرس همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد، لیکن بین علائم استرس و راهبرد کنترل فکر تنبیه(P>۰.۰۵ ،r=۰/۱۵۸) همبستگی معناداری به چشم نمی خورد.

جدول۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و ارتباط بین راهبردهای کنترل فکر، باورهای فراشناختی و علائم استرس در جانبازان(N=۱۴۴)

متغیر	همبستگی آن با مقیاس تاثیر حوادث-تجدیدنظر شده	میانگین	انحراف معیار
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰.۲۴۸**	۱۲.۸۲	۳.۵۵
کنترل ناپذیری و خطر	۰.۴۶۹**	۱۲.۰۴	۲.۹۲
اطمینان شناختی	۰.۳۵۷**	۱۲.۱۹	۳.۰۸
نیاز به کنترل افکار	۰.۳۳۳**	۱۲.۱۶	۳.۱۲
خودآگاهی شناختی	۰.۳۵۴**	۱۲.۲۷	۳.۰۴
توجه برگردانی	۰.۰۰۷	۱۱.۲۵	۳.۳۴
تنبیه	۰.۱۵۸	۱۲.۲۹	۲.۸۷
ارزیابی مجدد	-۰.۱۱	۱۱.۲۴	۳.۴۰
نگرانی	۰.۲۹۸**	۱۱.۷۵	۲.۶۱
کنترل اجتماعی	۰.۰۰۹	۱۱.۲۹	۳.۳۵
نمره کل فراشناخت	۰.۳۹۱**	۶۱.۴۸	۸۲.۲۴
نمره کل کنترل فکر	۰.۱۴۶	۵۷.۸۲	۱۱.۴۲
نمره مقیاس IES-R	۱	۵.۳۸	۱.۳۴

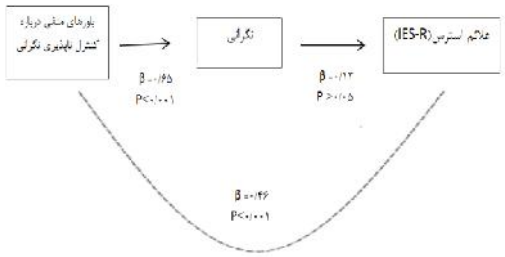
برای تست میانجیگری راهبرد کنترل فکر نگرانی، در ابتدا راهبرد نگرانی پرسشنامه TCQ روی باورهای مثبت درباره نگرانی رگرسیون داده شد. معادله به گونه معناداری قابلیت پیشگویی متغیر نگرانی پرسشنامه TCQ را داشت(P<۰.۰۰۱ ،t= ۵.۳۸). در گام دوم، علائم استرس ارزیابی شده توسط مقیاس IES-R روی باورهای مثبت درباره نگرانی رگرسیون داده شد. در این معادله، نیز باورهای مثبت درباره نگرانی به گونه ی معناداری علائم استرس را پیش گویی نمودند(P<۰.۰۱ ،t= ۳.۰۵). در مرحله سوم، علائم استرس روی مولفه ی نگرانی TCQ و باورهای مثبت درباره نگرانی رگرسیون داده شد. در این معادله، فقط مولفه نگرانی(P<۰.۰۵ ،t=۲.۷۰) و نه باورهای مثبت درباره نگرانی(P>۰.۰۵ ،t=۱.۷۲) علائم استرس را پیش بینی نمود. شکل ۱ خلاصه مدل مسیر برای علائم ارزیابی شده توسط IES-R را نشان می دهد.



شکل ۱: مدل مسیر روابط بین باورهای مثبت درباره نگرانی، نگرانی و علائم استرس ارزیابی شده توسط IES-R

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

در ادامه، برای تست میانجیگری راهبرد کنترل فکر نگرانی بین باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری خطر و استرس، در ابتدا راهبرد نگرانی پرسشنامه TCQ روی باورهای منفی درباره نگرانی رگرسیون داده شد. در این معادله، باورهای منفی به گونه معناداری قابلیت پیشگویی متغیر نگرانی پرسشنامه TCQ را داشت(t=۱۰.۲۵، P<۰.۰۰۱). در گام دوم، علائم استرس ارزیابی شده توسط مقیاس IES-R روی باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری خطر رگرسیون داده شد. در این معادله، نیز باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری خطر به گونه ی معناداری علائم استرس را پیش گویی نمودند(t= ۶.۳۲، P<۰.۰۰۱). در مرحله سوم، علائم استرس روی مولفه ی نگرانی TCQ و باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری خطر رگرسیون داده شد. در این معادله، فقط مولفه باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری خطر(t= ۴.۸۶، P<۰.۰۰۱) و نه نگرانی(t= -۰.۱۳، P>۰.۰۵) علائم استرس را پیش بینی نمود. شکل ۲ خلاصه مدل مسیر برای علائم ارزیابی شده توسط IES-R را نشان می دهد.



شکل۲: مدل مسیر روابط بین باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری نگرانی، نگرانی و علائم استرس ارزیابی شده توسط IES-R

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی مدل فراشناختی ولز(۲۰۰۰) PTSD در جانبازان جنگ تحمیلی بود. در راستای این هدف، در پژوهش حاضر به بررسی ارتباط بین باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و علائم استرس تجربه شده در جانبازان پرداخته شد. همسو با پیش بینی های حاصل از این مدل مشخص شد افرادی که راهبردهای تنبیه و نگرانی را برای کنترل افکارشان به کار می گیرند، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. البته، در این پژوهش علی رغم اینکه بین راهبرد کنترل فکر تنبیه و علائم استرس همبستگی خوبی(۰.۱۵۸) مشاهده گردید، لیکن این همبستگی معنادار نبود. همچنین، راهبردهای کنترل اجتماعی، ارزیابی و توجه برگردانی با علائم استرس همبستگی معناداری نشان ندادند و فقط راهبرد ارزیابی مجدد با علائم استرس رابطه منفی و البته غیرمعناداری را نشان داد.

همچنین، همانطور که پیش بینی می شد، جانبازانی که بر این باور بودند که نگرانی مفید می باشد، سطح بالاتری از استرس را تجربه می کردند. اما راهبرد کنترل فکر نگرانی در حکم میانجی بین باورهای مثبت و استرس عمل می‌کند، زیرا که بعد از ورود نگرانی به معادله رگرسیون همراه با باورهای مثبت دیگر باورهای مثبت قادر به پیش بینی معنادار استرس نبود. از سویی نیز، جانبازانی که بر این باور بودند که نگرانی غیرقابل کنترل و خطرناک است و باورهای منفی در زمینه نگرانی داشتند، استرس بیشتری را تجربه می کردند. البته در رابطه بین باورهای منفی و استرس، راهبرد نگرانی در حکم میانجی نمی باشد زیرا بعد از ورود آن به معادله رگرسیونی، نمی توانست سطح معناداری از استرس را پیش بینی کند و اما رابطه بین باورهای منفی و استرس تجربه شده مثبت و معنادار بود. همچنین رابطه معناداری بین اطمینان شناختی و خودآگاهی شناختی با علائم استرس در جانبازان به چشم می خورد. این یافته نشان می دهد که علائم استرس همراه با کاهش اطمینان به عملکرد ذهنی می باشند و باعث می‌شود که افراد حافظه شان را به طور کلی ضعیف بدانند. این که باورهای فراشناختی علت این موضوع می باشند و یا نه، خود موضوعی در خور توجه می باشد(۲۲).

این یافته ها، به طور مستقیم و یا غیر مستقیم در راستای پژوهش های دیگری است به ارتباط بین ابعاد مدل فراشناختی و ارتباط شان با علائم پرداخته اند. یافته های مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات ابتدایی می باشد که به ارزیابی مختلف مدل فراشناختی پرداخته اند. ارتباط مثبت و معنادار بین راهبرد کنترل فکر نگرانی و ارتباط مثبت قابل ملاحظه لیکن غیرمعنادار راهبرد تنبیه با علائم استرس تجربه شده توسط جانبازان همسو با

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

مطالعه واردا[LXXIX] و بریانت[LXXX](۱۹۹۸) می باشد که نشان داد این راهبردهای کنترل فکر با شدت علائم استرس همبستگی مثبتی دارند(۲۵). هولوا و همکاران(۲۰۰۱) نشان داد که نگرانی پرسشنامه TCQ استرس حاد و استرس پس از تروما را بعد از ۴ هفته و ۶ ماه پیش بینی می‌کند(۲۷). همچنین راسیس و ولز(۲۰۰۶) بین استرس تجربه شده توسط دانشجویان بعد از یک ترومای شدید و راهبردهای نگرانی و تنبیه رابطه معناداری را گزارش نمودند(۲۲). بنابراین، به نظر می‌رسد همبستگی های حاصله بین این راهبردها و استرس تجربه شده جانبازان روا و معتبر باشد.

در مطالعه حاضر بین راهبرد های کنترل اجتماعی و توجه برگردانی و علائم استرس تجربه شده توسط جانبازان ارتباط معناداری به چشم نمی خورد و بین راهبرد ارزیابی مجدد و علائم استرس رابطه منفی و البته غیر معناداری به چشم می خورد. انتظار بر این می رفت که این همبستگی ها منفی و معنادار باشد، لیکن به نظر می‌رسد حداقل این راهبردها باعث تشدید استرس تجربه شده جانبازان نمی گردند. این یافته در تضاد با پژوهش وارد و بریانت(۱۹۹۸) می باشد که تعامل اجتماعی احتمال شکل گیری علائم استرس دائم بعد از تروما را کاهش می دهد. این یافته همسو با یافته های رینولز و ولز(۱۹۹۹) نمی باشد که به این نتیجه رسیدند که کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد با علائم استرس تجربه شده همبستگی معناداری دارد(۲۴). البته، ارزیابی مجدد در پژوهش حاضر با علائم استرس نیز رابطه منفی داشت، لیکن مقدار آن ناچیز و غیرمعنادار می باشد. همبستگی منفی و معنادار بین کنترل اجتماعی و علائم استرس نیز توسط گوتری و بریانت(۲۰۰۰) گزارش گردیده است(۲۶). به علاوه، هولوا و همکاران(۲۰۰۱) به این نتیجه دست یافتند که استفاده از کنترل اجتماعی علائم اختلال استرس حاد را به گونه ای منفی پیش بینی می‌کند(۲۷). این که چرا در جانبازان جنگ تحمیلی بین این راهبردهای کنترل اجتماعی، حواسپرتی و ارزیابی مجدد و علائم استرس همبستگی منفی نشده است، شایسته تامل است. نگاهی به پژوهش راسیس و ولز(۲۰۰۶) نشان می دهد که در آن پژوهش نیز همبستگی بین این راهبردها و علائم استرس اندازه گیری شده توسط IES-R معنادار نشده است و فقط بعد از به کارگیری سیاهه پنسلوانیا بین کنترل اجتماعی، ارزیابی مجدد و علائم استرس همبستگی منفی معناداری مشاهده شده است. در پژوهش آنها بین سیاهه PI و IES-R همبستگی در حد ۰.۲۹ مشاهده گردید که نشان می دهد این دو پرسشنامه سازه های تا حدودی متفاوت را اندازه گیری می‌کنند. بنابراین، این که این ضرایب معنادار نشده اند در راستای این پژوهش می باشد که طرحی بسیار نزدیک به پژوهش حاضر دارد و از این مقیاس نیز استفاده نموده است. حداقل، این راهبردهای کنترل فکر در بدترین حالت هم همبستگی معناداری مثبتی و یا مثبت قابل ملاحظه ای با علائم استرس نشان نمی دهند(۲۲).

اگر چه، مطالعات پیشین به جز مطالعه ولز و همکاران(۲۰۰۶)(۲۲) و آن هم در جمعیت عادی به ارتباط بین علائم استرس و باورهای فراشناختی نپرداخته اند و تقریبا پژوهشی با طرح حاضر در جانبازان صورت نگرفته است؛ لیکن نتایج نشان می دهد که این جنبه هایی فراشناختی احتمالا نقش بسیار زیادی در واکنش های استرسی بعد از رویداد های تروماتیک دارند. هر چند، پژوهش حاضر به صورت مقطعی صورت گرفته است و نتایج آن را بایستی با احتیاط نگریست. به علاوه، به علت محدودیت نمونه از جانبازانی استفاده شد که بعد از برگشت از جنگ گرفتار مسائل استرسی بودند و در واقع همه معیارهای PTSD را نداشتند، ولی در طی جنگ با استرس های سختی رو به رو شده بودند و همچنان صحنه ها را در ذهن شان مرور می کردند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش های بعدی از جانبازانی با تشخیص کامل PTSD استفاده شود. هر چند، بسیاری بر این باورند که PTSD یک اختلال ابعادی است و نه یک سازه مقوله ای(۴۷). بنابراین، از آن جایی که جانبازان مطالعه حاضر نمره بالایی در IES-R کسب نموده اند، به نظر می‌رسد از این نظر خدشه ای به مطالعه حاضر وارد نباشد. با این وجود، علی رغم اینکه می توان نتایج را به PTSD تعمیم داد، لیکن لازم است این پژوهش درباره جانبازان و سایر افرادی که با تروماهای سخت رو به رو شده اند و دچار PTSD شده اند، تکرار گردد.

[LXXIX] - Warda
[LXXX] - Bryant

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می باشد.

منابع

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed text rev ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.

2- Romano JA, Jr., King JM. Psychological casualties resulting from chemical and biological weapons. Military medicine. 2001;166(12Suppl):21-2.

3- Spiro A, Schnurr PP, Aldwin CM. Combat-related posttraumatic stress disorder symptoms in older men. Psychology and aging. 1994;9(1):17-26.

4- Herrmann N, Eryavec G. Posttraumatic Stress Disorder in Institutionalized World War II Veterans. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry.1994;2(4):324-31.

5- Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. Cognitive and Behavioral Practice. 2004;11(4):365-77.

6- Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD Treated With Metacognitive Therapy: An Open Trial. Cognitive and Behavioral Practice.2008;15(1):85-92.

7- Wells A, Colbear JS. Treating Posttraumatic Stress Disorder With Metacognitive Therapy: A Preliminary Controlled Trial. Journal of clinical psychology.2012;68(4):373-81.

8- American Psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of the mental disorders. 3 th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.

9- Horowitz MJ. Phase oriented treatment of stress response syndromes. American journalof psychotherapy. 1973;27(4):506-15.

10- Horowitz MJ. Stress response syndromes. New York: Jason Aronson; 1976.

11- Horowitz MJ. Psychological response to serious life events. In: Hamilton V, Warburton DM, editors. Human stress and cognition. New York: Wiley ;1979 .p. 235-63.

12- Horowitz MJ. Stress response syndromes. 2 th ed. New York: Jason Aronson; 1986.

13- Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions. In: Figley CR, editor. Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder. New York: Brunner/Mazel; 1985. p. 15–35.

14- Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press; 1992.

15- Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioural/cognitive conceptualisation of posttraumatic stress disorder. Behavior Therapy.1989;20:155–76.

16- Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychological review. 1996Oct;103(4):670-86.

17- Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour research and therapy. 2000 Apr;38(4):319-45.

18- Foa EB, Molnar C, Cashman L. Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. Journal of traumatic stress. 1995 Oct;8(4):675-90.

19- van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. Journal of traumatic stress. 1995;8(4):505-25.

Koss MP, Figueredo AJ, Bell I, Tharan M,TrompS.Traumaticmemorycharacteristics:across-validated mediational model of response to rape among employed women. Journal of abnormal psychology. 1996;105(3):421-32.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

20- Amir N, Stafford J, Freshman MS, Foa EB.Relationshipbetweentrauma narratives and trauma pathology. Journal of traumatic stress. 1998 Apr;11(2):385-92.

21- Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. Personality and Individual Differences. 2006;40(1):111-22.

22- Wells A, Davies MI. The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. Behaviour research and therapy. 1994;32(8):871-8.

23- Reynolds M, Wells A. The Thought Control Questionnaire--psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. Psychologicalmedicine. 1999;29(5):1089-99.

24- Warda G, Bryant RA. Thought control strategies in acute stress disorder. Behaviour research and therapy. 1998;36(12):1171-5.

25- Guthrie R, Bryant R. Attempting suppression of traumatic memories over extended periods in acute stress disorder. Behaviour research and therapy. 2000;38(9):899-907.

26- Holeva V, Tarrier N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support.BehaviorTherapy. 2001;32(1):65-83.

27- Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. Behaviour research and therapy. 1998;36(9):899-913.

28- Butler G, Wells A, Dewick H. Differential Effects of Worry and Imagery After Exposure to a Stressful Stimulus: A Pilot Study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 1995;23(1):45-56.

29- Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder. Behaviour research and therapy. 2003;41(4):383-401.

30- Papageorgiou C, Wells A. An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. Cognitive Therapy and Research. 2003;27(3):261-73.

31- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosomatic medicine.1979;41(3):209-18.

32- Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook. New York: GuilfordPress;1997.

33- Weiss DS. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook. 2 th ed. New York: Guilford Press; 2004. p. 168-89.

34- Weiss DS. The Impact of Event Scale: Revised. In: Wilson JP, Tang CS, editors. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. New York: Springer ;2007 .p. 219-38.

35- Maercker A. Life Span psychological aspect of trauma and PTSD; symptoms and psychological impairment. In: Maercker A, Schutzwohl M, Solmon Z, editors. Post Traumatic Stress Disorder: A life span developmental prospective: Hogrete and Hurber Toronto; 1999. p. 1-41.

36- Wu KK, Chan KS. The development of the Chinese version of Impact of Event Scale--Revised(CIES-R).Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2003;38(2):94-8.

37- Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised. Behaviour research and therapy. 2003;41(12):1489-96.

38- Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. Canadian

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]

journal of psychiatry Revue canadienne depsychiatrie.2003;48(1):56-61.

39- Panaghi L, Hakim shooshtari M, Atari Mogadam J. Persian version validation in impact of event Scale-Revised. Tehran UniversityMedicalJournal.2006;64(3):52-60.

40- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester: UK: Wiley; 2000.

41- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour research and therapy. 2004;42(4):385-96.

42- Spada MM, Wells A. Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. Addictive behaviors.2008; 33(4):515-27.

43- Shirinzadeh DS, Goudarzi MA, Rahimi C, Naziri G. Study of factor structure, validity and reliability of Metacognition Questionnaire-30. Journal of Psychology. 2009;12(4):445-61.

44- Goodarzi MA, Esmaieli Torkanbori Y. The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms .Hakim 2006;8(4):44-51.

45- Baron RM, Kenny DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of personality and social psychology. 1986;51(6):1173-82.

46- Maes M, Delmeire L, Schotte C, Janca A, Creten T, Mylle J, et al. The two-factorial symptom structure of post-traumatic stress disorder: depression-avoidance and arousal-anxiety. Psychiatry research. 1998;81(2):195-210.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-03]